

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL – UM
ESTUDO DE CASO DO CAPS PROFETA GENTILEZA

Moema Belloni Schmidt

Dissertação ou tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Ciências Humanas e Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Benilton Carlos Bezerra Jr.

Co-Orientador: Maria Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Agradecimentos

Martinho, amor da minha vida. Pelo companheirismo. Pela participação ativa na tese. Pela paciência e perseverança. Pelo prazer e alegria da vida em comum.

Isaura, pelo apoio ao longo de todo o percurso. Por continuar firme e forte! Pelo compartilhamento do tema avaliação, na expectativa de dias melhores na esfera pública.

Benício, pelo afeto e cumplicidade, sempre.

Isabel, irmãzinha querida, companheira fiel. Pela presença. Pelo apoio. Por ter suportado minha ausência nos momentos mais difíceis.

Zina (*in memoriam*), minha querida avó. Pela torcida carinhosa.

Lia, pela maneira cuidadosa de acompanhar minhas escolhas.

José Ângelo, pela calma e pela ajuda com os quantitativos.

Newton Valente, grande amigo e companheiro de trabalho. Por ter imprimido bom humor aos caminhos. Pelas oficinas de segunda e de quinta, muito grata pelos convites. Pela valentia!

Ana Cristina, mestra. Pela amizade. Pelo suporte em situações delicadas na escrita da tese. Por possibilitar que a discussão de casos para a pesquisa ocorresse no espaço de supervisão, contando com sua participação e auxílio.

André Carvalheira, Felipe Berocan, Amadeu Braga, Tatiana Ramminguer, Josete Miranda, Vânia Machado, Andréa Bittencourt, Bel, Klaus, Graziela, Henrique, Wilma, Ana Paula, Conceição, Daniela e Marcos Ferreira, pela amizade.

Benilton, por sempre ter apoiado o meu trabalho e pela orientação.

Maria Tavares, pelo incentivo, pela orientação e leitura minuciosa.

Profissionais do CAPS Profeta Gentileza, que formam minha equipe de referência. Pelo percurso que traçamos juntos ao longo dos últimos cinco anos, compartilhando alegrias e dificuldades de inventar cotidianamente a assistência. Por terem suportado meu afastamento no período de escrita da tese. Pela gentileza de permitir que a pesquisa fosse realizada dentro da equipe. Pela participação generosa de todos, muito agradecida.

Aos amigos “capsiosos”: Dina, Cláudio Francisco, Eunice, Isis, Patrícia Coropos, Maristela, Marcelle, Mônica Pinto, Sérgio, Cristiana, Michele, Sheila, Alice, Edilene, Patrícia, Nazaré, Jorge, Marcos Marinho, Lúcia e Nelson.

Instituto de Medicina Social, pela discussão crítica em saúde.

Moema Belloni Schmidt

Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde Mental – um estudo de caso do CAPS
Profeta Gentileza.

Aprovada em 16 de maio de 2007.

Prof. Benilton Carlos Bezerra Jr. (orientador)
IMS-UERJ

Prof. Maria Tavares Cavalcanti (co-orientadora)
IPUB – UFRJ

Prof. Ruben Mattos
IMS – UERJ

Prof. Kenneth Camargo Jr.
IMS – UERJ

Prof. Ana Cristina Figueiredo
IPUB – UFRJ

Prof. Pedro Gabriel Godinho Delgado
IPUB – UFRJ

Prof. Jubel Barreto
UFJF

RESUMO

Este estudo visa potencializar a discussão sobre metodologias avaliativas delineadas para os serviços de saúde mental. A questão que orienta a pesquisa é como avaliar um serviço de saúde do tipo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Realizamos pesquisa avaliativa, em formato de estudo de caso, de um CAPS localizado na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro. Apresentamos dados quantitativos e qualitativos sobre a assistência prestada no serviço, referentes a pacientes matriculados e encaminhados em um período de seis meses. O estudo contou com a observação participante do pesquisador, coleta de dados em prontuários e registros oficiais da unidade e discussão de casos clínicos em reunião com a equipe multiprofissional. Procedemos a considerações avaliativas sobre o serviço estudado, privilegiando os eixos de análise: acesso, acolhimento e acompanhamento.

Palavras-chave: avaliação, serviços de saúde mental, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), desinstitucionalização.

ABSTRACT

This study aims to contribute to the construction of evaluating methodologies designed for mental health services. The main issue that guides the research is how to evaluate a health service such as a Psychosocial Attention Center (CAPS). Besides a wide revision of the specialized literature, the study develops an evaluation research focused on a case study of a Psychosocial Attention Center, located in the west area of the city of Rio de Janeiro. It was used both quantitative and qualitative data about the assistance offered in the center concerning either to registered patients and to patients referred to other health services, during the period of six months. The methodology used was based both on participative observation and on data collected from the service files and from clinical case studies in the form of multi-professional team meetings. The collected materials were examined according to defined evaluating procedures, emphasizing the three axes of analysis: access, attendance and accompaniment.

Key words: evaluation, mental health services, Psychosocial Attention Center (CAPS), deinstitutionalization.

Sumário

Introdução	13
Capítulo 1 – A Avaliação de Serviços de Saúde e o Campo da Saúde Mental: Como avaliar um CAPS?	16
1.1. Introdução.....	16
1.2. A política pública de saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial.....	19
1.3. Da avaliação ao processo avaliativo: um estado da arte da área de avaliação de qualidade de serviços de saúde mental.....	51
1.3.1. A avaliação da qualidade.....	52
1.3.2. A avaliação da qualidade em saúde mental.....	57
1.3.3. Níveis de abordagem da avaliação.....	59
1.3.4. A escolha dos critérios.....	62
1.3.5. A sistematização de Donabedian: a abordagem da tríade Estrutura, Processo e Resultado.....	66
1.3.6. A avaliação normativa e a pesquisa avaliativa.....	78
1.3.7. A satisfação.....	80
1.3.8. As variáveis <i>hard</i> e <i>soft</i> e a avaliação a partir de medidas indiretas.....	84
1.3.9. O usuário como ator no processo avaliativo.....	86
Capítulo 2 – As Metodologias de Avaliação de Serviços de Saúde em debate: construção de uma perspectiva metodológica para avaliar um CAPS	90
2.1. Introdução.....	90
2.2. Os passos da pesquisa avaliativa a partir de M. Perreault.....	93
2.2.1. É possível a avaliação?.....	94
2.2.2. Quem quer a avaliação?.....	95
2.2.3. Quando a avaliação deveria ser realizada?.....	96
2.2.4. Quais são as condições para a avaliação?.....	97
2.2.5. Que tipo de avaliação é procurada?.....	97
2.2.6. Qual é o contexto em que está inserido o programa?.....	104

2.2.6.1. A saúde mental no Estado do Rio de Janeiro.....	104
2.2.6.2. A saúde mental no Município do Rio de Janeiro.....	105
2.2.7. Quais são as medidas, critérios e normas existentes?.....	109
2.2.7.1. As medidas da coordenação nacional de saúde mental.....	110
2.2.7.2. As medidas do Tribunal de Contas da União (TCU).....	113
2.2.7.3. As medidas da coordenação municipal de saúde mental.....	115
2.2.7.4. Critérios sugeridos e utilizados em pesquisas de avaliação.....	123
2.2.8. Quais são as questões desta avaliação?.....	125
2.3. Objetivos e delineamento metodológico da pesquisa.....	127

Capítulo 3 – Uma narrativa do cotidiano da assistência em formato de conto: “Um Dia de CAPS”	131
3.1. Introdução.....	131
3.2. Uma narrativa sobre o cotidiano em formato de conto.....	132
3.3. Considerações sobre “Um Dia de CAPS”.....	144

Capítulo 4 – História e Contexto do CAPS Profeta Gentileza	154
4.1. Introdução	154
4.2. Período da “equipe Gentileza” no CAPS Pedro Pellegrino.....	156
4.3. A área de Inhoaíba e a inserção do CAPS no território.....	159
4.3.1. A região de Campo Grande.....	159
4.3.2. O bairro de Inhoaíba e a comunidade.....	160
4.4. Os recursos do CAPS Profeta Gentileza.....	166
4.4.1. A casa (a estrutura física do serviço).....	170
4.4.2. A equipe (os recursos humanos).....	172
4.5. Formação da Rede de Saúde Mental na Área Programática 5.2.....	179
4.5.1. Relação com o CAPS Pedro Pellegrino.....	181
4.5.2. Outras instituições.....	182
4.6. Relação com a Atenção Básica: o CAPS e o PSF/PACS.....	185
4.6.1. O primeiro período.....	186
4.6.2. O segundo período.....	187

4.6.3. O terceiro período.....	188
4.6.4. O quarto período.....	190
4.7. A gestão local: Coordenação Municipal de Saúde Mental e Coordenação de Saúde da Área Programática 5.2 (CAP 5.2).....	192
4.8. A Assistência no CAPS e a Organização do Trabalho em Equipe.....	193
4.8.1. A reunião semanal de equipe/supervisão.....	196
4.8.2. A porta de entrada: acolhimento e grupo de recepção.....	198
4.8.3. Grupo de família.....	202
4.8.4. Grupo de usuários.....	203
4.8.5. Grupo de medicação.....	205
4.8.6. Oficinas e atividades.....	206
4.8.7. Desinstitucionalização dos egressos de longas internações psiquiátricas.....	211
4.8.8. Organização interna do cotidiano do CAPS.....	212
4.9. Os registros.....	213
4.9.1. O registro no Livro-Preto.....	220
4.10. Considerações finais sobre a história e o contexto do CAPS.....	223
Capítulo 5 – Dados Quantitativos: o perfil da clientela e a utilização do serviço.....	229
5.1. Resultados dos pacientes encaminhados.....	231
5.1.1. Escolaridade.....	231
5.1.2. Idade.....	231
5.1.3. Sexo.....	232
5.1.4. Naturalidade.....	232
5.1.5. Profissão.....	233
5.1.6. Ocupação atual.....	233
5.1.7. Situação conjugal.....	234
5.1.8. Residência.....	234
5.1.9. Primeiro atendimento em saúde mental.....	236
5.1.10. Número de internações anteriores.....	239
5.1.11. Diagnóstico inicial.....	240
5.1.12. Motivo do atendimento.....	242

5.1.13. Origem do encaminhamento.....	246
5.1.13.1. Sobre os sujeitos que são “reencaminhados” ao local de origem.....	249
5.1.14. Número de atendimentos no CAPS.....	251
5.1.15. Destino do encaminhamento feito pelo CAPS.....	253
5.1.16. O acolhimento e a relação entre: o destino do encaminhamento e a especialidade profissional do técnico do acolhimento no CAPS.....	256
5.1.16.1. O acolhimento.....	256
5.1.16.2. Relação entre a categoria profissional do técnico do acolhimento e o destino do encaminhamento.....	258
5.1.17. Síntese dos resultados referentes aos pacientes encaminhados.....	261
5.2. Pacientes matriculados.....	264
5.2.1. Escolaridade.....	264
5.2.2. Idade.....	264
5.2.3. Sexo.....	265
5.2.4. Naturalidade.....	265
5.2.5. Profissão.....	265
5.2.6. Ocupação atual.....	265
5.2.7. Situação conjugal.....	265
5.2.8. Residência.....	265
5.2.9. Primeiro atendimento em saúde mental.....	265
5.2.10. Número de internações anteriores.....	266
5.2.11. Diagnóstico inicial.....	266
5.2.12. Motivo do atendimento.....	267
5.2.13. Origem do encaminhamento.....	268
5.2.14. Número de atendimentos/ tempo entre acolhimento e matrícula/ tempo total no CAPS.....	269
5.2.15. Dispositivos utilizados.....	270
5.2.16. A participação das categorias profissionais no acolhimento dos pacientes matriculados.....	273
5.2.17. Síntese dos resultados referentes aos pacientes matriculados.....	274
5.3. Comparação dos perfis dos pacientes encaminhados e matriculados.....	275

5.3.1. Escolaridade.....	275
5.3.2. Idade.....	275
5.3.3. Sexo.....	276
5.3.4. Naturalidade.....	276
5.3.5. Profissão.....	277
5.3.6. Ocupação atual.....	277
5.3.7. Situação conjugal.....	278
5.3.8. Residência.....	278
5.3.9. Primeiro atendimento em saúde mental.....	279
5.3.10. Número de internações anteriores.....	280
5.3.11. Diagnóstico inicial.....	281
5.3.12. Motivo do atendimento.....	282
5.3.13. Origem do encaminhamento.....	282
5.3.14. Acolhimento.....	283
5.3.15. Síntese da comparação entre pacientes encaminhados e matriculados.....	284
5.4. Sobre a qualidade dos dados quantitativos.....	285

Capítulo 6 – Dados Qualitativos: Discussão em Equipe de Casos Encaminhados e Matriculados..... 288

6.1.Casos encaminhados.....	289
6.1.1. Caso 1.....	289
6.1.2. Caso 2.....	293
6.1.3. Caso 3.....	301
6.1.4. Caso 4.....	304
6.1.5. Caso 5.....	305
6.1.6. Caso 6.....	308
6.1.7. Caso 7.....	313
6.1.8. Caso 8.....	315
6.1.9. Caso 9.....	316
6.1.10. Caso 10.....	318
6.2.Casos matriculados.....	322

6.2.1. Caso 1.....	322
6.2.2. Caso 2.....	326
6.2.3. Caso 3.....	336
6.2.4. Caso 4.....	344
Capítulo 7 – Acesso e Acompanhamento na Atenção Psicossocial: análise do estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza.....	347
7.1. O acesso.....	349
7.1.1. O acesso ao CAPS	351
7.1.2. O perfil da demanda.....	359
7.2. O acolhimento.....	364
7.3. O acompanhamento.....	378
7.4. A utilização do serviço.....	390
7.5. Critérios considerados para matricular e encaminhar.....	392
7.6. a rede de saúde mental do território.....	396
7.7. A participação dos profissionais na reunião/supervisão.....	405
7.8. Os registros.....	410
7.9. Síntese da análise do estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza.....	414
Considerações finais.....	423
Bibliografia.....	426

Anexos: Anexos 1 – O processo de coleta de dados: colocando em operação a metodologia da pesquisa a partir de uma revisão sistemática dos PAMs. **Anexo 2** – Tabelas (dados quantitativos referentes ao capítulo 5). **Anexo 3** - Formulários oficiais utilizados no serviço (Ficha de PAM, Guia de Referência e Contra-Referência, APAC, Formulário de Anamnese fornecido pelo IFB), mapas (O município do Rio de Janeiro dividido por áreas programáticas, a área programática 5.2), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Introdução

Como avaliar um CAPS? Eis a questão que guia esta tese.

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, iniciado em meados da década de 70, chega ao novo século como política de estado, um programa de transformação da assistência psiquiátrica no País, que coloca o CAPS no centro desta mudança tecnoassistencial para a saúde mental. Já com o processo de implantação avançado destes serviços – com mil CAPS inaugurados no País - o momento é propício para lançar um olhar avaliativo sobre a assistência prestada.

A avaliação é colocada como uma necessidade da política pública, no sentido de oferecer transparência das ações e de “prestação de contas” para a sociedade. A pesquisa avaliativa se distancia do monitoramento característico da avaliação normativa, buscando elementos que permitam uma reflexão crítica sobre a qualidade da assistência.

A avaliação da qualidade de serviços de saúde mental tem peculiaridades em relação aos serviços de saúde de maneira geral. Os resultados do cuidado em saúde mental são indiretos, relacionados à ampliação das possibilidades de vida daqueles que sofrem de transtornos mentais. Os indicadores epidemiológicos, como diagnóstico psicopatológico e número de internações, são importantes, mas não suficientes para abordar a qualidade dos serviços substitutivos. Os “novos critérios”, aqueles construídos tendo em vista as características da atenção psicossocial, como autonomia e satisfação, também não se mostraram suficientemente interessantes para a apreciação da assistência. Portanto, a saúde mental é uma área que carece de indicadores de qualidades para a avaliação. Mas será que é possível encontrar critérios para avaliação da qualidade de serviços de saúde mental que sejam transformáveis em escalas padronizadas e que permitam aferir sobre a qualidade da assistência?

É a partir desta questão que realizamos uma pesquisa avaliativa de um serviço tipo CAPS, lançando um olhar crítico sobre a assistência em busca de descrever o que tem sido feito para cuidar da clientela de saúde mental, visando uma apreciação à luz das transformações neste campo. Pretende-se chegar à construção de uma maneira de avaliar os novos serviços, a partir da investigação das ações de cuidado sobre o modo de lidar com a loucura.

Para esta empreitada, realizamos uma revisão do que é indicado pela literatura de avaliação em saúde e de suas peculiaridades para a saúde mental. Propusemos um delineamento de metodologia avaliativa que foi realizada no CAPS Profeta Gentileza (Zona Oeste do município do Rio de Janeiro), analisamos os dados encontrados na pesquisa privilegiando o acesso ao serviço e a forma de o serviço atender a clientela no acolhimento. Também escolhemos o eixo acompanhamento dos pacientes para lançar apreciação sobre a qualidade.

Cabe aqui explicitar que a pesquisadora participou do processo de implantação do serviço estudado, trabalhando na unidade como psicóloga durante três anos, antes de se dedicar exclusivamente à pesquisa. Portanto, este trabalho tem a marca de um olhar de dentro do serviço. Isto traz vantagens, no sentido de que a realidade estudada já é conhecida e foi acompanhada durante anos, mas traz a desvantagem de haver implicação com o serviço e compromisso com o avanço do processo reformista, tendo em vista a qualificação da assistência prestada, o que pode resultar em parcialidade do olhar, embora tenhamos tentado ocupar posição distanciada durante a realização do trabalho de campo.

No primeiro capítulo apresentamos um panorama do programa nacional de saúde mental, com os princípios da transformação da assistência psiquiátrica e o lugar que o serviço tipo CAPS ocupa na política de saúde mental, com as características da assistência prestada nos novos serviços. Também apresentamos o “estado da arte” do campo da avaliação em serviços de saúde mental e quais são os desafios colocados atualmente. Este capítulo pretende oferecer um panorama do programa de saúde mental e da assistência prestada nos CAPS.

No segundo capítulo realizamos um “passeio” pelos indicadores de qualidade existentes, tanto governamentais e epidemiológicos, como os acadêmicos. Apresentamos o delineamento da metodologia a ser implementada na pesquisa: nos moldes de um estudo de caso de um único serviço, com coleta de dados quantitativos e qualitativos, observação participante no cotidiano da unidade e com a construção da história e o contexto em que o serviço se insere.

O terceiro capítulo apresenta uma narrativa do cotidiano deste serviço intitulado “Um Dia de CAPS”, um texto em formato de conto que descrever o cotidiano de um trabalhador, a forma como é experienciada pelo profissional a efetivação da assistência.

No quarto capítulo agrupamos um conjunto de informações que pretendem descrever a história e o contexto do serviço estudado. A base para esta construção foi o registro mais cotidiano do serviço: o Livro-Preto – um caderno em que os profissionais escrevem os acontecimentos, deixam recados, em que são feitas as atas de reuniões e onde as decisões são anotadas. Este capítulo pretende oferecer a história de implantação do CAPS Profeta Gentileza.

O quinto capítulo apresenta os dados quantitativos, coletados em PAMs (fichas de Pronto Atendimento Médico) referentes aos pacientes encaminhados e em prontuários de pacientes matriculados. Estes dados pretendem oferecer o perfil da demanda e a utilização do serviço, assim como o modo como é feito o acolhimento (o primeiro atendimento no serviço).

No sexto capítulo, apresentamos a etapa qualitativa da pesquisa. Descrevemos as discussões de casos em equipe, respeitando a dinâmica das construções coletivas dos casos, realizadas pelos profissionais na reunião/supervisão de equipe. São expostos dez casos de pacientes encaminhados e quatro de pacientes matriculados.

O sétimo e último capítulo analisa os resultados encontrados ao longo da pesquisa, como um exercício avaliativo do CAPS Profeta Gentileza, a partir dos eixos acesso, acolhimento e acompanhamento.

O percurso realizado oportuniza a descrição da assistência prestada e pretende potencializar a discussão sobre as maneiras de avaliar os serviços tipo CAPS. Ao adentrar nos modos de fazer do serviço, as ações são expostas e podem ser questionadas pelos interlocutores. Encontramos fatores positivos dos novos serviços de saúde mental, assim como podemos observar elementos que questionam a qualidade do que vem sendo realizado. O processo avaliativo tem por objetivo principal a reflexão sobre a prática, trazendo questões para a reforma psiquiátrica.

Capítulo 1 – A Avaliação de Serviços de Saúde e o Campo da Saúde Mental: Como avaliar um CAPS?

1.1. Introdução

Em Schmidt (2003) percebe-se a importância de revisar critérios e metodologias de avaliação para a área de saúde mental, tendo em vista a especificidade da assistência junto aos portadores de transtorno mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A continuidade dessa investigação sobre a avaliação da qualidade de serviços de saúde mental nos levou a ir além da realização de um “estado da arte” dessa área de pesquisa, objetivo da dissertação de mestrado, vislumbrando a possibilidade de um exercício avaliativo em um dos CAPS no sentido de apontar elementos metodológicos para os processos avaliativos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Assim, o CAPS Profeta Gentileza, no bairro de Inhoaíba, Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, será objeto de uma longa descrição e análise nos capítulos dessa tese de doutorado, mas não sem antes retomarmos os eixos de análise da pesquisa avaliativa em saúde.

Um dos principais resultados da revisão da literatura da área de avaliação em saúde mental foi a possibilidade de dividir a produção bibliográfica em dois tipos de estudos: avaliações institucionalizadas e não-institucionalizadas, como sugerido inicialmente por Vasconcelos (1995). Um dos principais pressupostos dessa mesma revisão é a insuficiência dos indicadores clássicos de avaliação da qualidade em saúde para conduzir pesquisas avaliativas no campo da saúde mental (Vasconcelos, 1995; Pitta, 1996; Carvalho & Amarante, 1996). Uma das recomendações para a realização de pesquisas avaliativas no campo da saúde mental diz respeito ao que alguns autores consideram a 4ª geração de estudos na área de avaliação, qual seja, aqueles que contam com a participação da equipe de cuidado no processo avaliativo e a consideração dos três atores envolvidos no tratamento: usuário, familiar e profissional (Pitta, 1992; 1996).

Esse conjunto de resultados, pressupostos e recomendações sobre a área de avaliação em saúde mental conformou o guia inicial do processo avaliativo no CAPS Profeta Gentileza, embora tenhamos contado com outras contribuições teóricas ao longo da pesquisa. Esse capítulo se dedica justamente a explorá-las, apresentando tanto algumas

produções marcantes para essa área nos últimos anos como revisitando e sistematizando o que já havia sido exposto em revisão anterior (Schmidt, 2003).

A contribuição fundamental no percurso dessa pesquisa veio de um trabalho que levantou questões sobre a própria base epistemológica da atividade avaliativa, apontando a busca de critérios e indicadores apropriados ao campo da saúde mental como um projeto em continuidade com os saberes biomédicos e positivistas, dos quais a produção bibliográfica no contexto da reforma psiquiátrica tenta se afastar. Trata-se da crítica de Barreto (2005), segundo a qual a tentativa de criar novos indicadores de qualidade para os novos serviços de saúde mental pode esbarrar na construção de novas camisas-de-força ao movimento anti-manicomial, qual seja, a constituição de critérios “novos” mas tão normativos e objetivos quanto os antigos.

O autor analisa as implicações de dois termos comumente utilizados na reforma psiquiátrica brasileira, autonomia e cidadania, apontados como bases da proposta reformista e noções que norteiam as práticas de reabilitação. Tais termos são muitas vezes tomados como indicadores da qualidade dos resultados dessas práticas e, no caso da autonomia, tornar-se um critério de avaliação da qualidade em saúde mental. O autor propõe que possamos rever alguns conceitos da reforma com mais cuidado, antes de se lançar em uma “corrida aos indicadores” para a avaliação de qualidade, para não chegarmos a construir indicadores tão inadequados e frágeis quanto àqueles que já existem.

A partir da necessidade de avaliar os novos serviços de saúde mental e a dificuldade em fazê-lo, o autor propõe que adentremos o campo da avaliação em saúde mental com a cautela necessária para realizar uma reflexão crítica sobre o que queremos da avaliação e possibilitar maior pertinência na busca de construção de maneiras de avaliar. Tendo em vista as limitações da atividade avaliativa, o autor indica que não devemos buscar na avaliação mais do que aquilo que ela pode oferecer:

“(…) a defesa de um ponto de vista segundo o qual **das avaliações de qualidade não se deve esperar mais do que podem cumprir**. Isto não significa rebaixar a avaliação de qualidade a um pobre e triste inventário de problemas e intervenções distribuídos dentro de rígidas tabelas. Creio que estas avaliações continuam sendo importantes, até mesmo imprescindíveis, mas – este é o ponto central do argumento – creio também que são desejáveis pelo que são, assim como são desejáveis as amoras que se saboreiam da amoreira e não

do pessegueiro. A ninguém ocorreria utilizar os equipamentos de radiografia, adaptando-os para obter imagens de tomografia, o que não significa negar que a radiografia continua a ser um recurso de informação diagnóstica valioso e desejável” (BARRETO, 2005:24, grifo nosso).

Ao se debruçar sobre as noções de cidadania e autonomia, utilizadas como horizonte da reforma psiquiátrica (e, eventualmente, critérios de avaliação), o autor traz análises destas concepções construídas na articulação entre a clínica e a política, mas que comportam interpretações diversas dentro do campo da saúde mental, até mesmo divergentes. Analisando esses termos próprios da reforma, aponta a inconsistência de partirmos para a construção de indicadores de qualidade como parâmetros da assistência. O autor analisa o contexto sócio-histórico do estatuto de cidadania no Brasil para indicar a fragilidade desta concepção na égide dos novos serviços, onde a importância da inserção social acaba por colocar as idéias de “sujeito” e “cidadão” de forma genérica e utópica diante da complexidade das relações entre o público e o privado na esfera política. Como correlato da cidadania, as noções de inclusão e de exclusão, utilizadas como base para a (re) inserção social a que a reforma psiquiátrica pretende, transformam-se, no contexto na avaliação de qualidade, em esquadros de medidas sobre a autonomia, a competência social, a inserção no mundo do trabalho, entre outros itens. Procura demonstrar, deste modo, a fragilidade destes conceitos e a necessidade de serem pensados de maneira mais sistemática, antes de serem simplesmente utilizados como indicadores de qualidade (BARRETO, 2005).

Criar indicadores de qualidade a partir de conceitos circulantes na reforma, mas não suficientemente decantados em relação à sua implicação e consequência no campo da saúde mental, pode trazer à avaliação da qualidade nova “amarras” que aprisionem o movimento de reforma psiquiátrica e os próprios processos avaliativos, produzindo indicadores tão inadequados para a avaliação dos novos serviços como os critérios epidemiológicos.

Diante da análise de noções caras à reforma e da crítica à avaliação da qualidade, a proposta de Barreto (2005) é que possamos caminhar no sentido de “estimar” e não necessariamente “medir” os efeitos das práticas nos novos serviços. Defende a necessidade de descrever os modos de lidar com a loucura nos CAPS, no sentido de indicar, aí sim, a cultura que emerge do contato entre profissionais, familiares, usuários e comunidade local

no cotidiano desses serviços. Aponta que a reação da equipe diante de uma crise psicopatológica e diante da cronicidade são momentos importantes de investigação de como se dá o trabalho na atenção psicossocial, assim como de suas implicações para a reforma psiquiátrica, no sentido da transformação das práticas assistenciais.

Assim, tendo em vista essa contundente crítica tanto à área de avaliação em saúde mental quanto em relação à atividade avaliativa de um modo geral, como pensar o projeto de busca de “novos” indicadores mais apropriados para avaliar os “novos” serviços em saúde mental? Como prosseguir uma pesquisa avaliativa no CAPS Profeta Gentileza sem deslanchar no que Barreto (2005) chama de “corrida aos indicadores”? Além disso, o que fazer dos indicadores clássicos e daqueles que vem surgindo mais recentemente no campo da saúde mental?

Como veremos nos capítulos dessa tese relativas à descrição e análise do cotidiano assistencial no CAPS Profeta Gentileza, não se trata exatamente de elencar “novos” indicadores, mas de mapeá-los com base na idéia de que as “variáveis soft” (Saraceno, 1997) – como contexto social, econômico e político do usuário e do serviço – detém mais influência sobre a progressão do quadro psicopatológico nas psicoses do que as “variáveis hard” – como diagnóstico e número de internações -, ou seja, de que outros fatores menos biomédicos e essenciais e mais institucionais e conjunturais colaboram para o sucesso ou fracasso da atenção psicossocial no território. Assim, como veremos mais adiante, busca-se não uma “corrida aos indicadores”, mas um “passeio” pelos mesmos: os clássicos, os novos e aqueles que emergem do cotidiano dos CAPS.

Cabe agora apresentarmos, brevemente, a saúde mental enquanto programa de governamental formulado e implementado a partir da reforma psiquiátrica, e as suas características assistenciais. Este tópico é fundamental para explicitar os contornos da assistência em saúde mental para, posteriormente, adentrar na discussão da avaliação em saúde mental.

1.2. A política pública de saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial

Como já foi adiantado, um dos principais pressupostos da revisão do estado da arte da área de avaliação de serviços de saúde mental, realizada anteriormente pela autora (Schmidt, 2003), é a insuficiência dos indicadores clássicos de avaliação da qualidade em

saúde para conduzir pesquisas avaliativas no campo da saúde mental (Vasconcelos, 1995; Pitta, 1996 e Carvalho & Amarante, 1996). Os autores que defendem esse ponto de vista tem como base um artigo produzido no contexto da reforma psiquiátrica italiana, reivindicando outras metodologias e indicadores de avaliação quando se trata de serviços territoriais de saúde mental (Saraceno & Bolongrado, 1990). Mas pode-se perguntar em que medida há “insuficiência”, ou seja, questionar o por que da não-adequação dos indicadores clássicos quando os serviços a serem avaliados são aqueles de saúde mental. Mas o que é que os serviços de saúde mental têm de idiossincrático?

Muito do que aconteceu no cenário político-institucional do campo da saúde mental no ano de 2006 remete aos dilemas de avaliar os novos serviços, em especial os CAPS. Assistimos a um longo e expressivo debate entre aqueles membros da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que não estavam de acordo com a condução da política pública de saúde mental e aqueles membros da Coordenação Nacional de Saúde Mental e do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira que tem afirmado um rumo conforme a Lei 10.216/2001, no sentido da criação progressiva de serviços extra-hospitalares regionalizados de saúde mental e desativação paulatina dos leitos em hospital psiquiátrico. A partir de uma portaria decretada em maio de 2006 (nº 1.055), relativa à criação de um Núcleo de Direitos Humanos e Saúde Mental, cuja premissa evocava a tão conhecida associação entre hospitais psiquiátricos, asilos, manicômios e demais terminologias conotando opressão por parte da corporação psiquiátrica, eclodiu um conflito entre psiquiatras membros da ABP e Coordenação Nacional de Saúde Mental. Além de se defenderem, tentando retirar de si o estigma de “detratores dos direitos humanos”, tais psiquiatras teceram várias críticas ao processo de implantação da política de saúde mental em vigor, entre elas algumas dizendo respeito ao lugar do CAPS na rede de saúde mental.

Do ponto de vista da organização de serviços públicos de saúde mental, um dos pontos-chave da conhecida “Lei da Reforma” e suas portarias adjacentes (Portaria 336 / 2002) diz respeito ao lugar do CAPS como ordenador da demanda de saúde mental de uma população adscrita a uma dada área geográfica, deslocando a preeminência do hospital psiquiátrico na recepção e encaminhamento dessa demanda, regionalizando-a ao mesmo tempo em que evita que a porta de entrada para o atendimento psiquiátrico seja a internação. Essa diretriz recomenda que as internações sejam realizadas prioritariamente

em leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ou mesmo nos leitos de CAPS III, serviços territoriais regionalizados com acolhimento noturno. Os representantes da ABP ligados a esse momento de crítica à Coordenação de Saúde Mental questionam essa diretriz, dando relevo ao ambulatório como lugar privilegiado da prevenção à doença mental e promoção da saúde mental, além de acrescentar que os leitos em hospital psiquiátrico são tão relevantes quanto outros recursos assistenciais.

Eis um dos dilemas da avaliação de serviços de saúde mental que emerge dessa discussão acima: por que avaliar os CAPS? Para quê criar indicadores que sejam mais apropriados à dinâmica desses serviços e de sua clientela? Trata-se de uma articulação necessária entre a pesquisa avaliativa e o processo político de instalação da reforma psiquiátrica, na qual os CAPS tenham esse lugar de ordenadores da rede de saúde mental. Assim, avaliar os CAPS é também afirmar o projeto reformista de desmontar a hegemonia do hospício, do saber psiquiátrico e das instituições manicomiais “físicas” e “simbólicas” no cuidado ao portador de transtorno mental, é manter a estratégia de saúde mental via a instalação paulatina de CAPS como ordenadores da rede de serviços de saúde mental local.

Inclusive, vale a pena ressaltar, o CAPS investigado tem como projeto inicial tornar-se um CAPS III, ou seja, com leitos para acolhimento noturno. Assim, o exercício de avaliação a ser apresentado nesta tese não é apenas de mais um dentre os mil CAPS que compõe atualmente a rede nacional de serviços de saúde mental, mas de um CAPS em transição entre a atenção diária e a possibilidade de acolhimento noturno, suportando a continuidade do atendimento em casos de crises agudas psicopatológicas no interior do próprio serviço.

Voltando ao conflito de interesses entre ABP e Coordenação Nacional de Saúde Mental descrito acima, a centralidade do hospital psiquiátrico ou dos serviços territorializados é uma questão premente no contexto atual da reforma psiquiátrica, assim como a necessidade ou não de um “centro” para a oferta de atenção psicossocial, ainda que estratégico. Mas muita história se fez ao longo do processo de formação e consolidação do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira. Vamos, então, pontuar brevemente o contexto histórico em que os CAPS estão imersos e do qual são resultantes. Há na literatura alguns autores que nos aproximam das datas e eventos mais marcantes da história dessa

reforma, como Amarante (1995), Vasconcelos (2000) e Bezerra Jr. (1994). Mais recentemente, revisões foram realizadas por Bezerra Jr. (2005), como veremos a seguir.

Amarante (1995) propõe uma periodização da reforma psiquiátrica brasileira: a trajetória alternativa, a trajetória sanitaria e a trajetória da desinstitucionalização. A **trajetória alternativa**, início da reforma, é marcada pelo surgimento do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental em 1978, e pelo início de denúncias em relação às práticas violentas e segregadoras do modelo asilar e da utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social (AMARANTE, 1995:90). Já nos primeiros anos da década de oitenta, membros da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica passam a ocupar cargos político-institucionais, de forma que o pensamento crítico incorpora-se ao aparelho de Estado: esse momento é classificado pelo autor como a **trajetória sanitaria**, marcada pelo crescimento da importância do saber sobre a administração e o planejamento em saúde, assim como pela co-gestão implantada entre os Ministérios da Saúde e o da Assistência e Previdência Social, no sentido da reestruturação dos hospitais pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). A partir da Primeira Conferência Nacional de Saúde, em 1987, o movimento de reestruturação assistencial ganha a participação da sociedade civil, no debate a cerca dos rumos da assistência psiquiátrica pública, e se inicia, então, a **trajetória da desinstitucionalização**. Este período destaca a “problematização do dispositivo de controle e normatização próprias da medicina como instituição social” e a escuta das “diversas singularidades a respeito do sujeito que sofre”. O surgimento do CAPS Luis Cerqueira na capital paulista e a intervenção da Casa de Saúde Anchieta em Santos, seguida da criação dos NAPS (Núcleos de Apoio Psicossocial), são marcos da conquista pragmática desta trajetória, assim como o projeto de lei do Deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), acerca da extinção progressiva dos manicômios e concomitante criação de serviços substitutivos, em 1989. A trajetória da desinstitucionalização se diferencia da trajetória sanitaria na medida em que enfatiza o próprio ato de saúde e questiona o papel normatizador das instituições, localizando no cotidiano assistencial o *locus* da transformação.

Vasconcelos (2000) sugere outra periodização do movimento de reforma psiquiátrica, mantendo como marco inicial o surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e privilegiando os estados da federação nos quais esse movimento se

desenvolveu. A periodização trazida pelo ator é agrupada em cinco períodos. O primeiro período acontece entre 1978 – 1980 no Rio de Janeiro, e entre 1878 – 1982 em São Paulo e Minas Gerais, sendo marcado pela mobilização da sociedade civil contra o asilamento genocida e a mercantilização da loucura, assim como pelas reformas das ações Integradas de Saúde. O segundo período que vai até 1987, nos três estados da região sudeste, foi marcado pela expansão e formalização do modelo sanitista (Ações Integradas de Saúde e Sistema Único de Saúde), pela montagem de equipes multiprofissionais em ambulatórios de saúde mental, pelo controle e humanização do setor hospitalar e pela ação a partir do Estado. Os demais períodos desencadeiam-se a partir de 1987. Diferentemente de Amarante (1995), Vasconcelos (2000) indica que entre 1987 e 1992 foi o momento de fechamento temporário do espaço público de mudanças a partir do Estado, da emergência da Luta Antimanicomial e da transição de estratégia política em direção ao modelo de desinstitucionalização: eis o terceiro momento. Dos anos 1992 a 1995 houve o avanço e a consolidação da perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica, a “desospitalização saneadora”, a implantação da rede de serviços de atenção psicossocial e emergência das associações de usuários: eis o quarto período. Por fim, o quinto período ocorre de 1995 até 2000, momento no qual há uma limitação à expansão da reforma no plano federal, tendo em vista uma política neoliberal do governo FHC; ao mesmo tempo, há consolidação e difusão dos serviços de atenção psicossocial no plano municipal (VASCONCELOS, 2000:23-29).

Diferentemente de Amarante que tem, como principal interlocutor, a produção teórica ligada à reforma italiana, Vasconcelos tem especial interesse pelos espaços de militância e luta política, formulados a partir do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, além de sua ligação com os processos de reforma ocorrido na Grã-Bretanha e nos países nórdicos, conhecida como estratégia de *empowerment*. É consenso entre os autores que o ano de 1987 é um marco na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pela mobilização em direção às transformações na assistência, com a implantação concreta de experiências assistenciais que buscavam romper com o saber psiquiátrico clássico e a lógica asilar no tratamento da loucura. A década de oitenta foi marcada pela crescente participação de setores da sociedade civil no movimento de reforma psiquiátrica, desde pessoas ligadas a

grupos de defesa mais amplos dos direitos humanos, passando por acadêmicos e pela participação crescente de usuários e familiares.

Bezerra Jr. (1994) ressalta que os anos oitenta marcaram o movimento de reforma psiquiátrica, com a crescente participação de alunos e professores universitários que encontraram no campo da saúde mental um universo novo de questionamentos de ordem social e psicológica. O intercâmbio entre as instituições de assistência e os acadêmicos resultou em cursos de formação profissional, marcando o serviço público como local de ensino e imprimindo, na pesquisa acadêmica, novas indagações a partir da clientela que foi encontrada nos asilos.

Este autor pontua que o mundo institucional trazia diferenças sócio-culturais marcantes em relação ao mundo construído pelas teorias clínicas trabalhadas na academia. Com já vinha sendo discutida pela antropologia e pela sociologia, a realidade sócio-cultural brasileira implicava em diferentes maneiras de significação das experiências subjetivas e sociais quando comparadas com as referências do mundo dito ocidental, de tradição individualista e igualitária, berço da base teórica adotada na academia brasileira. Daí resultam diferenças fragrantas quando se trata de questões como “cidadania”. A partir deste confronto de realidades, pesquisas começaram a ser realizadas basicamente em dois sentidos: sobre a clientela e sua demanda e sobre as teorias que embasam as práticas terapêuticas. As investigações teórico-clínicas, no campo da reforma, acabaram por imprimir uma certa divisão entre aqueles que debatiam questões mais “políticas” e aqueles que davam maior ênfase a questões “técnicas”. Estas diferentes ênfases na abordagem da assistência e do sofrimento psíquico marcam a reforma com o que autor designou como uma tensão entre o “clínico” e o “político”, que se mantém ao longo da trajetória.

“Essa maneira de focar os destinos da reforma implica um deslocamento e um aumento de abrangência em relação à perspectiva sanitária, que centrava sua estratégia na reformulação administrativa da estrutura organizacional da assistência, que caracterizou boa parte das iniciativas dos anos 60 e 70 e que punha ênfase na descentralização e horizontalização da atenção psiquiátrica, na multiplicação de instituições intermediárias de atenção, e assim por diante. Do mesmo modo, rompem-se os limites das experiências de transformação cuja pauta de críticas em relação ao asilo esgotava-se nos elementos internos ao campo médico-psicológico. A psiquiatria deixou de ser coisa de médico e louco para ser –

legitimamente – de todo mundo um pouco” (BEZERRA JR., 1994:185).

Entre os anos 80 e 90, a discussão acerca da clínica da reforma toma vulto, na medida que o “de todo mundo um pouco” se esvazia paulatinamente com a consolidação do projeto reformista. É o mesmo autor que nos informa sobre essa inflexão no rumo da reforma psiquiátrica brasileira:

“Houve nesse período uma efervescência que começou nos anos 60 e que até os anos 80 aconteceu com vigor. Isso está cada vez mais se esmaecendo, a discussão sobre a loucura, sobre o que fazer com os loucos, esta cada vez mais se retirando para um campo de intervenção mais profissional” (BEZERRA JR., 1996:139).

Em comunicação mais recente, no prefácio ao livro de Barreto (2005), Bezerra Jr. afirma que estamos vivendo o terceiro momento da reforma psiquiátrica:

“(…) o que antes havia sido uma utopia, e depois uma proposição alternativa, transformou-se agora em *política de estado*. O que era oposição ao sistema tornou-se a posição do sistema, consubstanciada na lei federal que organiza a atenção à saúde mental no país. Não é sem preço a passagem da oposição ao governo. É preciso fazer frente ao monstruoso e destrutivo poder de corrupção de intenções, que a burocracia e a inércia da estrutura oficial têm”. (BEZERRA Jr. Prefácio in BARRETO, 2005).

O movimento pela transformação da assistência psiquiátrica se torna política oficial com a lei federal 10.216/2001, a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistencial em saúde mental”¹. Após anos de luta no plano legislativo, desde o Projeto de Lei Paulo Delgado de 1989, assim como de uma série de leis municipais e estaduais visando o direcionamento extra-hospitalar da assistência em saúde mental, o governo sanciona uma diretriz única para a implantação do processo de reforma psiquiátrica. Para uma síntese do que hoje significa a reforma psiquiátrica brasileira apresentamos, abaixo, os

¹ Para a lei 10/216 de abril de 2001, assim como para todas as leis relacionadas à assistência em saúde mental no Brasil, ver a publicação: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004 / Ministério da Saúde, 2004.

tópicos contidos no *site* oficial do Ministério da Saúde, a partir da pergunta “o que é Reforma Psiquiátrica?”²:

- É a ampla mudança do atendimento público em saúde mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito aos seus direitos e liberdades.
- É amparado pela lei 10.216/2001, conquista de uma luta social que durou 12 anos.
- Significa a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade.
- O atendimento é feito em CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência.
- As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos CAPS/24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos.

Para a explicitação das premissas gerais da política nacional de saúde mental, podemos recorrer à síntese trazida pelo meio eletrônico de comunicação do Ministério da Saúde:

“O Governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) – incluir as ações de saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implementar o Programa “De Volta Para Casa”, manter um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria”. (BRASIL, Ministério da Saúde/2006)

Vale observar, desde já, o lugar que a avaliação ocupa no conjunto das medidas governamentais relativas à saúde mental, com o PNASH, um programa nacional de avaliação, mesmo que destinado aos hospitais psiquiátricos e não necessariamente aos CAPS e demais dispositivos da rede extra-hospitalar. No sentido da diminuição do porte

² <http://portal.saude.gov.br/sas/mental>, visto em 16/11/06.

desses hospitais, qualificando a forma de atendimento na mesma medida em que diminui seu número de leitos, o PNASH tem estabelecido parâmetros para a manutenção dos convênios entre a rede privada e o SUS. Este programa de avaliação é uma iniciativa do estado e é efetivado por agentes governamentais, trazendo consigo o teor fiscalizatório que a avaliação carrega – conferir, verificar, penalizar – com a perspectiva de normatizar a atenção hospitalar. Vamos abordar o PNASH em outro momento, cabe agora retornar ao programa político nacional de saúde mental.

Nesta mesma comunicação oficial do Ministério da Saúde, o cenário atual da política brasileira de saúde mental está descrito da seguinte forma: em progressiva reversão do modelo no sentido da ampliação da rede extra-hospitalar com base comunitária; como entendimento das questões de álcool e outras drogas enquanto um problema de saúde pública e como área prioritária; e como ratificação das diretrizes do SUS pela Lei Federal 10.216/2001 e III Conferência Nacional de saúde Mental.

No início do ano de 2002 é publicada a portaria 336/02, que define a estrutura, o funcionamento e os objetivos principais dos CAPS a partir de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPS devem dar prioridade de atendimento a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. Esta portaria também define os regimes de pacientes intensivos, semi-intensivos e não-intensivos, e define que os CAPS devem ser estruturas independentes da área física hospitalar. É preciso expor aqui as definições de tipos de CAPS por abrangência populacional e horário de funcionamento:

- CAPS I: Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funcionamento de 8h às 18h, de segunda à sexta-feira.
- CAPS II: Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funcionamento de 8h às 18h, de segunda à sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21h.
- CAPS III: Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funcionamento de 24 horas, diariamente, inclusive feriados e finais de semana.
- CAPS i: Para atender à clientela infanto-juvenil. Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona de 8h às 18h, de segunda à sexta-feira, podendo ter um terceiro turno até às 21h.
- CAPS ad: Para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Municípios com população acima de 100.000 habitantes. Funciona

de 8h às 18h, de segunda à sexta-feira, podendo ter um terceiro turno, funcionando até às 21h.

Dadas as diretrizes gerais da política nacional de saúde mental, cabe agora adentrarmos no serviço que é apontado como estratégico na efetivação das transformações da assistência psiquiátrica: o CAPS. Para descrever o que é um serviço tipo CAPS vamos continuar recorrendo aos documentos oficiais. Na publicação “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”, de 2004, o Ministério da Saúde define o CAPS como:

“(...) um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (...) O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2004: 13).

Na definição oficial do que é um serviço tipo CAPS está explicitada a população alvo a ser assistida, definido que o serviço tem responsabilidade territorial e afirmado que a missão do CAPS ultrapassa o acompanhamento clínico, na busca de reinserção social de sua clientela, contemplando os familiares dos usuários e a comunidade que cerca o serviço. A proposição oficial e normativa afirma também que o serviço CAPS é substitutivo à internação em hospital psiquiátrico. Para tanto, é feita uma citação pontual dos objetivos destes serviços, como citado abaixo:

- prestar atendimento em regime de **atenção diária**;
- gerenciar os **projetos terapêuticos** oferecendo **cuidado clínico eficiente e personalizado**;
- promover a **inserção social** dos usuários através de **ações intersetoriais** que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm responsabilidade de **organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território**;

- **dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica**, PSF (Programa de saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a **porta de entrada** da rede de assistência em saúde mental da sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de **supervisão de unidades hospitalares** psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a lista dos pacientes de sua região que utilizam **medicamentos** para a saúde mental. (BRASIL, 2004: 13, grifos nossos)

Os elementos citados pela norma oficial da política de saúde mental são as tarefas previstas dos CAPS, para fazer frente aos objetivos deste serviço diante da transformação da assistência psiquiátrica. Como podemos observar, são ações que vão além do atendimento à clientela propriamente dita, contemplando ações intersetoriais e articulação com outros serviços e programas da rede de saúde, onde o papel do CAPS é de regular, oferecer suporte e supervisão.

Interessa, para este trabalho, adentrar mais ainda no nível do serviço e buscar o que o texto oficial apresenta quanto ao modo de efetivação destas premissas normativas. Ou seja, quais são as atividades e modos de operar que possibilitariam aos CAPS efetivar estes objetivos. Para fins didáticos da apresentação, vamos separar o que diz respeito às ações terapêuticas no trabalho com o usuário daquilo que se refere à função do CAPS na rede em articulação com outros serviços e programas; embora sejam duas dimensões da mesma proposta assistencial, algo interdependente.

Em relação às ações do serviço diretamente ligadas ao trabalho assistencial, o texto oficial afirma que o CAPS tem uma “clínica ampliada”, ultrapassando o uso de consultas e de medicamentos, apontando para uma (re)construção das práticas psicossociais na compreensão e tratamento dos transtornos mentais:

“É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas. (...) O CAPS devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O **sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS**, que é de atender aos transtornos

psíquicos graves e evitar as internações” (BRASIL, 2004:17, grifo nosso).

Diante dos objetivos pretendidos e das ações para efetivá-los, o texto oficial indica que os recursos terapêuticos do serviço podem ser atendimentos individuais ou em grupo, atendimentos para a família, atividades comunitárias e reuniões conjuntas entre usuários, profissionais e comunidade. Também há considerações no sentido de que cada usuário tenha um profissional do serviço com a função do Terapeuta de Referência, que tem a responsabilidade de “monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço”. Este profissional também tem sob sua responsabilidade o contato com a família do usuário e deve proceder a avaliações periódicas do projeto terapêutico em diálogo com a equipe.

Além das ações terapêuticas que o serviço efetua com sua clientela, o texto governamental indica que os CAPS têm função primordial na articulação da rede de serviços de saúde mental, um papel de apoio para a atenção básica e uma função a ser cumprida diante das instituições hospitalares e em relação à clientela em sua área de abrangência que utiliza medicamentos próprios da saúde mental. Dentre estes elementos que fazem parte das funções dos CAPS, dois devem ser destacados aqui: a função do CAPS como ordenador da rede de saúde mental em seu território e a relação entre a saúde mental e a atenção básica em saúde.

Para abordarmos o papel do CAPS de ordenador da rede de saúde mental em seu território, é preciso esclarecer duas noções importantes: rede e território. A noção de **rede** de atenção à saúde mental, no texto governamental (BRASIL, 2004), é um conjunto de pessoas, programas e serviços de saúde, instituições sociais, econômicas e comunitárias que podem/devem estar envolvidas no cuidado com a clientela da saúde mental. Nesta rede de atenção à saúde mental o CAPS está no centro de um amplo conjunto de atores e instituições. No desenho apresentado no texto citado acima, em torno do CAPS temos: os programas PSF e PACS, unidades básicas de saúde, pronto-socorros, hospitais gerais, CAPS ad (álcool e drogas), CAPS i (infância e adolescência), centro comunitário, residências terapêuticas, instituições de defesa dos direitos dos usuários, associação de bairro, escola, família, vizinhos, esportes, associações e/ou cooperativas e trabalho.

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

A noção de **território** é marcada pela abrangência geográfica e populacional sob responsabilidade do CAPS, mas pretende ser mais do que isso, incluindo todos os elementos que façam parte da vida dos usuários. O território “é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições e seus cenários” (BRASIL, 2004:11). Essa idéia de território mantém continuidade com o princípio da regionalização da assistência do SUS, embora enfatize a tomada de responsabilidade pelo território não exatamente para facilitar a distribuição equânime de recursos por área geográfica, mas para evitar internações em hospitais psiquiátricos como porta de entrada para a atenção em saúde mental.

O CAPS como o serviço expoente da transformação na assistência psiquiátrica, funcionando a partir dos princípios do SUS (acesso universal, integralidade, equidade, descentralização, controle social), com base territorial e função de ordenador da rede de atenção à saúde mental, tem em suas premissas forte integração com a **atenção básica** (centros ou unidades de saúde locais e os programas de PSF e PACS). A importância desta integração está no fato que o CAPS é o ator principal da transformação da assistência em saúde mental, no deslocamento do hospital em direção ao tratamento na comunidade, enquanto que a atenção básica está na base da construção de uma nova lógica de atendimento em saúde, menos biomédica, privatista e hospitalocêntrica. Na integração entre a saúde mental e a atenção básica, as funções do CAPS seriam:

“a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território; b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território; c) realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares

acompanhadas das equipes de atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica; d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes de atenção básica” (BRASIL, 2004:25).

Para a integração entre a saúde mental e a atenção básica a noção central é o **apoio matricial**, que não corresponde à lógica do encaminhamento e nem da referência e contra-referência, pois pressupõe a responsabilidade compartilhada dos casos. A realização do apoio matricial do CAPS estaria ligada às ações de supervisão, atendimento conjunto e atendimento específico, além das iniciativas de capacitação:

“O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (...). Este compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode ser efetivado através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidade ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica” (BRASIL, 2004:80).

A partir das premissas desta interação entre a saúde mental e a atenção básica, estão em discussão propostas de inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) tais como: percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool e outras drogas; número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos); prevalência de transtornos convulsivos (epilepsia); número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica e percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica. (BRASIL, 2004:83).

Como vimos na descrição acima, a reforma psiquiátrica enquanto política de estado coloca os serviços tipo CAPS no centro da estratégia de transformação da assistência psiquiátrica nacional. O movimento da reforma enquanto programa governamental imprime a diretriz da política de saúde mental e normatiza a assistência. Neste contexto, a tarefa que nos cabe é investigar este serviço apontado como o centro das transformações, por em discussão este produto da reforma: o CAPS. A existência dos CAPS não garante que estejamos seguindo um rumo de ampliação das possibilidades de vida dos usuários e nem que estejamos cumprindo a tarefa de inserção social da clientela como pretendido. O momento atual é de investigação sobre os novos serviços, buscando uma grade interpretativa que possibilite compreender como os CAPS estão atuando na perspectiva reformista. A síntese trazida por Bezerra Jr. a partir do trabalho de Barreto (2005) nos é útil como guia do que seria a tríplice tarefa da reforma:

“a) construir e sustentar uma rede substitutiva ao modelo hospitalar tradicional; b) criar dispositivos clínicos fundados na noção de cuidado que viabilize um projeto terapêutico apropriados à nova rede; e c) dar corpo ao projeto propulsor de cidadania e de ampliação de espaços de sociabilidade” (BEZERRA, 2005:14).

Retomando as diferentes periodizações do processo de reforma psiquiátrica, versões ora próximas e ora distantes sobre essa longa trajetória de luta de profissionais, usuários e familiares, um longo – e que se pretende interminável – confronto com as forças que colaboram para transformar a experiência da loucura em algo exclusivamente da ordem do sintoma, podemos tecer algumas considerações. Parece que Vasconcelos (2000) acentua a mobilização da sociedade civil e a participação de atores sociais que não os profissionais na condução do movimento pela reforma, indicando uma abordagem no sentido do “empoderamento” desses atores sociais. Amarante (1995), além disso, também frisa a perspectiva da reforma italiana no processo reformista brasileiro, afirmando como questão principal a desmontagem do caráter normalizador do dispositivo psiquiátrico, do paradigma segundo o qual a lógica manicomial opera, no sentido de destacar o cotidiano dos novos serviços como locus de invenção de novos modos de lidar com a loucura.

Bezerra Jr. (1994; 1992), ao traçar uma separação entre os “políticos”³, mais afeitos à desinstitucionalização da loucura, e os “clínicos”⁴, mais instigados pela clínica da psicose, propõe não uma adesão irrestrita a um dos lados do campo profissional reformista em formação, mas a criação paulatina de novos arranjos entre a “clínica” e a “política”. Assim, mais do que adotar uma perspectiva unilinear, trata-se de formular novas práticas assistenciais e institucionais no sentido da minimização do sofrimento psíquico e de ampliação das possibilidades de existência do louco no tecido social. Mais do que isso, o autor sugere a constituição de outros – não necessariamente “novos” – modos de lidar com a loucura, guiados mais pela solidariedade que pela piedade.

Essa perspectiva está consagrada em algumas considerações sobre o campo da saúde mental em formação, de autores comprometidos com a instalação da reforma psiquiátrica feita política de estado, com suas leis e portarias. Assim, para um desses autores-atores implicados na política pública de saúde mental em vigor:

“Nos últimos anos, na última década principalmente, tornou-se hegemônica no campo a idéia de que há uma clínica da reforma. Perdeu vigor a idéia herdada da Psiquiatria Democrática Italiana, de quem o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira sofreu fortes influências, de que as práticas de cuidado, para romper com seu caráter segregador, tributário do modelo médico psiquiátrico, devessem abandonar o modelo clínico como referência. Os profissionais do campo da Reforma passaram a apostar na possibilidade de desenvolver uma clínica que não fosse reducionista, que não ocultasse os pressupostos éticos que a determinam e subordinam e que promovesse a integração e não a exclusão do paciente. Para isso, argumentavam, era preciso articular dois termos

³ “De um lado encontramos aqueles para os quais a ênfase deve ser posta na transformação radical das relações sociais nas quais a loucura se encontra encarcerada. Trata-se então de realizar uma crítica política às instituições e às representações correntes e uma crítica epistemológica às teorias hegemônicas acerca da loucura, com objetivo de produzir modificações radicais na relação da sociedade com os loucos: defender seu direito à cidadania, exigir respeito social à sua diferença, ampliar as condições de exercício de sua condição de sujeito social, substituir o modelo manicomial de assistência por dispositivos múltiplos, referidos às especificidades locais, construir espaços de sociabilidade permeáveis à sua presença, e assim por diante.” (Bezerra Jr., 1992:35)

⁴ “De outro lado estão aquelas experiências que fazem da *clínica da psicose* seu centro de interesse. Nesse caso as transformações institucionais propostas têm como base a convicção da especificidade do fenômeno psicótico, que somente a clínica pode deixar transparecer. Enfatiza-se a necessidade de um instrumental teórico-conceitual que permita o labor terapêutico com o sujeito singular, o que justifica o interesse privilegiado pela metapsicologia, pelos temas clínicos (transferência, mecanismos específicos da estrutura psicótica etc.)” (Bezerra Jr., 1992:35)

que estiveram isolados ao longo da história da psiquiatria – clínica e política.” (Leal, 1999:126)

Assim, a clínica da reforma é o produto desse arranjo entre clínica e política, o que se faz junto aos portadores de transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica não pende nem para um lado nem para o outro, trata-se de um agregado entre os dois.

Outros desses autores-atores também defendem uma imbricação entre dois pólos, só que no caso a tutela e o cuidado. A atenção psicossocial seria o resultado dos arranjos entre os dois:

“É esse ‘novo arranjo’ da clínica psiquiátrica que pretendo descrever agora, com base na literatura que busca conceituá-lo. Identifiquei nessa literatura um fio condutor: tendo como ponto de partida a apreensão da problemática da doença como dizendo respeito à existência, delinea-se, como consequência, a reformulação das noções de cura e tratamento, a primeira girando em torno de um melhor gerenciamento da vida e convocando à discussão sobre autonomia, reabilitação e contratualidade; o segundo trazendo à baila as questões da escuta, da diversidade, do vínculo, da chamada clínica ampliada, da instituição psiquiátrica de novo tipo e do *território*.” (Tenório, 2001:52-53)

Essa menção às articulações entre clínica e política, enquanto norte da construção de outros modos de lidar com a loucura é um modo de introduzir as características dos “novos serviços” em saúde mental. As características da atenção psicossocial no território serão descritas a seguir, partindo do pressuposto de que os dispositivos assistenciais criados no contexto da reforma psiquiátrica são híbridos, produtos de articulações, não necessariamente tecnologias puras aplicadas sobre uma tabula rasa, como os medicamentos e internações às vezes se fazem passar.

As características dessa “atenção psicossocial” vão sendo delineadas ao longo da trajetória da reforma psiquiátrica, com a implantação dos novos serviços e com a definição da política nacional de saúde mental. Reuniremos a partir de agora tais características, embora sem a pretensão de abarcar o vasto conjunto de práticas em saúde mental, mas apenas oportunizar alguns contornos a respeito do que tem sido o tratamento em saúde mental nas duas últimas décadas, considerando sempre que as práticas nos serviços são muito particulares e distintas entre as equipes. Desta forma, pretendemos apenas destacar

algumas características “básicas” que compõe a clínica da reforma, tendo em vista futura discussão do estudo de caso no CAPS Profeta Gentileza. Como veremos, muitas dessas características serão atualizadas no cotidiano do CAPS, objeto desse estudo.

A construção deste novo cuidado implica o questionamento do tratamento centrado na doença, buscando uma “cura” através da atuação quase exclusiva da medicina. As bases da psiquiatria são questionadas e a loucura é entendida como uma experiência complexa com dimensões biológicas, psíquicas, culturais e sociais. A loucura deixa de dizer respeito apenas aos mais diretamente envolvidos, com relevo às relações sociais em que os sujeitos estão inseridos, envolvendo a sociedade na discussão sobre a loucura. Este movimento de transformação do atendimento psiquiátrico implica um alargamento do cuidado oferecido, o que se denominou de uma **clínica ampliada**, e tem como norte das atuações construir um **outro lugar social** para a loucura, menos marcado pelo estigma e favorecedor de relações mais solidárias.

O conjunto de práticas instauradas pela reforma psiquiátrica, em contraposição ao modelo asilar de tratamento, é denominado de atenção **psicossocial**. Alguns autores afirmam que esta modalidade tratamento representa uma mudança de paradigma na atenção em saúde (AMARANTE, 1996; VASCONCELOS, 2001). Esta mudança paradigmática implica uma nova concepção de objeto que considera os múltiplos fatores da loucura e a implicação do sujeito no tratamento, assim como modifica os moldes do trabalho de assistência, por meio de uma equipe **multiprofissional** e de um conhecimento **interdisciplinar**, favorecendo um intercâmbio entre diferentes saberes e práticas, especialidades e especialistas.

A proposta é que a organização da instituição seja de maneira horizontalizada, na qual a participação e a co-responsabilidade são objetivos a ser alcançados. As formas de relacionamento com a clientela também são diferentes do modelo asilar, na medida que a atenção psicossocial pretende que a instituição tenha o caráter de **espaço de troca e interlocução**, tendo os profissionais o papel de **agenciadores** neste processo.

Diferente do propósito do tratamento típico das instituições clássicas, ou seja, o de supressão do sintoma, o tratamento sob o ponto de vista psicossocial pretende possibilitar novas formas de posicionamento do sujeito, levando em conta a dimensão sócio-cultural e tendo como perspectiva ética a **inclusão da singularidade**.

Em publicação do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, realizado em 1996 (VENÂNCIO, 1997), os novos moldes de cuidado construídos pela reforma psiquiátrica são apresentados como fazendo parte do **campo de atenção psicossocial**. A identidade do campo se dá por novas concepções do cuidado, buscando a constituição de um paradigma diferenciado, mais abrangente e questionador do que o da psiquiatria tradicional. A **diversidade** é apresentada como característica constitutiva deste campo, pelo conjunto de atores envolvidos (técnicos das equipes multiprofissionais, os usuários e familiares) e pela variedade de teorias, práticas e experiências de atendimento.

À marca da **interdisciplinaridade** deste campo é acrescida a inclusão das vozes de **usuários e familiares**, no sentido da diversidade de saberes especializados e também leigos na oferta de cuidados e formulação de políticas públicas. Como aponta Leal (1999a), a concepção de que o “adoecer” psíquico não é homogêneo traz a consequência de que a maneira de olhar o sofrimento deve ser o “mais diversificado possível”. Isso implica não somente nas visões dos diferentes profissionais envolvidos, mas também considera as visões de familiares e usuários. Atribui-se importância à perspectiva do próprio usuário e dos familiares, deixando o profissional de ser o exclusivo detentor da fala a respeito da loucura. Se antes este poder era quase que exclusivamente médico, com o movimento de reforma passou a ser de diferentes profissionais envolvidos no cuidado e progressivamente ganha autoridade o usuário e seus familiares, ampliando e diversificando as vozes sobre a loucura.

A característica de diversidade de teorias e vozes que fazem parte do campo não se traduz necessariamente em um acordo entre os atores em relação ao que é este novo cuidado em saúde mental.

“Quando chega a hora de dizer o que queremos pôr no lugar daquilo que condenamos, vêm à tona projetos discrepantes e, em certos aspectos, opostos. Isso nem sempre é tão evidente, porque a incorporação – nos discursos oficiais em quase todas as áreas – das críticas ao modelo asilar tradicional, parece às vezes criar uma certa homogeneidade em torno do tema. Entretanto, essa impressão começa a se desfazer no momento em que deixamos de nos perguntar *contra o quê* estamos de acordo – na condenação do passado manicomial – para nos indagarmos *a favor de quê* achamos que vale a pena investir” (BEZERRA JR., 1999:136).

As diferentes perspectivas existentes entre os atores da reforma, apontadas por Bezerra Jr., indicam desde a tensão entre os “clínicos” e os “políticos” presentes nas discussões dos anos oitenta, até a ascensão de uma visão biologista dos transtornos mentais que ganhou ênfase na década de noventa. A **tensão entre política e clínica** no interior do campo da saúde mental (como vimos anteriormente), põe de um lado, aqueles que dão ênfase à crítica política a respeito das instituições e das teorias sobre a loucura, na busca de modificação das relações entre a sociedade e os loucos, buscando possibilidades de ampliação das condições de sujeito social, de respeito à diferença e, de outro lado, aqueles que atribuem maior ênfase à dimensão clínica, ressaltando questões de ordem teórico-conceitual do trabalho com o sujeito singular e suas vivências intrapsíquicas (BEZERRA JR., 1992:34).

Esta tensão pode estar representada, por exemplo, em serviços que dão ênfase nas discussões sobre a **reabilitação psicossocial**, marcadamente uma perspectiva predominantemente política da loucura, diferente de trabalhos sobre a **clínica da psicose**. Essa tensão entre perspectivas diferentes, algumas vezes, se torna oposição, e outras vezes se tornam convivência e articulações frutíferas.

Em trabalho posterior, Bezerra Jr (1999) aponta a existência de três importantes linhas de pensamento diferentes dentro do campo da saúde mental: a psiquiatria biológica; a psiquiatria inspirada pela reforma italiana e pelo pensamento sanitário brasileiro; e a psiquiatria influenciada pela psicanálise. Cada uma destas linhas guarda sua especificidade na abordagem do campo, mas, como afirma o autor, é necessário que haja um solo comum nas discussões entre os atores, para que a diversidade de perspectivas do campo seja uma pluralidade de abordagens e não uma fragmentação.

Para a construção de um solo comum sobre o trabalho de assistência na psiquiatria, preservando a especificidade de cada abordagem, o autor aponta que se deve partir do questionamento sobre objeto, instrumento e objetivo da psiquiatria. Quanto ao objeto, independente do vocabulário trazido para abarcar o tema, trata-se de uma experiência complexa de sofrimento de alguém. Em relação ao instrumento, é necessário abordar duas maneiras diferentes de vermos a teoria. Pode-se entender a teoria como uma tentativa objetiva de buscar a realidade, a partir da idéia de que existe uma correspondência entre a linguagem e aquilo que é descrito, “a linguagem como espelho do mundo”. Ou pode-se

abordar a teoria a partir da idéia de “linguagem como ação”, como maneira do ser humano se relacionar com o mundo; de maneira que pode se considerar várias formas de abordar o fenômeno do sofrimento psíquico, a partir dos diferentes vocabulários, abandonando a pretensão de buscar uma única maneira de tratar o tema como a mais verdadeira, considerando assim as diversas teorias. Quanto ao objetivo da psiquiatria, trata-se de potencializar a experiência vivida pelo sujeito no mundo; e, ao lidar com a intersubjetividade, a intervenção psiquiátrica esbarra também na dimensão ético-política. Então, pode-se conceber um mínimo em comum para que haja diálogo entre os atores que buscam a transformação da assistência psiquiátrica.

“Adotar a noção de **ética do cuidar** como balizamento para discussão da pertinência ou de práticas assistenciais significa isso: tomar o **sofrimento psíquico** como objeto de nossas ações, o **alívio da dor e a expansão de horizontes** como objetivo a ser perseguido por elas, e a compreensão de que teorias, conceitos e idéias que configuram as linhas de pensamento que conhecemos, são instrumentos para agir, **ferramentas para intervir na realidade**” (BEZERRA JR., 1999:143, grifo nosso).

Apesar deste consenso mínimo nem sempre ser encontrado, dificultando as discussões dentro do campo, vamos considerá-lo aqui como o horizonte em que se desenvolvem as práticas de cuidado em saúde mental. O **cuidado** da clientela dita psiquiátrica tem por pressuposto compreender o sujeito do sofrimento como uma pessoa única, da qual o sintoma faz parte de maneira particular e, portanto, a **atenção** está direcionada para a particularidade do usuário.

Outro pressuposto deste campo é a abordagem das dimensões **psíquica** e **social** do usuário de maneira complexa e integrada, na qual o social é ampliado de maneira a abarcar o lazer, por exemplo, indo além das esferas trabalho, família e sociedade. Diferentemente do trabalho oferecido em instituições asilares, os novos serviços abordam questões antes consideradas secundárias ao tratamento, como a **autonomia** do usuário (ou a questão da tutela), seus **direitos** (ou a questão da **cidadania**), as condições de moradia, entre outros temas que fazem parte da abordagem da **vida do sujeito**. O cuidado nos novos dispositivos de atendimento à clientela psiquiátrica pode ser caracterizado então basicamente pela busca de uma **atenção singularizada** ao sujeito do sofrimento, considerando as esferas psíquica,

social e econômica do contexto, com ênfase ao acompanhamento do cotidiano da vida do usuário e com atuações assistenciais que busquem privilegiar a convivência.

Estes pressupostos básicos da assistência em saúde mental têm lugar privilegiado nos **novos serviços** de atendimento. No trabalho de Carvalho & Amarante (1996) os novos serviços têm uma abordagem diferenciada da psiquiatria clássica no lidar com a loucura, ao procurar uma construção teórica e técnica abrangente com a inclusão das dimensões social e política no plano assistencial, o que implica em uma nova ética.

Para a definição destes serviços, os autores fazem menção à proposição de Birman (1992), ao destacar o movimento de reforma psiquiátrica como uma iniciativa com o intuito maior de **“delinear um outro lugar social para a loucura”**, ressaltando a abrangência desta proposta. Nas palavras dos autores, novos serviços podem ser descritos como: “(...) um conjunto de ações e iniciativas que ocorrem em diversas áreas, e simultaneamente, nos planos teórico, técnico, assistencial, jurídico, político e cultural, na forma de lidar com a loucura e a doença mental” (CARVALHO & AMARANTE, 1996:75). Como fica clara na citação, a definição de novos serviços de saúde mental é baseada em uma **postura ética** diante do fenômeno da loucura e por diretrizes amplas de atuação na assistência.

Estamos tratando de um campo de ações em saúde que é baseado em pressupostos éticos que conduzem às mais diferentes ações na assistência. Desta forma a apresentação realizada aqui dos elementos que caracterizariam o universo de práticas da atenção psicossocial é algo provisório e amplo.

Com o objetivo de compreender as noções de sujeito e de mundo dos profissionais de saúde mental, Leal (1999) busca descrever o campo, a partir dos textos apresentados no I Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro, ocorrido em 1996. Como diz a autora, em concordância com nossa perspectiva, “dizer das características deste campo já era de certo modo descrevê-lo” (LEAL, 1999a:23). A autora pontua um conjunto de proposições que podiam ser considerados uma espécie de “guia” que norteavam as mudanças da assistência psiquiátrica. As idéias e concepções consensuais, no interior do campo da saúde mental, são o que a autora denomina de **“ideário da reforma”**. A autora aponta quatro princípios presentes no cotidiano assistencial, destacados abaixo nas palavras originais:

“1) o cuidado realizado nestes espaços deve ser marcado pela provisoriidade. As respostas a serem dadas em cada caso, a cada

situação clínica, não são definidas de antemão. São os aspectos presentes em cada uma destas situações que indicarão o caminho a ser seguido no decorrer do tratamento;

2) os saberes utilizados são limitados e isto exige dos técnicos que revejam permanentemente as verdades estabelecidas acerca do modo de intervir e da melhor conduta a ser utilizada em cada situação;

3) a clínica é marcada pelo risco e pelas incertezas, tanto porque precisa considerar que os saberes que produz são sempre parciais, como porque reconhece que os sujeitos envolvidos neste processo estão em permanente resignificação e apenas se dão a conhecer nas relações que os produzem;

4) a prática do cuidado envolve sujeitos – técnicos e pacientes – singulares, marcados por contradições, e requer um exercício permanente de escuta da diferença destas singularidades.” (LEAL, 1999b:48).

Este trecho evidencia o campo da saúde mental como em construção e marcado por uma série de implicações que não permitem um olhar simplificado e reducionista sobre o trabalho de assistência. As proposições destacadas deixam claras as mediações da subjetividade na prática do cuidado, assim como a particularidade de cada situação e a “provisoriedade” das idéias que giram em torno do tratamento. A autora aponta que, apesar da importância destas características para uma descrição do campo da saúde mental, é importante atentar para o **caráter prescritivo** destas idéias. A adoção destas características observadas do trabalho de cuidado em saúde mental e eleitas como “guia” da prática trouxe a possibilidade de formar uma “carta de intenções”; mas também ao serem utilizadas como descritivas do trabalho nos serviços substitutivos, estas podem obscurecer o caminho para conhecer melhor a assistência em saúde mental.

“O fato de elegermos um certo conjunto de princípios, considerados eticamente desejáveis para nortear o nosso olhar e a nossa prática cotidiana, não nos garante sobre o rumo daquilo que é produzido. Para conhecermos o que efetivamente desenvolvemos, devemos manter acesa nossa curiosidade e vontade de nos indagar sobre o percurso trilhado” (LEAL, 1999b:49).

A partir deste trecho, podemos reafirmar que o campo da saúde mental, apesar de ter uma diretriz ética para direcionar o caminho e as propostas de atendimento, marcados pelas características que nos ajudam a desenhar os contornos deste campo, é uma área em franco

desenvolvimento. Está aí a importância de tomarmos as descrições do campo como um caráter provisório e flexível, assim como a relevância das pesquisas sobre o trabalho de cuidado, notadamente a importância da **investigação avaliativa** na medida que estas tem potencial de oferecer luz sobre a assistência que vem sendo posta em prática.

Há, ainda, como característica do campo da saúde mental, com o papel de direcionamento da assistência, o que chama-se de **reabilitação psicossocial**. A psiquiatria, diante da reabilitação psicossocial, implica a idéia de que o sujeito em sofrimento está destituído de **poder e valor social**, e, portanto, o cuidado com essa clientela deve promover ações no sentido de potencializar suas relações em sociedade.

A idéia de reabilitação psicossocial tem diferentes usos e definições. De maneira geral, trata-se de um conjunto de meios (programas, serviços, ações) para potencializar a vida de pessoas com problemas de saúde mental, diante de uma perspectiva compreensiva em relação à singularidade de cada indivíduo. As ações reabilitadoras têm o objetivo de reduzir o poder cronificador e desabilitante dos tratamentos tradicionais. Partindo de idéias como dano, limitação ou desvantagem, os programas de reabilitação incluem ações conjuntas com dispositivos da sociedade em busca de maximizar oportunidades de recuperação e minimizar efeitos desabilitantes (PITTA, 1996).

Para Saraceno (1999) a prática da reabilitação tem como objetivo possibilitar o aumento do nível de **contratualidade** afetiva, social e econômica do paciente psiquiátrico, que se constrói sobre os eixos moradia, mercado e trabalho. O autor destaca que a reabilitação significa não uma prática, mas uma **atitude ética**; não se constitui em práticas determinadas ou tipos de tratamento, mas em um princípio que oferece direção ao trabalho reabilitador. Alguns autores compartilham desta perspectiva:

“Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidado para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados” (PITTA, 1996:21).

A reabilitação, enquanto postura ética e comportando uma infinidade de formatos, é tida como **“uma prática à espera de teoria”** (SARACENO, 1996). É uma prática que tem como ponto central a dimensão social e política dos indivíduos perpassando suas vivências

subjetivas. Portanto, a relação destes com a sociedade é primordial, sendo o caminho proposto a saída do hospital em direção à comunidade.

“Parece-me que este é um aspecto extremamente estimulante desta fase histórica da psiquiatria e da reabilitação: que as práticas são muito mais sofisticadas que as teorias, que as práticas são muito mais articuladas que os modelos de referência” (SARACENO, 1996:152).

O princípio da reabilitação psicossocial traz consigo a perspectiva da inserção social do usuário, implicada na discussão de valor e poder social que determinam o **poder contratual do usuário**. O poder contratual tem três dimensões: bens, mensagens e afetos. O paciente psiquiátrico é atribuído de um valor negativo, que lhe retira o poder de troca, no sentido de que seus bens são suspeitos, suas mensagens incompreensíveis e seus afetos desnaturados (Kinoshita, 1996:55). Conseqüentemente, reabilitar seria o trabalho de reconstruir estes valores, aumentando o poder de troca do usuário para que ele possa fazer parte do intercâmbio social, com vistas a sua autonomia. Com uma concepção de autonomia, próxima da idéia de “normatividade” proposta por George Canguilhem, o autor destaca a compreensão do conceito de dependência de uma maneira positivada:

“Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (KINOSHITA, 1996:57).

Ao investigar as concepções de autonomia que surgem na equipe técnica, a pesquisa de Almeida et al (2000) aponta para dois sentidos que apareceram na prática: autonomia como uma escala onde o sujeito pode perder ou adquirir em desempenho e capacidade de auto-gestão, não cabendo ao serviço o resgate da autonomia perdida quando da doença; e, autonomia a partir da psicanálise, onde o maior grau possível de autonomia adquirido pelo

sujeito se torna importante do ponto de vista da resolutividade do serviço. Em ambas as perspectivas a autonomia é vista como um **resultado** da atenção psicossocial, como um conceito a ser **particularizado** para cada sujeito, como um **horizonte** para o trabalho em saúde mental e, principalmente, como um **processo**.

É importante ressaltar aqui que a categoria de autonomia do usuário é um dos principais indicadores de qualidade dos serviços de saúde mental utilizados em processos avaliativos em saúde mental. Apesar das dificuldades de operacionalização deste construto em instrumentos padronizados e das críticas a respeito da autonomia como indicador de qualidade, é utilizado com frequência nos estudos avaliativos chamados de “institucionalizados” como mostramos em Schmidt (2003).

O conceito de reabilitação psicossocial está colocado como um norte a ser seguido, como um princípio para as ações no campo da saúde mental e tem característica fundamentalmente processual, considerando a particularidade de cada usuário e o papel de referência da instituição.

“A psicose é uma condição que evolui e está sempre evoluindo. Percebemos a reabilitação como um **processo** que não tem um fim definido. Não há também um momento preciso a partir do qual este deva principiar. Cuidar de uma pessoa psicótica é empreender uma jornada, desde o momento em que se toma contato com ela. A reabilitação, tomada desta maneira, consiste em oferecer todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis. Chega-se onde o paciente quer chegar e não onde a equipe de cuidados previamente estabelece. Tratar e reabilitar são perspectivas indissociáveis. Para se reabilitar um paciente é necessário **oferecer continuamente tratamento**” (GOLDBERG, 1996:45, grifo nosso).

O objetivo amplo da reabilitação psicossocial é que o usuário conquiste cada vez maior **autonomia possível** em relação ao gerenciamento de sua vida, e o papel da instituição é de potencializar este processo alargando a capacidade de escolha. Para tornar viável um trabalho de reabilitação psicossocial o autor afirma ser imprescindível que o serviço faça o **acompanhamento** do usuário.

Há outra noção importante que faz parte das características da assistência em saúde mental e que pauta a implantação e atuação dos novos serviços: o **território**. Esta prerrogativa de organização dos novos serviços está contemplada claramente pela norma

oficial trazida pela legislação, como vimos anteriormente, mas é apontada aqui como uma característica porque é uma contrapartida à assistência baseada no manicômio, onde o tratamento inclui o espaço real e subjetivo de vida do usuário, se dando dentro de seu universo sócio-cultural. Diferentemente do princípio de atendimento por uma demanda espontânea, a assistência territorializada tem a premissa de **tomada de responsabilidade** do serviço por uma população.

“Para que o contexto urbano possa tornar-se objeto de nossa análise, ou seja, para dar-lhe sentido na organização de serviços e na clínica, é preciso superar o modelo da demanda espontânea (que é coerente na clínica de consultórios e serviços privados), e tomar as noções de cobertura assistencial e domiciliar como indispensáveis” (DELGADO, 1999:114).

O atendimento em saúde mental pensado a partir do território é incompatível com a lógica da hierarquização da assistência baseada na complexidade das ações, como emergência, ambulatório e internação. O serviço territorializado de saúde mental pretende **acompanhar** o usuário, suprimindo suas necessidades de atendimento em diferentes momentos, às vezes atendendo-o mais intensamente e mesmo de forma emergencial (até mesmo durante a noite, o que é possível no CAPS III), outras vezes com atendimentos semanais e/ou mesmo com um acompanhamento baseado em visitas domiciliares.

A perspectiva de uma assistência territorial pretende que o usuário não tenha que sair do seu universo cultural, nem ser isolado em um mundo à parte, como seria um ambiente hospitalar. Pretende que nos diferentes momentos de sua trajetória o usuário possa permanecer em sua localidade e contar com o universo simbólico que faz parte da sua vida. A idéia de território não implica “apenas o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências sócio-culturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo” (DELGADO, 1999:117).

É oportuno acrescentar que a partir do princípio de responsabilidade por uma dada população, a noção de acompanhamento pode ser estendida para todos os usuários que chegam ao CAPS e não somente para aqueles que efetivamente se tratam no serviço. A idéia de responsabilidade é aplicável mesmo àquele usuário que passou pelo CAPS e foi

encaminhado a outro serviço, neste caso, o acompanhamento a ser feito é o de agenciar o encaminhamento e acompanhar o paciente até este efetivamente esteja em tratamento.

Há ainda duas noções centrais no atendimento à clientela psiquiátrica nos novos serviços de saúde mental, pautados no princípio da ética do cuidar e nas atribuições do serviço CAPS como porta de entrada e organizador da demanda de saúde mental na rede de serviços no território: o **acolhimento** e a **recepção**. Estas duas noções pautam o momento inicial do tratamento do usuário e de princípios norteadores da assistência. Eventualmente se concretizam em designações de reais dispositivos em ação no serviço (como veremos no CAPS de Inhoaíba).

Vamos tratar do acolhimento e da recepção como o momento inicial em que o usuário chega ao serviço. É o primeiro contato do usuário com a instituição e com os profissionais. Este primeiro contato pode esse dar em atendimento individual ou em grupo, dependendo do que a situação do usuário permite e da forma de organização de cada serviço. Vamos colher as contribuições trazidas pela publicação Cadernos do IPUB 17 (2000), dedicado ao tema da recepção. Já na apresentação, é afirmado que este primeiro momento do usuário no serviço aponta os elementos da clínica:

“(...) as demandas daquele que sofre, os recursos do profissional que recebe, a natureza do que se deve dar como resposta, implicando o aspecto de tamponamento ou abertura da dimensão subjetiva do adoecimento mental, a natureza e a especificidade da instituição, os recursos da rede como um todo, os limites e armadilhas do aparato psiquiátrico, os recursos e a questão da comunidade” (TENÓRIO et al, 2000:9).

O primeiro momento do usuário no serviço é marcado por uma atitude de escuta ao sofrimento do sujeito, na busca de compreensão do que está sendo vivido pelo usuário. É um momento de acolhimento à confiança atribuída à instituição como local em o usuário vai procurar ajuda, e situação em que se defini minimamente quais os recursos devem ser acionados naquele momento para dar início ao tratamento.

“O objetivo nesse primeiro contato é **compreender a situação**, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é

importante, mas não deverá ser o único e nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço” (BRASIL, 2004:15, grifo nosso).

Então, este momento inicial do paciente no serviço implica o acolhimento ao sujeito, a compreensão da situação e a designação inicial do que pode ser acionado tendo em vista o tratamento. Temos, então, uma noção importante que faz parte da recepção: o **diagnóstico da situação**. O diagnóstico psicopatológico perde sua hegemonia como carro-chefe na decisão do tratamento e aparece uma abordagem mais ampla da vida do sujeito como ordenador das ações do serviço.

“Fazer um diagnóstico da situação implica ponderar as variáveis em jogo (inclusive os recursos terapêuticos disponíveis, a situação familiar e laboral, se for o caso etc) e estabelecer uma primeira estratégia de intervenção, o que inclui decidir o encaminhamento para um (ou mais de um) dos recursos terapêuticos da instituição. O ato diagnóstico a ser feito na recepção – o diagnóstico da situação – inclui, obviamente, as variáveis clínicas mais específicas. Por exemplo: o estado de ansiedade traz à consideração o quanto o paciente poderá suportar do ‘tempo de suspensão’ referido acima e a necessidade ou não de uma medicação ansiolítica; o risco de suicídio, seja por depressão seja por injunção psicótica, deve ser levado em conta sabendo-se que, num contexto em que a transferência é ainda um vínculo frágil (mas do qual não se deve abdicar), dispomos também de recursos como orientação à família quanto a cuidados específicos, medicação e, no limite, internação; e a sintomatologia psicótica produtiva pode ou não requerer contenção medicamentosa’ (TENÓRIO, 1999: 86).

A recepção ao paciente no serviço de saúde mental tendo o acolhimento ao sujeito e o diagnóstico da situação como noções norteadoras fundamentais, localiza o trabalho **interdisciplinar** dos CAPS já neste primeiro contato do usuário no serviço, dada a premência do diagnóstico da situação. Por isso, em muitos serviços, a recepção e/ou o acolhimento é um trabalho a ser realizado por mais de um profissional (como veremos no caso do CAPS Profeta Gentileza, onde o acolhimento deve ser feito por uma dupla de técnicos de categorias profissionais diferentes). Na perspectiva de realizar um diagnóstico da situação do usuário é importante que mais de um saber esteja envolvido. Como mostra

Figueiredo (1999) ao abordar o trabalho em equipe, apontando o conceito de “transferência de trabalho” entre os profissionais como uma alternativa de saída do impasse entre dois extremos que aparecem na atenção psicossocial, encarnadas no que cunhou de equipes “hierárquica” e “igualitária”. O acolhimento e/ou recepção realizado por mais de um profissional, é propício para a realização do diagnóstico da situação, pois, nas palavras da autora:

“(…) permite que mais de um olhar simultâneo sobre o caso possa contribuir para sua melhor avaliação e encaminhamento, e que as diferenças na escuta possam ter uma apreensão redimensionada da fala do paciente” (FIGUEIREDO, 1999:125).

Esclarecido que o primeiro momento do usuário na instituição requer trabalho multiprofissional na escuta do sofrimento, uma atitude de acolhimento e compreensão da situação do usuário para então delimitar inicialmente as diretrizes de tratamento, vamos nos aproximar daquilo que permeia a atitude de acolher, que tem como norteador o processo de **“desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa”**.

A discussão quanto ao papel da recepção diante da proposta de desmedicalizar e subjetivar se inicia com a constatação de que os ambulatórios fracassaram enquanto estratégia alternativa ao asilo, proposta da década de oitenta. Com consultas espaçadas, repetindo medicações, sem questionar as indicações de tratamento, o ambulatório não se prestou a alterar o ciclo de repetidas internações e se mostrou como indutor de uso de medicamentos, como mostra Tenório (1999) a partir das contribuições de Delgado (1987) Leal (2000), Fagundes & Libério (1997) e Goldberg (1994).

Neste contexto, a discussão da Recepção vem para agilizar e qualificar o atendimento dos usuários que buscam o ambulatório, pretendendo que uma nova forma de recepção transforme a assistência e seus pressupostos. Ao relatar a experiência de mudança no IPUB (UFRJ), com a inauguração do Grupo de Recepção no lugar da “triagem”, o autor afirma que “agilizar” significa atender o usuário no mesmo dia ou em seguida, nunca com espaçamento de muitos dias, e que “qualificar” implica instituir a “escuta” para além da avaliação diagnóstica, tendo uma dimensão terapêutica deste o princípio, lócus do início de um processo de “desmedicalização da queixa e subjetivação da demanda” (TENÓRIO, 1999: 81-82).

“Embora lugar de passagem, **recepção também é tratamento**. Aponta para um outro lugar fora dali, mas põe em jogo, já, os elementos do tratamento. Seja por seus efeitos terapêuticos imediatos (diminuição da ansiedade, evitação ou indicação de uma internação etc), seja por suas implicações em termos de um trabalho subjetivo mais longo (ao qual a recepção pode convidar ou que ela pode silenciar), o ato de recepção é pleno de implicações em termos clínicos” (TENÓRIO et al, 2000:13, grifo nosso).

Ao utilizar a metáfora freudiana de mover as primeiras peças no jogo de xadrez Tenório (1999) localiza a recepção ao paciente como o início de um processo de tratamento, por possibilitar o convite ao interesse pela dimensão subjetiva da experiência do sujeito em relação ao seu sofrimento. Ao responder a demanda do paciente com um convite à subjetivação, e não responder ao sintoma com remédio, a recepção possibilita uma outra abordagem do tratamento. Desmedicalizar e subjetivar são colocados como uma **direção**, visto que “implicar o sujeito em seu sintoma” é visto pela psicanálise como um processo longo de trabalho cujo objetivo pode ser alcançado (ou não). Portanto, a perspectiva de “subjetivar e desmedicalizar” é um norteador do trabalho da recepção, considerado como uma proposta que é colocada desde o início do tratamento e que vai marcá-lo como uma abertura ou fechamento da possibilidade de o sujeito se interrogar sobre a subjetividade (TENÓRIO, 1999:88).

As contribuições da literatura quanto à clínica da recepção, incluem ainda um ponto importante a ser descrito nesta etapa: a questão da **responsabilidade** do serviço para com o usuário. Em consonância com as propostas dos serviços de saúde mental, onde o CAPS tem abrangência territorial, é referência de tratamento para uma dada população, com a atribuição de ordenador da rede, a questão da responsabilidade atribuída na recepção pode ser considerado como um elemento importante da assistência nos CAPS.

“A noção decisiva em jogo no ato da recepção é a noção de *responsabilidade*. É ela que se opõe aos mecanismos naturalizados de desassistência, nos quais incorremos muitas vezes sem perceber. Considerações do tipo ‘isso que o paciente pede é extraclínico’, ‘não é da minha alçada’, ‘não é da responsabilidade desta instituição’, essas considerações não nos eximem de perguntar o que podemos fazer para que aquele encontro, às vezes dramático para o paciente,

seja produtivo para ele em busca de tratamento” (TENÓRIO et al, 2000:14).

Esta perspectiva se soma à idéia de **acompanhamento** dos usuários, mesmo daquele que foi encaminhado a outro serviço. Considerando que o usuário apresenta confiança em buscar a instituição, que o profissional favorece o vínculo, iniciando um processo de tratamento, a **responsabilidade do serviço em acompanhar** o percurso de tratamento, mesmo que fora da unidade, se torna uma prerrogativa dos CAPS. Neste sentido, a recepção também é tratamento e **“encaminhar não é despachar”**, exigindo que desde o primeiro momento do usuário no serviço seja feito um trabalho clínico cuidadoso e definindo a responsabilidade do serviço em acompanhar.

Como vimos ao longo da apresentação dos elementos da assistência e dos temas de discussão na área de saúde mental, há uma série de princípios norteadores do trabalho, onde “autonomia possível” e “subjeter e desmedicalizar” são apontados como **processos**. A diversidade de atores e práticas encontradas na saúde mental é resultado de arranjos entre “clínica” e “política”, com prerrogativas éticas de **responsabilidade territorial e acompanhamento da clientela**.

Desta maneira, através dessa apresentação dos princípios da clínica da reforma psiquiátrica, podemos retomar o pressuposto de grande parte dos trabalhos de avaliação em saúde mental. Como já foi antecipado, diz-se de uma insuficiência dos critérios “clássicos” para avaliar o cotidiano dos serviços de saúde mental, tendo em vista as peculiaridades das novas práticas de atenção psicossocial. Assim, vimos acima o que é que os serviços de saúde mental têm de idiossincrático: a busca do acompanhamento, não necessariamente da cura; a busca da autonomia enquanto aumento das possibilidades de existência no tecido social, não necessariamente do bem-estar biopsicossocial ou equilíbrio das funções nervosas. O que acontece é que o cotidiano dos CAPS é diferente da maioria dos serviços de saúde, dada a peculiaridade da clientela psiquiátrica. Frequentemente, o usuário não procura o serviço, mas é trazido por familiares, vizinhos, bombeiros. Além disso, quando se vincula a algum tratamento, não necessariamente vem ao serviço na hora marcada. Assim, as características da demanda em saúde mental impõem um desenho singular na organização do trabalho em equipe e da “rotina” nada rotineira dos CAPS, pois não há como medir a produtividade em termos de consultas – apenas se as visitas domiciliares e

telefones passarem a compor essa classificação – e nem contabilizar o número de atendimentos – já que ora o usuário não aparece, ora apenas seu familiar o faz, ora as consultas duram horas.

Assim, tendo em vista as, já descritas, peculiares da atenção psicossocial e do trabalho dos CAPS, podemos nos perguntar sobre quais são os indicadores ditos “clássicos” para avaliar um serviço de saúde, justamente aqueles que remetem a essa produtividade de consultas e quais são os indicadores de qualidade que tem sido usados e sugeridos para a avaliação de serviços de saúde mental.

1.3. Da avaliação ao processo avaliativo: um estado da arte da área de avaliação de qualidade de serviços de saúde mental

A questão fundamental que guia esta tese é como avaliar um CAPS, considerando as características e premissas desta modalidade de atendimento da clientela psiquiátrica e afirmando a importância de avaliar os serviços, apesar do desafio que a tarefa impõe. Para tanto, será necessário percorrer um caminho de abordagem do campo da avaliação em saúde para alcançarmos as questões de avaliação para o campo da saúde mental. A discussão principal gira em torno da metodologia de pesquisa que pode ser construída para avaliar um CAPS.

A avaliação é uma necessidade da política pública, pois é fundamental que um programa de saúde possa mostrar para a sociedade o que faz, como funciona, pra que serve. No campo da saúde mental podemos dizer que esta necessidade é ainda maior se considerarmos que a constituição dos serviços CAPS parte de um movimento de transformação do modelo tecno-assistencial para os pacientes da psiquiatria. A importância de transparência das ações e de “prestação de contas” é uma exigência do atual momento da reforma, portanto é necessário que busquemos uma maneira de avaliar nossas práticas e tornar os resultados disponíveis à apreciação comum.

A função de mostrar para a sociedade a validade de um programa de saúde é da gestão pública do referido programa, nos níveis municipal, estadual e federal. Esta seria a **designação pública da avaliação**, de responsabilidade da gestão e com seus mecanismos próprios. Mas a avaliação também é um **exercício de olhar sobre a assistência**, um olhar que pretende ser também uma **reflexão** sobre a prática. De modo que, além de função de

acompanhamento da **gestão**, a avaliação também é de interesse dos próprios **profissionais**, na busca de analisar o trabalho que se faz. No campo da avaliação se diferencia o acompanhamento e planejamento da gestão feito através de avaliações periódicas daqueles processos de avaliação que tem como principal objetivo lançar um olhar crítico sobre a prática, em geral, chamado de **pesquisa avaliativa**.

Para realizar avaliação de um **serviço** é necessário mostrar as características deste serviço assim como as características do programa em que está inserido. Para tanto, vamos tomar os textos sobre a saúde mental como material empírico. Assim como vamos utilizar as informações fornecidas pela gestão como documentos oficiais.

Como veremos a seguir, a avaliação da qualidade de serviços de saúde mental tem sido um desafio para os pesquisadores, com a clareza de que os métodos aplicados em serviços de saúde são insuficientes e diante das peculiaridades da demanda, a ênfase da discussão recai sobre as metodologias.

De modo que a importância do papel político da avaliação e a dificuldade de realizar avaliação no campo da saúde mental não devem nos deixar cair na tentação de seguir modelos já existentes, tendo a ilusão de que com eles vamos conseguir avaliar este campo. Está claro que não se tem uma metodologia própria para a avaliação em saúde mental e que não se trata de um campo em que critérios objetivos possam ser delineados para responder nossas perguntas, como demonstra claramente Barreto (2005).

Em seguida, vamos adentrar no universo da avaliação em saúde, para identificar o campo em se insere a pretendida avaliação em saúde mental, buscando contribuições para a discussão metodológica e para o delineamento de uma pesquisa avaliativa em um serviço tipo CAPS.

1.3.1. A avaliação da qualidade

Muitas das obras referentes ao tema da avaliação começam com uma frase do gênero “a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo” e seguem a história da avaliação até que esta tenha chaga aos dias atuais como sendo um campo de pesquisa “na moda”. Este caminho, que começa nos primórdios da vida humana, vem a se tornar aparato científico para analisar programas públicos após a Segunda Guerra Mundial. Não é objetivo deste trabalho acompanhar este percurso, apenas indicar elementos da discussão atual que

sejam relevantes para o debate e a pesquisa em avaliação da qualidade de serviços de saúde mental⁵.

Há mais de duas décadas a discussão sobre avaliação tem sido intensificada, saindo exclusivamente da área econômica, passando para a educação, para os programas sociais e de saúde. As publicações de várias áreas do conhecimento têm ressaltado as **discussões metodológicas** e mostram o caminho que a avaliação irá percorrer dos modelos experimentais e quantitativos em direção a transformações metodológicas para possibilitar a aplicação no campo das intervenções sociais.

Uma perspectiva da avaliação que se tornará uma tendência é o **compromisso com a reflexão sobre as ações**, buscando unir teoria e prática, com o objetivo de apoiar o trabalho da base: “desenvolver e melhorar os métodos de intervenção social e também oferecer aos que estão na ‘linha de fogo’ no trabalho com o povo um material de apoio, prático e operativo” (AGUILAR e ANDER-EGG, 1995:11).

Na América Latina, o interesse governamental pela avaliação de programas sociais nasce da necessidade de elevar a racionalidade das políticas diante da crise econômica dos anos oitenta. Neste contexto espera-se do saber técnico que contribua para a **tomada de decisão política**, oferecendo soluções a partir da investigação de êxitos e fracassos de experiências anteriores (COHEN & FRANCO, 1993:19).

As duas obras citadas acima são exemplos de trabalhos que realizam um estado da arte da avaliação de serviços, programas e projetos sociais, até a década de noventa, trazendo um conjunto heterogêneo de conceitos, princípios, objetivos, métodos e questões do campo da avaliação. Na área específica da saúde temos recentes produções sobre o tema que são de importância fundamental, pois se deslocam de um paradigma propriamente da ciência tradicional e incluem no delineamento das metodologias de avaliação a lógica sistêmica e da complexidade, como pode ser visto em Hartz (1997). No interior do campo da avaliação em saúde mental temos o trabalho de Furtado (2005), indicando o método construtivista como um caminho propício. Há contribuições importantes das ciências sociais e da saúde sobre questões metodológicas da avaliação, como a chamada Triangulação de Métodos como estratégia de investigação a partir da combinação de

⁵ Para um apanhado geral do tema avaliação, pode-se recorrer ao livro de Worthen, Blaine R. “Avaliação de Programas: concepções e práticas”, editado no Brasil por São Paulo: Editora Gente, 2004.

métodos e técnicas. Obras de pesquisadores brasileiros tem se dedicado especificamente às questões metodológicas da avaliação qualitativa em saúde e são importantes referenciais do atual desenvolvimento da área no país, como Bosi & Mercado (2004; 2006), com o surgimento de um novo enfoque metodológico chamado de “Emergente”. Esta nova tendência da pesquisa qualitativa em saúde busca diferentes abordagens críticas ao paradigma positivista, na construção de metodologias mais apropriadas para as questões da área da saúde. Em momento apropriado voltaremos a estas contribuições, interessando agora prosseguir com questões mais gerais sobre a avaliação.

A avaliação implica necessariamente um **juízo de valor** sobre o que está sendo pesquisado. A avaliação da qualidade implica em um juízo de valor em relação àquilo que se tem como definição do que seria a “boa assistência” em saúde. No que diz respeito à avaliação em saúde mental tem-se, portanto, um complicador desde o início: não há uma definição clara e/ou consensual sobre o que seria a “boa prática”. Na atenção em saúde de maneira geral é possível encontrar protocolos mais ou menos delineados de quais seriam os procedimentos a serem seguidos para alcançar um determinado resultado de saúde. Já na saúde mental, como vimos nas características da assistência preconizada a partir do movimento de reforma psiquiátrica, além destas definições não serem claras e consensuais (como os conceitos de reabilitação e cidadania) as ações da assistência não são facilmente relacionáveis aos resultados de saúde. O próprio conceito ou definição do que seria “ter saúde mental” não é de fácil abordagem e guarda contornos relativos às situações individuais de cada pessoa, ou seja, à subjetividade.

A avaliação pretende alcançar aquilo que o serviço de saúde realiza, no sentido de cuidar da clientela psiquiátrica. Entre o serviço de saúde e o resultado das práticas de saúde mental na vida de cada usuário é que está a avaliação da qualidade. O desafio está basicamente na abordagem do tema e na construção de metodologia de pesquisa, guardando as peculiaridades deste campo e tentando chegar cada vez mais perto da vida das pessoas, ou, como se diz em avaliação, ao nível “micro” de abordagem, aquele da clínica.

Portanto, discutir avaliação em saúde mental requer uma disposição inicial para abordar uma diversidade de perspectivas e maneiras de fazer pesquisa, além de muita paciência com as limitações de nossos resultados e a frustração pela pouca possibilidade de generalização do que é encontrado, no sentido do que pode ser feito dentro de uma

perspectiva de cientificidade e o questionamento da pertinência da avaliação em saúde mental dentro desta grade interpretativa.

Precisa-se também de uma disposição inicial para abordar o campo da avaliação em saúde mental como em construção, onde a prática da assistência a ser avaliada também está em discussão e faz parte de uma prerrogativa ética e política em relação às maneiras de tratar a loucura. Ao longo do recente percurso de estudos no campo da avaliação de qualidade em saúde mental, já apareceram discussões que questionam não somente os métodos para a realização de tal empreitada, mas também o paradigma biomédico que costuma guiá-la e a dificuldade em equacionar a dimensão subjetiva premente da saúde mental.

Com o livro de Barreto (2005), as limitações que já rondavam o campo da avaliação ganham novas questões, como a discussão da pertinência conceitual e suas conseqüências sobre o campo da saúde mental, com deslizamentos terminológicos: tais como ocorre no caso da autonomia, que ao mesmo tempo em que é um conceito amplamente utilizado e norte das práticas de reabilitação, é um corolário da noção de cidadania que, embora pouco problematizada, se tornou indicador de qualidade. O autor também questiona, se ainda será pertinente chamar o que pretendemos atualizar como avaliação de qualidade na saúde mental com o nome de avaliação.

Definitivamente, o trabalho de Barreto (2005) questiona as raízes do que é realizado no campo da avaliação em saúde mental, trazendo um pouco mais de luz às embaralhadas tentativas de buscar maneiras de avaliar os novos serviços. Traz também um pouco de conforto quando dá subsídios para podermos nos lançar neste campo sem tanto apego cientificista, nem apelo desesperado aos dados, e seguir o caminho de **acompanhar o trabalho processual das equipes com a clientela psiquiátrica.**

A avaliação em saúde mental tem sido feita basicamente com **descrições contextuais dos serviços e sua assistência**, uso de algumas **escalas de medidas indiretas de resultado** e realizando análises abrangentes do que é encontrado. Em geral, as iniciativas de avaliações dos novos serviços no Brasil têm sido feitas por pesquisadores envolvidos com a assistência e a com a reforma psiquiátrica em andamento. O tema da avaliação em saúde mental tem crescente reconhecimento, embora não possamos afirmar que “está na moda”, como a avaliação de maneira geral.

Poderíamos dizer que, grosso modo, a avaliação é um julgamento de valor, a partir do que considerado como “bom” ou “esperado”, sobre uma prática, um serviço ou um programa, sempre em relação a um contexto cultural e político específico. Nas avaliações de cunho médico são utilizados indicadores diretos de qualidade como, por exemplo, taxa de mortalidade ou remissão dos sintomas. Para a avaliação em saúde mental, nas pesquisas com instrumental padronizado, tem sido considerado como resultado de uma boa prática, indicadores indiretos de qualidade, como, por exemplo, medidas de **qualidade de vida**, **autonomia** e **satisfação**, com o intuito de ir além dos indicadores epidemiológicos.

Podemos reunir, a partir do conjunto da literatura sobre a área, que a avaliação apresenta três objetivos gerais: 1) produzir conhecimento e reflexão sobre as práticas, os serviços, os programas; 2) produzir conhecimento sobre a própria avaliação e avançar em termos metodológicos; 3) fornecer subsídios ao planejamento, gestão e administração dos serviços, quiçá ao ordenamento político dos programas de saúde pública.

No caso da saúde mental podemos destacar ainda um outro objetivo geral para a realização de processos avaliativos: um certo **compromisso**, ideológico e ético, dos pesquisadores com a reforma psiquiátrica. A área da avaliação da qualidade em saúde mental tem sido tomada como uma **estratégia de reflexão sobre os novos serviços de saúde mental**.

Como vimos acima, o momento atual da reforma psiquiátrica é marcado pela diretriz federal no sentido da progressiva construção de redes territoriais de assistência com base nos serviços substitutivos. O momento atual é de incentivo ao **aprofundamento do conhecimento** destes novos dispositivos de cuidado e à construção de maneiras adequadas de acompanhamento. Desta forma, a temática da avaliação da qualidade é tomada como um caminho no sentido de potencializar o desenvolvimento das experiências substitutivas ao manicômio, à medida que lança um **olhar crítico sobre a assistência**. Não estamos mais num momento de denúncia aos horrores do hospício e da batalha por uma legislação que dê suporte a novas maneiras de lidar com a loucura. Estamos no momento de conhecer o que tem sido feito e avaliar seus efeitos. A avaliação, neste sentido, pode ser vista como uma atitude de **investigar os serviços**, em abordar o “**modo como**” os novos serviços da reforma psiquiátrica têm (ou não) caminhado na direção de uma nova assistência aos problemas de saúde mental. É cada vez mais importante que tenhamos maneiras

interessantes de **acompanhar o trabalho dos serviços de saúde mental**, tanto para a gestão, quanto para os profissionais e os pacientes, assim como para a sociedade de maneira geral.

1.3.2. A avaliação da qualidade em saúde mental

A avaliação da qualidade de serviços de saúde mental emerge no bojo das pesquisas de avaliação em saúde de maneira geral. O desenvolvimento de pesquisas avaliativas na área da saúde mental se utiliza o conhecimento aí produzido. Como não poderia deixar de ser, a discussão sobre o tema avaliação em saúde mental acontece em diálogo com a área da saúde de maneira geral, mas deixando lugar também para os desenvolvimentos gerados no campo da saúde mental.

Será interessante observar ao longo da trajetória deste estudo em que medida a avaliação em saúde mental pode contribuir para a avaliação de qualidade em saúde de maneira geral, visto que é na saúde mental que as dimensões individuais - não só da particularidade de cada organismo, mas principalmente no sentido da subjetividade - estão mais evidentes e os resultados das intervenções são mais dependentes de dimensões ditas subjetivas. A saúde mental tem como condição primordial de seu trabalho lidar com a subjetividade do usuário de serviços de saúde, indo muito além de concepções como aquela do usuário como consumidor de serviços e além do que é concebido pelas normas técnicas e organizacionais da saúde. A saúde mental tem a peculiaridade de atentar necessariamente para a dimensão da subjetividade de usuários e profissionais, assim como para a atividade cotidiana de cuidado, tendo em vista o campo psicanalítico e institucionalista de abordagens da loucura.

“Mas o fato é que referências quantitativas, por mais refinadas que sejam, tendem a deixar de lado o essencial, aquilo que justifica no fim das contas, quaisquer decisões clínicas, políticas ou administrativas: o efeito qualitativo, a mudança sentida na vida, a diferença produzida no cotidiano, nas formas de sentir, imaginar e pensar a existência. Assim, está claro que em nosso campo precisamos encontrar instrumentos que nos possibilitem chegar ao nível da *experiência*, ao modo como a realidade é vivenciada, tanto no plano individual quanto no plano da sensibilidade e dos valores compartilhados na cultura”. (BEZERRA JR., In BARRETO, 2005:12)

Desta forma, o privilégio dado tradicionalmente às normas técnicas e científicas e aos valores sociais na avaliação em saúde é dimensionado de outra maneira no campo da saúde mental, atribuindo maior importância aos elementos ligados à dinâmica de vida do sujeito. A ênfase na avaliação em saúde mental está em se aproximar do universo mais “micro”, tentando tematizar a atenção psicossocial e seus efeitos na vida das pessoas. Neste sentido, as experiências avaliativas em saúde mental têm utilizado indicadores indiretos de qualidade, como, por exemplo, o critério de satisfação ou medidas de qualidade de vida. Assim como têm buscado metodologias que abarquem a complexidade da atenção em saúde mental nas ciências sociais e na combinação de abordagens quantitativas e qualitativas. No entanto, não tem evitado suficientemente certas armadilhas da ciência positivista:

“Como fazer, então, avaliações de qualidade em saúde mental? Há uma armadilha escondida atrás desta pergunta. Cai-se, sem saber, nela, quando (e isso ocorre o tempo todo) se troca esta questão – extremamente pertinente e complexa – por outra, de recorte bem mais simples, do tipo: ‘Que indicadores devemos usar para medir qualidade?’ A intenção de quem faz esta mudança é clara: injetar objetividade e cientificidade numa discussão em que a subjetividade e uma perspectiva fenomenológica parecem comprometer a tarefa de modo irremediável. (...) Devemos aceitar de imediato que avaliar qualitativamente serviços e propostas de saúde mental implicam transformar conceitos como autonomia, cidadania e qualidade de vida em indicadores objetivos, meticulosamente definidos?” (BEZERRA JR., In BARRETO, 2005:13)

As pesquisas realizadas no campo da avaliação da qualidade em saúde variam ao longo do tempo, em relação aos valores e necessidades de cada época, assim como em relação ao próprio desenvolvimento teórico e metodológico do campo da avaliação. Neste sentido, os autores da área afirmam que nossa época representa uma **quarta geração** de avaliação. Esta formulação é apresentada nos trabalhos de Guba & Lincoln (1990) (citado por Pitta, 1996), que afirmam que a mudança destas gerações se dá a partir do desenvolvimento conceitual e da acumulação de conhecimento:

“A primeira geração está centrada na medida (dos resultados escolares, dos testes de inteligência, da produtividade dos trabalhadores). O avaliador é essencialmente um técnico que deve saber utilizar e saber construir os instrumentos que permitam medir os fenômenos em estudo. A segunda geração se afirma nos anos 20 e 30 deste século e tende a identificar e descrever como os programas alcançam seus resultados. A terceira geração está centrada no julgamento – a avaliação permite julgar uma intervenção qualquer. **Neste momento vivemos a emergência da quarta geração que está se caracterizando como um processo de negociação entre o (os) avaliado(s) e o (os) avaliador(es) na intervenção que se pretenda avaliar.**” (PITTA, 1996:160, grifo nosso)

O conceito de avaliação, propriamente dito, aparece após a Segunda Guerra Mundial, em relação à avaliação dos programas públicos, e está relacionado com o papel de regulação que o Estado começa a desempenhar em áreas como a educação e a saúde. É mais especificamente na década de 70 que se coloca a necessidade de avaliar as ações sanitárias, o que se dá pela necessidade de acompanhamento das ações de saúde dentro do sistema e pela complexidade da área, como afirma Contandriopoulou *et al.* (1997).

No Brasil, Oliveira (1996) nos informa que a década de 60 é marcada pelas propostas de Gestão da Qualidade Total e que a década de 90 é representada pelo Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. A autora enumera várias iniciativas de cunho avaliativo produzidos no país, incluindo instrumentos padronizados, portarias ministeriais, resoluções e ordens de serviço. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a autora aponta algumas propostas que desenvolveram questões e metodologias na área de avaliação em saúde, como, por exemplo, Garantia da Qualidade de Saúde (1992), o Seminário de Acreditação Hospitalar (1994), o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Serviços de Saúde (1994), além instrumentos desenvolvidos por grupos brasileiros a partir do Manual de Padrões de Indicadores de Qualidade da OPAS (1995).

1.3.3. Níveis de abordagem da avaliação

A área de avaliação da qualidade tem diferentes níveis de abordagem e aproximações dos serviços de saúde, variando bastante entre os programas com objetivos e abrangências diversas, visando desde a acreditação e o licenciamento hospitalares até a investigação de técnicas específicas dentro de uma determinada prática de saúde, ou ainda

tratando da satisfação do paciente em relação ao cuidado recebido. A avaliação em saúde pode ser considerada a partir de três níveis básicos, como sugere Hartz (2001): o nível do cuidado individual, o nível do serviço e o nível de programas ou políticas de saúde.

Considerando tais níveis de abordagem, Cavalcanti (1998) afirma a importância de levar em conta os níveis de ação no desenvolvimento de metodologias de avaliação, para que não haja sobreposição destas dimensões, propiciando que tipos diferentes de coleta de dados possam ser úteis e considerando metodologias específicas para cada nível. Devem ser considerados os níveis macro, médio e micro em relação à assistência em saúde.

O **nível macro** aborda a rede de saúde mental de um município ou de uma área específica. Este nível da atenção em saúde pode ser abordado com os estudos epidemiológicos clássicos, que buscam especificar, por exemplo, o perfil da população que procura o serviço, os encaminhamentos (buscando a movimentação da população pelos serviços de saúde da rede – de onde vêm e para onde vão), a continuidade ou não do tratamento, o custo, etc.

O **nível médio** da ação em saúde tem o foco sobre um serviço. Este nível de ação pode ser abordado por metodologias de avaliação da qualidade, como, por exemplo, o esquema estrutura-processo-resultado, eventos sentinela, estudos de satisfação, pesquisas sobre a qualidade de vida, entre outros.

O **nível micro** aborda as relações que acontecem no contexto do tratamento, incluídas a relação da equipe com os outros serviços da rede e todas as relações entre as pessoas envolvidas, desde as relações entre os trabalhadores, destes com os familiares até a relação terapêutica entre cuidador e o cliente. Este nível representa o mais delicado em termos de desenvolvimento de metodologia, “pois para nos aprofundarmos nas relações, nas transferências, naquilo que dá vida a todo o resto, é necessária uma participação muito próxima da equipe de pesquisa junto à equipe assistencial” (CAVALCANTI, 1998: 106).

A consideração destes três níveis de abordagem é fundamental na formulação metodológica sobre avaliação, pois cada nível exige delineamento metodológico diferente. Todos eles fazem parte da assistência e estão presentes no cotidiano assistencial, com inter-relações bastante complexas e determinantes do cuidado.

No campo da saúde mental, os três níveis estão imbricados, assim como todos são importantes para a abordagem desta assistência. Como afirma Cavalcanti (1998), o **nível**

micro é o mais complexo em termos de metodologia de pesquisa, sendo este um caminho a ser trilhado pelo campo da avaliação, já que é ainda pouco explorado. Este caminho vai de encontro com as propostas de envolvimento da equipe de cuidado nos processos avaliativos, enquanto característica da quarta geração da avaliação, como mostraram Guba & Lincoln (1990).

Uma boa parte das pesquisas de avaliação revisadas para este trabalho enfatiza o **nível médio** de abordagem do serviço, utilizando, por exemplo, o critério de satisfação. Mas isto não significa que estas pesquisas não contemplem os outros níveis de abordagem dos serviços. Isto pode ser evidenciado na pesquisa de Libério (1999), sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município do Rio de Janeiro. Mesmo utilizando o instrumental padronizado de satisfação e realizando as entrevistas qualitativas, caracterizou cada serviço estudado em relação à rede de inserção, referente a cada área programática, abarcando assim o nível **macro** de análise, ao contemplar a origem dos encaminhamentos.

As inter-relações entre os níveis de abordagem da assistência em saúde mental são um ponto importante que deve ser contemplado pelos processos avaliativos, pois evidenciam a totalidade de fatores que estão envolvidos no trabalho de cuidado.

“(...) um primeiro ponto importante nos estudos de avaliação de qualidade de serviços de saúde mental é colocar-nos frente a questões e realidades que ultrapassam o plano mais imediato de nossa intervenção, para que fique demonstrado de forma inequívoca que fazemos parte de uma rede, e que um ato nosso traz inúmeras conseqüências para nós mesmos, para o outro e para todos aqueles que nos cercam” (CAVALCANTI, 1998: 109).

Portanto, é importante que os processos avaliativos, mesmo quando privilegiam um nível de abordagem da assistência, possam contemplar as relações entre cada nível e suas conseqüências, pois em serviços de saúde territorializados há a premissa de **interdependência** entre as ações de cada unidade.

Em relação à abordagem dos níveis micro, médio e macro apontados por Cavalcanti, podemos ainda complementar com os níveis ressaltados por Hartz (2001), no sentido de incluir, no nível macro, a perspectiva da **análise da política** de saúde. Segundo esta autora, a abordagem do nível macro da assistência trata da análise (ou da avaliação)

dos programas e políticas de saúde. Um exemplo deste tipo de abordagem é a pesquisa de Gomes (1999) sobre a política de saúde mental no estado do Rio de Janeiro.

1.3.4. A escolha dos critérios

A escolha dos critérios para a realização de uma avaliação é questão importante a ser discutida, pois implica uma posição ética e está relacionada aos objetivos da avaliação. Podemos **selecionar indicadores já existentes ou aceitar o desafio de buscar construir outros critérios**. Neste sentido, Vasconcelos (1995) chama atenção para a posição dos autores Saraceno e Bolongaro⁶ que, inspirados na experiência italiana de transformação da assistência psiquiátrica, ressaltam a importância de construção própria de modelos para a avaliação em saúde mental, em detrimento da reprodução de metodologias de avaliação da área de saúde em geral:

“(...) seria mais coerente reconhecemos o campo da avaliação em saúde mental como nascente e em formação, **assumindo o desafio de construirmos metodologias mais apropriadas**, principalmente tendo em vista o processo de desinstitucionalização” (VASCONCELOS, 1995:193, grifos meus).

Esta posição ressaltada pelos autores italianos em relação à necessidade de construção de metodologias de avaliação próprias para a saúde mental pode ser evidenciada pela insuficiência das variáveis tradicionalmente utilizadas em epidemiologia (percentual de indivíduos doentes, número de internação, taxas de utilização de serviços, usos de medicamentos, etc) para o monitoramento da qualidade de serviços de saúde e pelas dificuldades de adequação de modelos de avaliação próprios da saúde em geral, implicando no uso de outras variáveis que sejam sensíveis às características da assistência em saúde mental.

A posição exposta pelos autores vem somar forças em relação à proposta de buscar a construção de novos indicadores de qualidade para a avaliação da assistência em saúde mental. Mas também devemos observar que critérios indiretos de resultado da assistência utilizados na avaliação em saúde mental, como autonomia e qualidade de vida,

⁶ Referência usada por Vasconcelos (1995): SARACENO, B. e BOLONGADO, G. Valutazione della Qualità in Psichiatria. In W di MUNZIO (ed) La Valutazione in Psichiatria, Napoli, Liguore, 1990.

permanecem insuficientes para abarcar os novos serviços de saúde mental constituídos pela reforma psiquiátrica brasileira. Então, é preciso ter em vista a colocação de Barreto (2005) sobre a crítica do próprio estatuto da avaliação e relativizar a busca de novos critérios para saúde mental, não caindo na tentação de uma “corrida pelos indicadores”, sem questionar a real pertinência da avaliação.

A questão da metodologia para avaliação em saúde mental envolve, principalmente, a construção ou a escolha de indicadores da qualidade. Como já foi observado por Cavalcanti (1998), no caso da saúde mental temos o complicador de que os parâmetros que guiam o trabalho de assistência e que são naturalmente concebidos como indicadores de qualidade são muitas vezes de cunho ideológico: **ir além dos parâmetros ideológicos é uma necessidade.**

Neste sentido, é necessário que tenhamos conhecimento mais aprofundado do trabalho de assistência nos novos serviços e possamos construir indicadores de qualidade que ultrapassem a “carta de intenções” (Leal, 1999b) dos trabalhadores em saúde mental ou as diretrizes das políticas públicas. É preciso que os indicadores de qualidade abordem as peculiaridades da assistência em saúde mental, levando em conta que o trabalho nesta área vai desde o planejamento até uma das dimensões mais delicadas da assistência: a relação entre os que cuidam e os que são cuidados, o atendimento.

Tendo em vista o intuito de explicitar (ou demonstrar) que esta modalidade de atendimento em saúde mental é melhor do que a assistência baseada no modelo manicomial – tanto marcado pelo grande manicômio como centro, quanto pela sintomatologia como principal característica do paciente – a avaliação da qualidade de serviços de saúde mental tem uma importância fundamental no contexto de implantação da rede territorial de assistência à saúde, com os novos serviços fundados a partir das premissas da reforma psiquiátrica e hoje baseados em legislação federal.

Um dos objetivos da avaliação é mostrar, a partir de critérios reconhecidos – pela comunidade científica, pela política de gestão em saúde e pela sociedade – que estes novos dispositivos são melhores para tratar desta clientela. Não podemos defender os novos serviços sem termos como mostrar sua diferença qualitativa em relação ao outro modelo, indo além de princípios ideológicos sobre as práticas de cuidado, indicando de que este tipo de assistência tem melhor potencial de tratamento. Para o cumprimento de tal empreitada é

que pesquisadores da área se debruçam sobre a construção de indicadores de qualidade apropriados para o campo da saúde mental, tendo como referência os desenvolvimentos da avaliação da qualidade em saúde e as características do trabalho de assistência em saúde mental.

Um ponto que tem sido discutido no campo da avaliação da qualidade de serviços de saúde mental é a **participação da equipe no processo avaliativo**. O envolvimento da equipe de cuidado no processo avaliativo pode ser bastante variado e com implicações diferentes; desde uma participação ativa no delineamento da pesquisa até um envolvimento durante o processo, ou nas análises e interpretações dos resultados trazidos pela investigação⁷.

A participação da equipe em um processo avaliativo no campo da saúde mental tem alguns desdobramentos. O primeiro diz respeito ao momento atual em que os indicadores de qualidade dos novos serviços estão em franca construção. No que se refere a uma nova prática de saúde, a participação da equipe de cuidado neste processo possibilita o desenvolvimento de critérios apropriados, na medida que os profissionais estão implicados no trabalho da assistência e, portanto, têm a contribuir no desenvolvimento de parâmetros próprios de avaliação para este tipo atenção em saúde.

Um segundo desdobramento da participação da equipe no processo de avaliação decorre do desenvolvimento da própria área de avaliação da qualidade. A literatura sobre o assunto afirma que estamos em uma quarta geração da avaliação, que se caracteriza por um processo de **negociação** entre quem avalia e quem é avaliado. Neste sentido, nada mais apropriado do que a participação da equipe de cuidado no processo avaliativo, tornando esta negociação presente ao longo da investigação⁸.

O terceiro desdobramento da participação da equipe no processo avaliativo diz respeito a potencialização do que se chama de **atitude avaliativa** entre os profissionais. A idéia é que esta é uma atitude que deve estar sempre presente nos serviços, com o propósito de produzir conhecimento sobre a prática e ter sempre um movimento reflexivo sobre o trabalho cotidiano, potencializando o desenvolvimento deste tipo de assistência.

⁷ Um exemplo desta perspectiva é a criação de um **Conselho Consultivo** formado por profissionais de CAPS na pesquisa de avaliação coordenada pela Professora Maria Tavares Cavalcanti (2005), Coordenação de Saúde mental da SMS/RJ, Instituto franco Basaglia e Instituto de Psiquiatria/UFRJ.

⁸ Há experiências neste sentido, como em Fidelis (2003) e Del Barrio (2004), a primeira com base em um CAPS do município do Rio de Janeiro.

Estas três implicações de outros atores na avaliação, além dos que conduzem o processo avaliativo, são as premissas do que foi definido como a quarta geração de avaliação. Há ainda, uma quarta possível implicação referente à participação da equipe nos processos avaliativos, que diz respeito à ênfase necessária no campo da avaliação em saúde mental do nível micro de abordagem. A participação da equipe contribui sobremaneira para o desenvolvimento de metodologia e construção de critérios que cheguem cada vez mais próximos do trabalho clínico:

“As investigações de efetividade, eficácia e eficiência dos serviços de saúde apenas se iniciam no país, trazendo, entretanto, uma marca de vir articulada a processos de **qualificação das equipes** e dos serviços que se dispõem a investigar. Ao nosso juízo é imprescindível incorporar aos serviços de saúde o componente de investigação como algo inerente ao seu próprio desenvolvimento no diagnóstico, execução, monitoramento e avaliação, em processos sistemáticos e contínuos. Além do exercício de **autonomia tecnológica** que tais procedimentos poderão conduzir para um serviço localizado, **parece ser a possibilidade de se construir e/ou atualizar indicadores de qualidade de serviços adequados** tecnológica, política e culturalmente a realidades regionais e locais, além de incluir os participantes em programas de garantia de qualidade do que se faz” (PITTA, 1996:319, grifo nosso).

“O desafio metodológico de não se dispor de caminhos já confortavelmente trilhados reforça a opinião de que tais estudos não devem ficar circunscritos a centros especializados, mas sim favorecer, o **desenvolvimento das equipes locais** (desde de que assessoradas por especialistas que se disponham a acompanhá-las nas múltiplas dificuldades de viabilizar a investigação) de uma mentalidade onde o fazer e o avaliar o que se faz sejam meros componentes de uma equação humana do cuidado à saúde” (PITTA, 1996:320, grifos meus).

Os trechos destacados acima mostram que a participação da equipe no processo avaliativo pode ser considerada como um fator importante para o campo da avaliação que está em consonância com características do campo da saúde mental, nas quais se ressaltam as peculiaridades de cada experiência e o momento atual de reflexão sobre os novos serviços. A participação da equipe no processo avaliativo também dá relevo às questões,

anteriormente colocadas, sobre a construção de metodologia para a área, com a ênfase no delineamento de metodologias próprias ao campo da saúde mental.

1.3.5. A sistematização de Donabedian: abordagem da tríade Estrutura, Processo e Resultado.

Nas últimas décadas, os estudos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde contam com os trabalhos de Avedis Donabedian (1992) que forneceu uma sistematização consagrada sobre o tema. O trabalho deste autor representa um marco no campo da avaliação da qualidade pela abrangência de suas pesquisas e principalmente pela sistematização realizada em torno de três componentes básicos da atenção em saúde: a tríade **estrutura, processo e resultado**. O autor teoriza a avaliação da qualidade com o objetivo de converter os conceitos em estratégias, critérios e *standards* de medição. A sistematização realizada por este autor contou com diversos desenvolvimentos dele próprio assim como de outros autores. As contribuições críticas ao modelo inicial resultaram em reformulações do modelo geral e de forma específica para áreas diversas da assistência em saúde.

A **estrutura** corresponde às características mais estáveis da atenção em saúde e aborda os instrumentos e recursos, como as condições físicas e organizacionais. Esta abordagem inclui, por exemplo, adequação das instalações e equipamentos, a competência do pessoal médico e sua organização, a estrutura administrativa, o funcionamento de programas de saúde, a atenção médica e a organização fiscal.

A abordagem da estrutura da instituição como um elemento a ser avaliado parte do pressuposto de que as condições e meios adequados para efetivação da atenção médica são condicionantes da qualidade da assistência. Como afirma o próprio autor, o enfoque da estrutura tem a vantagem de referir, ao menos em parte, a informações bastante concretas e acessíveis, mas tem a desvantagem de que, com frequência, as relações entre a estrutura e o processo ou entre a estrutura e o resultado não são bem estabelecidas.

A abordagem do **processo** corresponde ao conjunto de ações desenvolvidas ao longo do atendimento, buscando avaliar se está sendo aplicado o que até o momento se concebe como a “boa atenção” médica, sendo necessário uma especificação das dimensões, dos valores e das normas que estão sendo utilizados. As medidas dos processos em geral

focalizam casos individuais e obtém dados através de prontuários, pois se supõem que preencham os padrões de qualidade reconhecidos. Fazem parte desta abordagem, por exemplo, o grau de adequação, integridade e minúcia das informações obtidas mediante a história clínica e/ou exames; a justificativa do diagnóstico e do tratamento; a competência técnica dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos; testes preventivos; coordenação e continuidade da atenção; o grau de aceitabilidade da atenção.

O **resultado** corresponde às mudanças no estado de saúde do paciente que se pode atribuir ao cuidado recebido, por exemplo, em termos de mortalidade, de recuperação, restauração de funções, esperança de vida, indicadores de qualidade de vida, satisfação da clientela. Resultados como a taxa de mortalidade ou a letalidade de um determinado procedimento cirúrgico são praticamente inquestionáveis em relação ao resultado como **evidência** da qualidade da atenção médica, sendo considerados válidos.

Mas a atribuição da qualidade a partir do resultado não é tão evidente em todos os casos, precisando ser bem aplicada e considerando outros fatores que podem estar relacionados ao resultado além da atenção médica. É questionável, por exemplo, se o prolongamento da vida em alguns casos é **evidência** de boa atenção médica. Se em alguns casos o resultado é fácil de **medir**, em outros a definição não é tão simples, como é o caso das atitudes e satisfação dos pacientes, readaptação social ou reabilitação. Portanto, o próprio autor adverte que, o resultado como critério da atenção médica deve ser usado com discernimento.

Para a assistência em saúde mental, devemos apontar para as críticas de Barreto (2005). Considerando as características da atenção psicossocial - em busca de ampliação das possibilidades de vida do usuário, tendo como padrão a individualidade, visando não a cura mas o acompanhamento - é mais adequado nos guiarmos por elementos que indiquem uma **estimativa** em relação à qualidade da assistência e não em medidas de evidência.

A sistematização realizada por Donabedian no campo da avaliação em saúde é tida pelos pesquisadores como um **marco teórico** importante e suas proposições iniciais foram transformadas, tanto pelo próprio autor como por contribuições de outros autores que vêm discutindo esta sistematização e suas aplicações.

Em relação à sistematização de Donabedian, o trabalho de Silva e Formigli (1994) afirma que, em linhas gerais, o autor do modelo considera **o processo como o caminho**

mais direto para o exame da qualidade, o resultado seria um indicador indireto da qualidade como efeitos de processos e estrutura, e a estrutura como a base organizacional e de recursos para o processo. Considerando que cada uma destas abordagens tem insuficiências, para o autor do esquema a melhor estratégia para a avaliação da qualidade seria a **seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens**. Os autores apontam que o próprio Donabedian alerta para a **visão simplificada da realidade que o esquema pode oferecer**, e alerta, também, que **a dificuldade de distinguir as três categorias são maiores quando separadas do âmbito clínico para o qual foi concebido**.

A avaliação da qualidade a partir da tríade guarda limitações, abordadas por Silva e Formigli (1994), apontadas como decorrente da **visão sistêmica** de abordagem do real, que acaba por **homogeneizar fenômenos de natureza distintos** como, por exemplo, recursos materiais e humanos na abordagem da estrutura.

O modelo também supõe que haja uma **relação funcional** de ordem, harmonia e direcionalidade entre a estrutura, o processo e o resultado, o que não necessariamente se verifica na prática dos serviços de saúde, onde é possível que a estrutura não influa no processo e nem este no resultado. A relação causal entre estrutura, processo e resultado é de **probabilidade** e não de certeza.

Além de reformulações efetuadas pelo próprio Donabedian sobre a avaliação da qualidade a partir da tríade, outros autores⁹ complementaram ou modificaram alguns elementos da proposta inicial, a partir de pesquisas em avaliação que terminaram por realizar outros arranjos dentre os elementos do modelo, como por exemplo:

- a avaliação pode enfatizar, além da efetividade técnica, o componente psicossocial e a eficiência;
- a **acessibilidade** e a **continuidade** podem ser consideradas como elementos do processo;
- a satisfação pode ser aferida em relação à acessibilidade, à qualidade do cuidado, à relação interpessoal e à organização do sistema;
- a eficiência do sistema pode ser mensurada através da relação entre insumos (*input*) e produtos (*output*), bem como da relação entre custo e produto;

⁹ SILVA & FORMIGLI (1994) citam trabalhos de Freeborn & Greenlink (1973), Geyndt (1970), Blum (1974) e Doll (1974).

- é possível um desdobramento do processo em dois componentes: “conteúdo” que seria o cuidado prestado ao paciente e “processo” que seriam todas as ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

A partir de uma revisão do tema, Reis (1990) observa que a maior parte dos estudos encontrados nesta área se baseia na proposta inicial de Donabedian, utilizando uma ou mais categorias do esquema estrutura-processo-resultado, afirmando que os pesquisadores têm buscado um **desenvolvimento integrativo** em que se avaliam as relações entre estado de saúde, qualidade do cuidado e gastos de recursos.

Em relação ao modelo de avaliação sob a égide da tríade de abordagens de estrutura, processo e resultado é importante pontuarmos algumas questões para a discussão desta sistematização no campo da saúde mental. O esquema traz a vantagem de ser uma base interpretativa dos serviços de saúde, com a classificação de atributos importantes destes sistemas em níveis de abordagem, mas também implicam alguns cuidados, como por exemplo:

- As definições de quais aspectos devem fazer parte de cada elemento não é rígida e deve ser estabelecida em relação a cada caso estudado, pois estes podem variar dependendo da especificidade do serviço ou da prática de saúde que está sendo investigado. Um atributo que é considerado resultado em um estudo pode perfeitamente ser parte do processo em outro.

- A relação entre as três abordagens é mais de probabilidade, pois nem sempre um elemento influi no outro, ou nem sempre isso se dá de maneira direta. Podemos dizer que no campo da saúde mental nem sempre as condições físicas da instituição guardam relação com o que acontece em termos de processos e resultados da assistência. Assim como a mudança de postura subjetiva de um paciente, ou sua não-reinternação (que seriam resultados da assistência), podem não estar relacionada com a atenção recebida.

- O resultado diz respeito ao que se pretende como consequência de uma atenção em saúde no nível do paciente. Isto implica uma definição do que se pretende com determinada prática, assim como a consideração de outros fatores além da assistência que possam influenciar. Esta questão em saúde mental é particularmente complicada; usa-se, por exemplo, a **autonomia** como um dos resultados esperados das práticas de reabilitação

psicossocial, critério que conseqüentemente é utilizado como indicador da qualidade da assistência nos processos avaliativos.

- Como afirma o próprio autor protagonista da sistematização deste modelo, considerando as insuficiências das três abordagens, o mais apropriado para delinear uma experiência avaliativa específica é que se faça uma seleção de um conjunto de indicadores (e atributos) que representem os três elementos e que estejam de acordo com o objetivo e o contexto em questão. Havendo, então, uma recomendação de que o modelo deve ser adaptado às especificidades do objeto a ser avaliado.

Sobre a sistematização clássica de avaliação da qualidade, Pitta (1992) lembra que, embora pareça fácil distinguir os atributos que pertencem a cada uma das abordagens, esta distinção fica mais difícil quando se introduzem questões **qualitativas**, indo além dos elementos quantitativos de análise. A autora ressalta que o próprio autor da sistematização clássica separa os componentes meramente técnicos da ação de saúde, dos aspectos envolvidos nas relações interpessoais entre o paciente e o técnico; assim como observa que a qualidade envolve transformações no nível do paciente (como conhecimentos, atitudes que implicam ações preventivas e curativas). Estes destaques reforçam a proposição de que os critérios utilizados para avaliar a qualidade devem estar relacionados à prática específica que está sendo investigada, implicando desenhos metodológicos também específicos.

Uma das críticas ao modelo clássico vem de membros da Psiquiatria Democrática italiana, ressaltadas nos trabalhos de Vasconcelos (1995) e de Carvalho & Amarante (1996). Nestes dois trabalhos, os autores utilizam a referência de Saraceno & Bolongado (1990; 1993), para expor a posição destes autores italianos.

Os autores utilizados como referência afirmam a artificialidade da divisão entre as três abordagens (estrutura, processo e resultado), assim como também já havia sido comentado em relação à dificuldade desta separação no campo da saúde em geral, o que se torna ainda mais radical no campo da saúde mental. Os autores italianos, além de colocar ênfase em processos avaliativos ligados à idéia de um **processo de intervenção**, sugerem uma lista com indicadores que privilegiam o conceito de **cotidianidade** para a medida de níveis de reabilitação da clientela. Como afirma Vasconcelos (1995), a literatura italiana aponta:

“(…) a importância da avaliação e superação do paradigma médico implícito na maioria das formulações tradicionais sobre serviços em saúde mental. Para essa literatura, a psiquiatria tradicional separou a “doença” da existência social global, em um modelo linear causal de “problema-solução” e de “doença-cura”, que precisa ser superado em direção a um processo de “concatenação possibilidade-probabilidade”, de “intervenção na “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”, e de “emancipação da estrutura inteira do campo terapêutico” (VASCONCELOS, 1995:193).

Apesar das críticas existentes em relação a este esquema de avaliação, Vasconcelos (1995) nos lembra que a literatura anglo-saxônica realizou avanços importantes em relação à percepção da qualidade e da satisfação de usuários e familiares, assim como contemplou o “peso do cuidado”, e que a análise destes indicadores é fundamental para a avaliação dos serviços comunitários.

O autor ressalta que a escolha da metodologia de avaliação implica não somente em questões de escolha de linha teórica ou de ordem técnica, mas também questões chamadas de “extracientíficas”, que dizem respeito “ao contexto, recursos e tempo disponíveis, e aos objetivos político-institucionais” que envolvem a pesquisa; além do fato de que o objetivo da pesquisa determina a metodologia a ser utilizada:

“(…) objetivos de transformação imediata e simultânea tendem a modelos de “pesquisa-ação” ou de “intervenção institucional”. Estes modelos são mais coerentes com as abordagens que acentuam a importância da cultura profissional e organizacional e a participação dos trabalhadores, dos usuários e familiares dentro dos serviços como fator extremamente relevante para a qualidade destes, particularmente em programas de desinstitucionalização psiquiátrica, tais como propostos, por exemplo, pela Psiquiatria Democrática italiana e pela abordagem da normalização” (VASCONCELOS, 1995:194-195).

A perspectiva sugerida pelo autor nas pesquisas de avaliação de serviços é a de **combinação de métodos quantitativos e qualitativos**, tendo em vista a importância dos dados estatísticos, bem como da captação de relações complexas que a análise qualitativa pode trazer.

No trabalho de Carvalho & Amarante (1996), enfatiza-se a necessidade de construção de **novos parâmetros** para a avaliação de serviços de saúde mental, tendo em vista a peculiaridade destes dispositivos de atendimento que se apresentam como diferenciados enquanto paradigma e prática das instituições manicomiais.

Os autores abrem debate sobre algumas formas de avaliação que têm sido realizadas na área, tendo em vista o processo de reforma psiquiátrica, para indicar suas proposições em termos metodológicos. O trabalho destes autores destaca o **significado ético da avaliação**, em relação a suas funções de transformação e fiscalização, tendo em vista a proposta de **controle social** preconizado pelas diretrizes do SUS como uma ação fundamental para a democratização da saúde.

Carvalho e Amarante (1996) ressaltam que, apesar de haver cada vez maior envolvimento de diversas disciplinas (economia, planejamento, epidemiologia, administração, dentre outras) nos estudos de avaliação e deste ser um campo bastante complexificado, não há maiores discussões sobre a construção do objeto saúde. Os autores também chamam a atenção para a questão do **cotidiano** como um referencial importante na análise dos processos de avaliação, com a possibilidade de proporcionar um olhar complexo ao objeto.

Para a abordagem do cotidiano em busca da complexidade do objeto, os autores afirmam que um “olhar – caleidoscópico” é uma atitude interessante diante do contexto a ser observado. Este olhar diante da realidade, propõe abordá-la enquanto uma **rede**, buscando dissolver uma percepção bidimensional de micro e macro (acreditando que o que acontece em um dos planos tem correspondência direta e imediata no outro), tentando abarcar as relações que atravessam os dois planos. Olhar o cotidiano dos serviços, ou mesmo de uma intervenção, tendo em vista a pluralidade de possibilidades de efeitos, favorece a superação de um paradigma científico especificamente objetivante da realidade, como o proposto pelos indicadores clássicos de avaliação, tais como taxa de ocupação ou número de leitos.

Em relação aos estudos de avaliação realizados a partir dos critérios da epidemiologia, usando como exemplo um trabalho de avaliação feita a partir do esquema proposto por Donabedian no formato estrutura – processo – resultado, Carvalho & Amarante (1996) afirmam que este tipo de avaliação não chega a realizar a integração destes níveis e acaba por dar maior importância aos resultados, por representar maior

fidedignidade (por ser generalizável, científico e experimental), reafirmando assim a necessidade de métodos epidemiológicos. Os autores ressaltam que, em geral, estes estudos não questionam o modelo assistencial centrado no hospital, continuando referenciados a uma abordagem de bem-estar que considera apenas a sintomatologia.

Portanto, mais uma vez, evidenciamos que a avaliação a partir deste esquema guarda limitações para a avaliação nos novos serviços, considerando sua visão mais abrangente da loucura, indo além da problemática sintomatológica. Mas como indica o próprio autor que formulou o esquema, o mais apropriado é realizar uma seleção de elementos de dentro do esquema clássico para serem utilizados de forma coerente com as propostas dos novos serviços, assim como formular o que cada elemento indica enquanto parte da estrutura, do processo ou do resultado.

Reis (1990) identifica, ao longo de sua pesquisa, dois grandes grupos de estudos de avaliação: os corporativos racionalizadores e os antropossociais.

Os estudos **corporativos racionalizadores** abrangem: a) a auditoria médica – cujo desenvolvimento está relacionado com o seguro médico e a seguridade social, com o objetivo de avaliar a qualidade e racionalizar os custos, o que em geral envolve análise estatística e revisão de casos; b) análises de custo – inclui análises de custo-benefício, custo-efetividade, custo-utilidade, cujos benefícios são medidos em termos monetários ou em relação a outras medidas como anos de vida poupados, ganho de qualidade em anos de vida ajustados, mortalidade evitada, entre outros; c) avaliação de eficácia e segurança de tecnologia médica – visa acompanhar a eficácia e segurança das tecnologias crescentes em medicina, contemplando o mérito de ter contribuído inegavelmente para a queda de taxas de mortalidade e morbidade, mas também observando seus riscos e a relação entre altos custos e benefícios marginais.

Os estudos **antropossociais** têm indivíduos e grupos sociais como base de sua metodologia, têm crescido desde a década de 70 e seus eixos principais são a acessibilidade e a satisfação dos pacientes. A acessibilidade vai relacionar a oferta de serviços de saúde e os determinantes do acesso da população aos serviços, que, segundo Donabedian, pode ser dividido em aspectos sócio-organizacional (referente aos recursos da instituição) e geográfico (referente ao acesso em termos de tempo e distância). As experiências que abordam a satisfação buscam a percepção do usuário em relação ao cuidado médico

recebido¹⁰. Este atributo pode compreender uma análise que ultrapassa sua concepção como fazendo parte do processo ou do resultado, incluindo questões que vão além do cuidado em saúde.

Em relação à classificação do campo da avaliação da qualidade em dois grupos realizada por Reis (1990), poderíamos afirmar que no campo da saúde mental há maior ênfase nos estudos de abordagem **antropossociais** do que nos corporativos racionalizadores. Não que estes últimos sejam menores, mas a ênfase em pesquisas com tendências a uma abordagem antropossocial está relacionada com sua melhor adequação à problemática da saúde mental, que envolve o sujeito em sofrimento, sua família e os profissionais de saúde, além da comunidade. Estes atores fazem parte do campo com suas subjetividades e características culturais, com sentimentos e representações diversas, com atuações diferenciadas e que devem ser consideradas em relação ao funcionamento da instituição e suas práticas de cuidado. Portanto, os estudos de cunho antropossocial tendem a proporcionar conceituação e metodologias mais apropriadas para a abordagem do contexto humano e social que marca a saúde mental.

Os estudos antropossociais privilegiam a questão da **satisfação** do usuário e do **acesso** ao serviço. É interessante destacar aqui que estes dois atributos da avaliação da qualidade são igualmente enfatizados no campo da saúde mental. A satisfação é um dos indicadores que mais tem sido pesquisado em estudos brasileiros de avaliação dos novos serviços, acrescentando à satisfação do usuário também a de familiares e profissionais de saúde. A consideração da questão do acesso ao serviço de saúde tem sido de extrema importância na estratégia de implantação de uma rede substitutiva ao manicômio pautada na concepção de **território**. Relacionados à questão do acesso, também estão os atributos de **cobertura** e **equidade**, ligados à problemática da disponibilidade e distribuição social dos recursos.

O trabalho de Silva & Formigli (1994), que visa uma sistematização do conhecimento referente à avaliação com a perspectiva de apropriação pelos gestores e profissionais de saúde, tendo em vista que a prática de avaliação no país enfrenta

¹⁰ Na avaliação em saúde de maneira geral fala-se em “atenção médica” com referência à centralidade da ação médica, propriamente dita. Mas quando se trata da avaliação em saúde mental devemos buscar maneiras de abranger o cuidado em saúde para além da atenção médica. Em saúde mental, a assistência se dá em equipe. Pelo menos teoricamente, há um conjunto de profissionais que guardadas suas especificidades acompanham os pacientes de maneira igualmente responsável e capacitada. Na saúde mental a ação não é somente médica.

dificuldades metodológicas e operacionais, não representando uma prática comum, nos é interessante aqui por trazer uma organização do campo da avaliação em saúde.

Os autores ressaltam que a metodologia do estudo avaliativo depende do nível da realidade que é tomado como objeto do estudo, e para isso pontuam os principais atributos das práticas de saúde, que são suas características: a) **cobertura, acessibilidade e equidade** – relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos; b) **eficácia, efetividade e impacto** – relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas; c) **eficiência** – relacionados com os custos das ações; d) **qualidade técnico-científica** – relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente; e) **satisfação** dos usuários, aceitabilidade – relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas.

A maneira de usar estes atributos nas pesquisas avaliativas varia enormemente de acordo com os autores, existindo tentativas de hierarquização destes atributos. Frequentemente, a **qualidade** é considerada como o aspecto central na avaliação em saúde.

Donabedian afirma que, em geral, a definição de qualidade usa primordialmente referências técnicas da enfermidade e aborda pouco a prevenção, **reabilitação, coordenação, continuidade** da atenção e a **relação** entre médico e paciente. A razão desta escolha se dá porque os requisitos técnicos do tratamento são mais amplamente reconhecidos e estão mais normatizados.

Para a avaliação dos novos serviços de saúde mental os itens destacados acima como não comumente abordados na área de avaliação são fundamentais para a reforma psiquiátrica. São mais do que premissas normativas da política e do programa de saúde mental, sendo características básicas da atenção psicossocial que dão a direção do trabalho com os usuários. Portanto, estes itens devem ser abordados em pesquisas de avaliação em saúde mental.

Podemos destacar da revisão realizada por Silva e Formigli (1994), sobre a avaliação da qualidade de serviços de saúde em geral, alguns pontos que podem ser úteis para a abordagem da avaliação no campo da saúde mental, como por exemplo:

- a) Os projetos de reorganização das práticas de saúde necessitam de definição de estratégias de avaliação, sintonizadas com as modificações propostas para um novo modelo assistencial.

- b) Para o enfrentamento dos desafios que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde apresenta é preciso decisão política no sentido de incorporar os possíveis resultados negativos de um processo avaliativo como problema a ser solucionado.
- c) É necessário um esforço coletivo (gestão e pesquisadores) no sentido de desenvolvimento metodológico de avaliação, assim como na busca de maior desenvolvimento teórico do campo, chamando a atenção para o fraco consenso terminológico existente na área; não deixando de considerar que conceitos em princípio considerados inadequados podem estar indicando algo a respeito de uma prática de saúde (SILVA & FORMIGLI, 1994:88-89).

Cabe aqui chamar a atenção para as colocações de Contandriopoulos *et al.* (1997), que também realizou uma revisão sobre o tema e lembra que a avaliação deve ser concebida como uma **atividade ininterrupta**, que sempre suscitará questões a ser investigadas. Como afirma o autor:

“(...) a avaliação de uma intervenção é constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes. Estes resultados não poderão ser facilmente resumidos em um pequeno número de recomendações. **É até provável que quanto mais uma avaliação seja bem-sucedida, mais abra caminhos para novas perguntas.** Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente; deve ser vista como uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997:45, grifos nossos).

Os autores lembram, ainda, que a avaliação enquanto pesquisa é útil para a tomada de decisão e o estabelecimento de políticas, mas não é suficiente para estabelecer políticas. É importante considerar a **avaliação como um dispositivo de produção de informação** e que, portanto, é fonte de poder. O autor indica, a partir do debate entre Patton (1986) e Weiss (1988), que para aumentar as chances de que os resultados da avaliação sejam úteis para o estabelecimento de políticas para o setor, seria importante assegurar algumas posições, das quais interessa aqui ressaltar:

- o papel do pesquisador avaliador como um “agente facilitador e de pedagogo na utilização dos resultados”;
- “a informação extraída de uma avaliação seja considerada como uma ferramenta de negociação entre interesses múltiplos e não como uma verdade absoluta”;
- que os atores que decidem as ações políticas não podem necessariamente definir suas necessidades de informação, portanto “a avaliação poderá dar respostas parciais aos problemas que eles enfrentam” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997:46).

A questão complexa no campo da avaliação é a **qualidade**. Considerada como um atributo central para a avaliação, é de difícil definição e acaba sendo definida por um conjunto de características. No entanto é importante lembrar que Donabedian estabelece a qualidade, envolvendo três dimensões:

“*Adequação*: definida como uma relação entre a oferta do serviço e as necessidades da população em relação à distribuição espacial de serviços e dos grupos sociais de uma dada população; *eficiência*: referida à relação entre o impacto dos serviços e seu custo; e *qualidade técnico-científica*: referente ao ‘estado da arte’, ou seja, ao nível de aplicação de conhecimento e da tecnologia médica disponíveis” (CORDEIRO, 2001:24).

A definição da qualidade a partir da dimensão de requisitos técnico-científicos se torna especialmente abrangente e complexa quando na saúde mental, visto que se trata fundamentalmente de práticas de reabilitação e de psicoterapia, ultrapassando os parâmetros da prática médica. Mais uma vez, para a avaliação em saúde mental estas dimensões devem ser especificadas dentro do campo com a clarificação de cada elemento constitutivo.

Em relação à adequação, no campo da saúde mental esta dimensão pode ser abordada a partir do termo **territorialidade**, conceito que, inclusive, ultrapassa a questão da distribuição espacial dos serviços. Assim como também abre espaço para discutir a **rede** de serviços de saúde mental de uma determinada área de abrangência.

No campo da saúde mental a dimensão da eficiência não é nada simples de ser equacionada, pois o impacto de um determinado serviço ou de uma intervenção (no plano

das práticas clínicas e reabilitadoras) é de difícil definição e implicam na utilização de medidas indiretas.

A relação entre custo da intervenção e seus benefícios pode ser realizada a partir de categorias como a redução do número de **crises** ou **internações** ou, ainda, através de índices de **qualidade de vida** ou de **autonomia** de pacientes. Mesmo assim, é difícil equacionar quanto valem esses possíveis benefícios na vida das pessoas. Costuma-se dizer que “não tem preço”.

Ainda, é importante lembrar da afirmação de Silva & Formigli (1994) a respeito do **fraco consenso terminológico** encontrado na área de avaliação, e lembrar que a busca de um aprimoramento conceitual não deve obscurecer a potencialidade de novas abordagens, a partir de conceitos que aparentemente estão inadequados. Esta observação deve ser levada a sua radicalidade quando se trata do campo da saúde mental, tendo em vista que os contornos desta atenção em saúde começaram a ser delineados há pouco tempo e que as experiências de serviços são bastante diferentes entre si.

1.3.6. A avaliação normativa e a pesquisa avaliativa

Além dos níveis de abordagem de um processo avaliativo (macro, médio e micro), da divisão entre estudos antropossociais e racionalizadores, e itens trazidos para a discussão por diversos autores a partir dos elementos que compõem as abordagens da estrutura, do processo e do resultado, ainda há questões importantes na abordagem do campo da avaliação em saúde.

Segundo Pitta (1996), uma avaliação pode querer abordar a totalidade de uma intervenção ou somente um componente, dentre os cinco enumerados: 1) objetivos, 2) recursos, 3) serviços, bens, atividades, 4) efeitos e 5) um contexto preciso, num dado momento. A intervenção a ser avaliada pode ser ainda mais específica, como por exemplo:

“(…) uma técnica (por exemplo, uma técnica grupal de estimulação da expressão verbal de psicóticos), um tratamento (neuroléptico de longa duração, psicoterapia nuclear de família), uma prática (oficina terapêutica de marcenaria), uma organização (o CAPS, o NAPS), um programa (reabilitação psicossocial), uma política (desinstitucionalização do cuidado psiquiátrico)” (PITTA, 1996:161).

Tendo em vista as múltiplas possibilidades de objeto de uma avaliação, a autora ressalta que cada vez mais os processos de avaliação têm um **desenho híbrido**, tentando abarcar a complexidade que envolve o tratamento. Ressalta, também, que a importância da participação dos agentes dos serviços tem sido intensificada, realizando uma ponte entre o teórico e o prático, resultando em uma relação bastante fértil para os processos avaliativos.

A partir destas considerações abrangentes sobre a avaliação em saúde, a autora vai descrever os dois grandes tipos de avaliação, a normativa e a avaliativa. Esta classificação é encontrada no campo da avaliação em saúde de maneira geral, desde o início de sua sistematização, e parece útil ser citada aqui como mais um parâmetro metodológico do tema.

A **avaliação normativa** utiliza o esquema estrutura – processo – resultado, comparando o que foi encontrado nestas três dimensões com as normas ou critérios estabelecidos por um grupo de *experts* ou a partir de pesquisas avaliativas, partindo da premissa de que existe forte relação entre o prescrito e o real. Mesmo que possa contribuir para a investigação, a avaliação normativa é uma atividade de gestão, realizada com finalidade de controle e de garantia de qualidade.

Por outro lado, a **pesquisa avaliativa** tem o propósito maior de **produção de conhecimento**, pode ser realizada com **múltiplas estratégias de pesquisa** e se propõe “analisar a pertinência, os fundamentos teóricos e os efeitos de uma intervenção, bem como as **relações existentes entre a intervenção e o contexto** no qual ela se situa” (PITTA, 1996: 165).

A pesquisa avaliativa pode ser subdividida em seis fases ou abordagens: 1) **Análise Estratégica** – vai observar se a investigação é pertinente, se a questão selecionada é uma das mais importantes a serem tratadas e também deve abordar qual é o risco de determinada intervenção; 2) **Análise de Intervenção** – vai analisar as relações entre os objetivos de intervenção e os meios para alcançá-los, que inclui a abordagem teórica e os recursos disponíveis e utilizados; 3) **Análise de Efeitos** - é aquela que vai buscar os efeitos do tratamento no estado de saúde/doença, determinando a “eficácia” do serviço; 4) **Análise de Impacto sobre o Indivíduo** – é uma abordagem do serviço feita a partir do ponto de vista e da trajetória do usuário, são estudos mais demorados e costumam utilizar registro etnográfico com observação direta e entrevistas com os atores envolvidos no cuidado; 5)

Avaliação de Qualidade de Vida – é uma abordagem bastante desenvolvida, conta com escalas próprias e muitas vezes está inserida em outros tipos de avaliação. A autora ressalta que talvez este seja o componente que mais bem realiza o diálogo entre o qualitativo e o quantitativo ao abordar aspectos intersubjetivos, abarcando as transformações na vida do usuário, implicando as dimensões clínica, cultural, econômica e social; 6) **Análise do Rendimento** – busca as relações entre os recursos que foram empregados e os efeitos obtidos, sendo uma combinação de análise econômica e análise de efeito, implica em análises de custo/benefício (implicação de um valor monetário para os benefícios obtidos, o objetivo é o de otimizar recursos), custo/eficácia e custo/utilidade (os custos são colocados em termos monetários mas os benefícios são mostrados por índices reais de resultado – como por exemplo, anos de vida, ganho, índice de satisfação, redução da dor e do sofrimento).

As análises que implicam a relação entre custo e benefício guardam o complicador de atribuir um valor monetário para os estados de saúde, enquanto que as análises que relacionam o custo à eficácia e à utilidade também apresentam problemas pela dificuldade de construção de indicadores *softs* na consideração de dimensões subjetivas.

A avaliação da qualidade é uma atividade que vem crescendo no Brasil, com a incorporação cada vez maior nos diversos níveis de serviços de saúde, incrementando seu referencial e desenvolvendo metodologias de pesquisa variadas, potencializando o seu papel de auxílio a gestão e de reflexão sobre as práticas de saúde. Apesar do seu crescimento, a área da avaliação guarda muitas limitações teóricas e metodológicas.

1.3.7. A satisfação

A **satisfação** do usuário do serviço de saúde vem sendo considerada por muitos pesquisadores envolvidos com a temática da avaliação como um dos atributos mais importantes para lidar com o tema, tendo ganho importância também na saúde mental. Os estudos de satisfação do paciente vão tratar de como o cuidado em saúde é percebido pelos usuários. Alguns autores afirmam que, apesar da satisfação ser normalmente vinculada ao processo ou ao resultado final do cuidado médico, a perspectiva de análise da qualidade a partir da satisfação é mais complexa do que a avaliação pelo processo ou pelo resultado, incluindo as experiências anteriores de cuidado médico, as condições em que elas se deram

e o estado atual de saúde (que geralmente não são consideradas na abordagem do processo e do resultado).

A partir de uma revisão sobre o tema é possível enumerar os fatores considerados como mais importantes em relação à **percepção do paciente** sobre o cuidado médico para a utilização da satisfação como medida de qualidade: a) interesse pessoal do médico pelo paciente; b) acessibilidade; c) “bons médicos”; d) acompanhamento por “pessoal bem treinado”; e) informação dos médicos; f) pessoal “solícito”; g) privacidade (REIS, 1990: 58)¹¹.

Este autor também chama a atenção para a posição de Donabedian ao afirmar que o estudo de satisfação do paciente é o objetivo mais importante no estudo do cuidado médico, mesmo que não possa ser considerado um indicador direto ou indireto, mas apenas aproximado. Ainda, pontua que o autor também inclui a satisfação dos profissionais de saúde como uma importante dimensão da avaliação.

Tendo em vista que o critério de satisfação como indicador de qualidade do serviço têm sido utilizado e discutido no campo da avaliação em saúde mental, é propício destacar o trabalho de Oliveira (1992) que prioriza o conceito de satisfação em sua abordagem do esquema de Donabedian.

A autora destaca que no modelo normativo de informação de Donabedian há prioridade de quatro atributos da atenção que influenciam a qualidade: a) **acesso**, relacionado com as propriedades da instituição e dos usuários no sentido de ser fácil iniciar a atenção em saúde, implica uma adaptação entre provedores e clientes; b) **continuidade**, refere-se à não interrupção na atenção; c) **coordenação**, implica uma melhor compreensão do problema médico do paciente, da sua situação geral, seus valores e expectativas; d) **satisfação** do paciente, considerada como o objetivo maior da atenção a máxima satisfação do paciente. Os atributos de continuidade e coordenação têm relativa importância na definição da qualidade, visto que podem repetir relações não necessariamente desejáveis entre médico e paciente.

A autora apresenta de forma esquematizada as informações que são classificadas por Donabedian como necessárias para a avaliação da qualidade:

¹¹ Na realização de uma pesquisa avaliativa, ao utilizar estes itens, é importante definir (antes ou posteriormente) cada um deles, pois há diferentes maneiras de indicar cada um destes itens e diferentes maneiras de concebê-los.

- 1) características dos lugares nos quais ocorrem a atenção médica (estrutura – instalações, equipe, características organizacionais e administrativas, aspectos fiscais, etc);
- 2) características da conduta do profissional no cuidado da saúde e da doença (processo – diagnóstico, tratamento, consulta, encaminhamento, coordenação e continuidade da atenção, uso de agências e recursos da comunidade, etc);
- 3) outras condutas de profissionais que possivelmente sejam indicativas da coesão ou debilidade na organização da atenção (mudança, absenteísmo de pessoal);
- 4) condutas do paciente possivelmente indicativas de defeito na organização da atenção ou na relação entre paciente e profissional (processo e resultado – queixas, cumprimento ou cancelamento de consultas, conhecimento acerca da saúde, mudanças de conhecimento ou na conduta esperadas depois de uma exposição prévia à atenção médica);
- 5) características do uso de serviços (processo ou resultado – volume de serviço, níveis de utilização do serviço por características da população, por tipo de profissional ou de atividade ou de local em que se dá a atenção);
- 6) características de saúde e outros resultados (resultados de saúde – mortalidade, longevidade e taxas diversas; satisfação – de pacientes e profissionais) (OLIVEIRA, 1992: 12-15).

A partir desta enumeração de elementos pertencentes às abordagens da estrutura, do processo e do resultado, percebe-se que os elementos não são rigidamente classificados como pertencentes a uma das abordagens, podendo variar ou estar presente em mais de uma.

A partir dos trabalhos de Donabedian, em relação à satisfação do usuário como uma medida de qualidade de serviços dentro do esquema clássico, a autora ressalta que a lógica que orienta o modelo de qualidade e de informação é a da técnica da ciência médica. Neste sentido, os fatores mais diretamente relacionados a aspectos psicológicos, sociais, ambientais ou familiares são considerados para subsidiar a reformulação da atenção médica; a saúde integral fica subordinada à dimensão especificamente médica. A satisfação do paciente é concebida prioritariamente como um indicador da qualidade técnica do cuidado médico e menos como indicador das necessidades do paciente.

Para a avaliação na saúde mental esta lógica parece ter que ser invertida, na medida em que se concebe a saúde como psicológica, biológica e social, sendo o objeto da assistência a saúde mental, o cuidado médico em si ou a ação do profissional médico é um elemento dentre outros.

A ênfase crescente atribuída à **satisfação** do usuário como indicador da qualidade e a importância reconhecida dos estudos culturais em relação às concepções e representações da saúde-doença demonstram que as normas técnicas não necessariamente precisam ser priorizadas na abordagem deste campo, podendo este ser investigado a partir de outros caminhos.

A utilização da satisfação nas pesquisas avaliativas guarda limitações que estão sendo trabalhadas por autores envolvidos na área, como, por exemplo, tem sido problematizado o alto índice de satisfação que geralmente é encontrado, o que não necessariamente corresponde à realidade observada, como apontam Silva Filho & Cavalcanti (1996; 1998).

A partir da utilização de escala de satisfação, Cadilhe (1997) aponta a incongruência entre os altos índices de satisfação encontrados como resultado da aplicação da escala e a observação realizada ao longo da pesquisa, e considera alguns pontos como fatores que podem ter influenciado neste resultado, como por exemplo: o tipo de resposta fechado do questionário, não permitindo uma resposta intermediária entre o sim e não; a diferença de status social entre o entrevistador e o entrevistado, que tende a responder o que imagina que vá agradar; a idéia de que o usuário do serviço público de saúde concebe o atendimento mais como um **favor** dos profissionais do que como um direito, portanto não podendo dizer-se insatisfeito; além da consideração de que muitas vezes o usuário vive em condições calamitosas de vida, então aquilo que a nossos olhos parece precário não necessariamente o é considerado desta maneira por ele. A pesquisa de Libério (1999) realizada nos CAPS do município do Rio de Janeiro também aponta para limitações do uso do critério satisfação como indicador de qualidade.

Também é preciso considerar ao que está sendo atribuída à satisfação, podendo se referir, por exemplo, ao acesso ao serviço ou à relação interpessoal entre o profissional e o usuário ou à organização do serviço. Na revisão sobre o tema foi apontado que a satisfação em relação ao cuidado recebido inclui elementos como as concepções do processo saúde-

doença, a história do sujeito em relação à assistência em saúde e o estado atual, assim como as relações diversas e delicadas entre o profissional de saúde e o paciente.

1.3.8. As variáveis *hard* e *soft* e a avaliação a partir de medidas indiretas

É pela necessidade de contemplar todas as dimensões que envolvem o tratamento em saúde mental, que Pitta (1996) chama a atenção para a inclusão de variáveis que ultrapassam aquelas usualmente consideradas no campo da epidemiologia e das metodologias de avaliação de serviços de saúde em geral. Em relação às variáveis que fazem parte da avaliação, em contraposição às variáveis *hard* próprias da epidemiologia (como formação da equipe, número de técnicos, carga horária), os autores envolvidos com a temática no campo da saúde mental enfatizam a importância das variáveis *soft*. Estas variáveis são de difícil mensuração, mas representam aspectos fundamentais destes serviços, como, por exemplo, motivação dos técnicos, interesse, expectativas, satisfação dos profissionais.

As variáveis *soft* são o que Saraceno (1995) denominou de **variáveis-sombra**, por estarem implícitas no tratamento tradicional. Estas variáveis são aquelas que parecem contornar tratamento, mas que tem íntima influência no decorrer das ações da assistência. Estas variáveis incluem fatores ligados ao tratamento, que o autor denomina de **recursos**. Seriam eles: **recursos do paciente**, **recursos do contexto do paciente**, **recursos do serviço** e **recursos do contexto do serviço**. Para o campo da reabilitação psicossocial, estas seriam as “**variáveis reais**” envolvidas no tratamento em saúde mental, que incluem os **sujeitos**, os **contextos** e os **serviços**.

Ao considerar estes fatores como fundamentais no tratamento em saúde mental, é preciso considerá-los como sendo características desta assistência que podem ser elaborados de maneira a se tornarem indicadores de qualidade para o processo avaliativo. Neste sentido, podemos observar que experiências de avaliação realizadas no país têm dado ênfase à abordagem dos **recursos** e dos **contextos** dos serviços, a partir das noções de **território** e de **rede**.

Outro aspecto importante para a avaliação é a consideração dos **eventos-sentinela**, também contemplados na avaliação em saúde de maneira geral. Estes eventos são situações consideradas como inadmissíveis dentro do serviço, como, por exemplo, ter pacientes sem

nenhum projeto terapêutico, ou ter um alto índice de abandono do tratamento. Em geral, os eventos-sentinelas estão mostrando alguma coisa do funcionamento do serviço que está escapando à percepção dos profissionais, ou que estes não estão lidando bem com algum aspecto da assistência. Portanto, é fundamental que estes eventos sejam contemplados nos processos avaliativos, pois trazem para a reflexão sobre o serviço aspectos que podem ser elucidativos do seu funcionamento.

A partir da concepção de “variáveis-soft” trazidas por Saraceno, em oposição às variáveis *hard*, utilizadas em estudos clássicos de epidemiologia - como número de leito, formação dos técnicos, carga horária - as variáveis *soft* incluem motivação dos técnicos, expectativas, entre outras. Cadilhe (1997) sugere alguns pontos que foram apreendidos ao longo de sua pesquisa que poderiam constituir critérios de qualidade.

“(…) **tempo** dedicado pelos técnicos aos pacientes, a **disponibilidade** para acolher o seu sofrimento e a escuta de seus pedidos de atenção, e principalmente, a maneira como o serviço está preparado para receber seus pacientes de **maneira diferenciada**, ou seja, se ele é capaz de **identificar ou não as necessidades clínicas daquele paciente**, e dispor de um **programa de atendimento diversificado** e capaz de atender essas necessidades” (CADILHE, 1997:126-127, grifos nossos).

Deste modo, a exploração do campo assistencial – os novos serviços – como lugar de novas práticas e, portanto, de possibilidade de construção de novos indicadores, tem nas variáveis-sombra de Saraceno (1999) e nos resultados da pesquisa de Cadilhe (1997) importantes aliados.

Considerando a complexidade do campo da saúde mental e a conseqüente dificuldade de abordagem metodológica para avaliação nesta área, é crescente o uso de **medidas indiretas** dos efeitos da atenção. Alguns exemplos de medida indireta para a avaliação da qualidade da assistência seriam: escalas de qualidade de vida, medidas de dependência do usuário, o grau de participação na vida comunitária, medidas de funcionamento social, entre outros.¹²

¹² Podemos citar como exemplo deste tipo de pesquisa no país: Competência Social de Psicóticos – a professora MARINA BANDEIRA têm se debruçado sobre este tema, com publicações em periódicos como, por exemplo, no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; Qualidade de Vida – trabalhos de Eugênio de Mora

Dentro deste universo de medidas indiretas, os destaques em saúde mental têm sido dados à **satisfação** e à **autonomia** e **qualidade de vida** do usuário como indicadores de qualidade da assistência. Os delineamentos de pesquisa que utilizam estes indicadores têm sido considerados como uma proposta frutífera para avaliação em saúde mental, por estarem de acordo com algumas premissas do campo e por serem formas possíveis de abordar, mesmo que indiretamente, os resultados da assistência. Mas estes indicadores que têm sido utilizados também têm recebido críticas em relação à fragilidade dos resultados apresentados.

Como vimos, além destes indicadores indiretos da qualidade, com escalas padronizadas próprias, tem sido indicado pela literatura a possibilidade de transformar **disponibilidade** e **flexibilidade** como indicadores de qualidade. Essa proposição vai de encontro àquilo que Bezerra Jr. (2005) apontou como sendo mais frutífero perseguir elementos que proporcionem uma **estimativa** sobre a qualidade da atenção do que procurar **medidas**.

1.3.9. O usuário como ator no processo avaliativo

As discussões em relação à utilização do critério de satisfação como indicador da qualidade do serviço levantam a questão da participação do usuário no processo avaliativo. Particularmente em relação ao critério da satisfação, cabe a discussão sobre a diferenciação entre a satisfação do consumidor de maneira geral e a satisfação do usuário de serviço de saúde. Pretende-se que o usuário de serviço de saúde seja mais do que um “consumidor”, e, neste sentido, a satisfação implica em questões relacionadas com a vida do sujeito.

Ao concluir o trabalho de revisão sobre a avaliação de qualidade, Reis (1990) indica alguns pontos de reflexão para o desenvolvimento dos estudos de avaliação para a realidade brasileira. Dentre estes pontos, destaca-se a idéia de que quando o paciente é respeitado em seu papel de “consumidor” do serviço de saúde, há a possibilidade de sua atuação como avaliador dos serviços.

A satisfação do usuário como indicador de qualidade insere o paciente como **ator** do processo avaliativo, indo além da participação exclusiva dos profissionais. Mas isso,

Campos (1998), a dissertação de mestrado sobre o tema de Josete Barbosa Miranda (UnB, 1998), o compêndio “Saúde Mental e Qualidade de Vida” (org.) Loyola e Macedo, Rio de Janeiro: Cuca/IPUB, 2002, além de artigos sobre a validação da escala de avaliação da qualidade de vida OMS por pesquisadores do Rio Grande do Sul; entre outros trabalhos.

entretanto, não chega a modificar a lógica em que está inserido o modelo. Como pode se evidenciar com a citação seguinte:

“O item *cuidado psicológico da saúde e da doença* é priorizado na medida que, por um lado serve ao legítimo e positivo propósito de ‘eliminar barreiras ou resistências á atenção médica’ e com conseqüente ‘planejamento e revisão periódicas’; por outro serve ao estabelecimento e retroalimentação da definição de necessidades de saúde, não conforme estabelecido por quem demandou a atenção, mas sim pelo próprio profissional” (OLIVEIRA, 1992:19).

A concepção de saúde como uma totalidade bio-psico-social e a consideração do usuário como sujeito psíquico são necessárias para ultrapassar o modelo médico e, deste modo, introduzir efetivamente uma lógica não exclusivamente médica à avaliação da qualidade da assistência em saúde. Podemos dizer que a crítica da autora vem de encontro com a introdução da ênfase da noção de subjetividade como referência para pensar a assistência em saúde; o que é fundamental quando se trata da avaliação no campo da saúde mental.

A partir desta ótica de leitura, a abordagem psicológica do usuário serve apenas de apoio à ação médica, na diminuição da resistência do paciente-objeto, para facilitar a ação do especialista, como previsto pela norma/técnica; e não em função do usuário. Na saúde mental muito pouco pode ser feito sem ser em função e com a participação do usuário. O universo é basicamente o psiquismo, sem o sujeito se pode muito pouco.

A compreensão abrangente do campo da saúde coloca a satisfação como um atributo essencial da qualidade que diz respeito não somente à qualidade técnica da atenção, mas também influência outros aspectos, como o **acesso** e a **adesão**.

“Neste sentido, a satisfação do usuário, enquanto benefício ‘em si’ ou essencial, torna-se quase que uma entidade ou categoria que de tão subjetiva ou abstrata chega a compor uma ética do padrão a ser alcançado por elementos mais ‘mundanos’ como o acesso, a adesão ao tratamento, a continuidade do tratamento, utilização dos serviços e retorno à unidade, etc” (OLIVEIRA, 1992:25).

A autora aponta para diferença entre investigar atitudes e concepções de usuários e consumidores com a finalidade de incrementar vendas ou prestação de serviços e de abordar as dimensões do registro subjetivo da satisfação. A investigação sobre a satisfação tem a peculiaridade de ser realizada nos diversos dispositivos sociais cuja finalidade é a convocação dos usuários para a **participação** e **co-gestão** nos processos de distribuição e/ou organização dos serviços, considerando a implicação dos agentes. Assim, a satisfação como resultado da qualidade de serviços de saúde serve para a participação e o controle social.

“Se se circunscreve então, a satisfação do usuário ao campo das operações realizadas para subsidiar um diagnóstico e intervenção bilateral sobre os implicados (atores da instituição e usuários), abre-se uma perspectiva que no mínimo transcende as propostas tecnologizantes; ao mesmo tempo em que se estabelece uma outra relação entre Usuários e Estado” (OLIVEIRA, 1992:27).

A consideração da autora ultrapassa a abordagem do critério de satisfação como necessidades dos usuários e também aponta para este critério como dissociado da percepção de satisfação do consumidor, pois, em saúde, a qualidade da assistência significa, em última análise, fatores envolvidos com a possibilidade de vida das pessoas.

O trabalho de Oliveira (1992) também aponta para a necessidade de levar em consideração que as definições de normas e/ou itens referentes ao cuidado em saúde não são elaborados a partir das perspectivas de usuários. Este é um dos pontos sobre o qual as metodologias de avaliação devem se debruçar, na busca do ponto de vista dos atores que recebem o cuidado, considerando que estes podem ser atores de transformação na assistência em saúde.

Há maneiras diferentes de o usuário participar do processo avaliativo, como ator da avaliação. Uma forma é o usuário responder/avaliar um questionário (instrumento) sobre o serviço que utiliza e, portanto, dar sua opinião, seu julgamento de valor, a partir das categorias que nós (pesquisadores, gestores e profissionais) construímos. Uma outra forma de participação é o usuário ter esse processo de avaliar como uma ferramenta que ele irá utilizar no sentido do controle social, com sua inserção nas instâncias da sociedade organizada. Uma outra maneira, ainda, da participação do usuário seria como formulador

da avaliação, por exemplo, participando da definição do que seria a “boa prática” em saúde mental. Esta última maneira de participação do usuário chegaria mais próximo do o campo da avaliação em saúde busca atualmente, pertencente à quarta geração de avaliação, marcada pela **negociação** entre os atores.

Capítulo 2 – As Metodologias de Avaliação de Serviços de Saúde em debate: construção de uma perspectiva metodológica para avaliar um CAPS

2.1. Introdução

A partir da revisão da literatura sobre avaliação da qualidade dos serviços em saúde mental podemos verificar que variadas metodologias têm sido utilizadas. Em dissertação de mestrado (Schmidt, 2003), foi adotada a separação das experiências avaliativas em dois grandes grupos: os estudos institucionalizados e os estudos não-institucionalizados¹³. Naquela dissertação, os textos de relatos de experiência de avaliação de serviços e aqueles que discutiam elementos da prática assistencial foram considerados trabalhos de potencial avaliativo, no sentido da avaliação como um **exercício de olhar crítico** sobre a assistência. Estes foram classificados como “não-institucionalizados”. Em geral, tratava-se de estudos descritivos de um serviço ou de uma prática específica em ato no serviço, ou ainda de problematização de um tema em particular. Estes estudos trouxeram algumas sugestões de itens para a avaliação como, por exemplo, o **acompanhamento do cotidiano**, a **acessibilidade** e a **investigação das práticas** em ação nos serviços substitutivos.

Já aqueles trabalhos que utilizavam algum instrumento padronizado de avaliação foram considerados como “institucionalizados”, na medida em que lançavam mão de **escalas padronizadas** para pesquisar a avaliação da qualidade, a partir de um indicador indireto, como, por exemplo, **autonomia**, **satisfação** e **qualidade de vida**. Como resultado deste tipo de proposta tinha-se, em geral, uma problematização dos próprios critérios de qualidade utilizados, muitas vezes chegando-se à conclusão de que estes não se mostravam adequados para avaliar os novos serviços.

Desta maneira, o que podemos concluir, em síntese, do conjunto destes estudos, é que todos eles chamavam a atenção para a **particularidade de cada unidade de saúde mental**, reforçando, portanto, a importância da **contextualização** e **historicidade** das instituições de saúde para a pesquisa avaliativa. Em sua maioria destacam a importância de se constituir metodologias apropriadas: 1) para cada nível de abordagem da avaliação, dos níveis micro, médio e macro; 2) na utilização do esquema clássico de avaliação com as

¹³ Essa classificação foi sugerida por Vasconcelos (1995), autor que aponta a necessidade de realizar avaliações com base no percurso da implantação de novos serviços.

abordagens de estrutura, processo e resultado; 3) para o(s) indicador(es) selecionado(s). Foi consensual a necessidade de utilizar **metodologia quantitativa e qualitativa** para a avaliação.

A principal questão ressaltada no conjunto das pesquisas foi a **definição do que seria a qualidade** da assistência em saúde mental: além de defini-la, como medi-la ou avaliá-la? Ou ainda, seguindo a linha de pensamento de Bezerra (2005), como estimá-la?

Neste processo de transformação da assistência psiquiátrica brasileira, a avaliação de serviços pode ser vista como uma **estratégia de implantação da política de saúde mental**, na medida em que o processo avaliativo permite formular algum conhecimento acerca da assistência, favorecendo sua constante transformação. A política traça as diretrizes da assistência, a gestão tem formas de monitoramento e o processo avaliativo tem a capacidade de investigar o serviço e oportunizar um quadro de informações sobre a assistência.

A questão central daquilo que se pretende ao tratar de pacientes psiquiátricos no país hoje, a partir da diretriz política, pode receber algumas respostas, como as agrupadas por Cavalcanti (2005): aliviar o sofrimento, atenuar a sintomatologia, melhorar a qualidade de vida e a adaptação social, aumentar a satisfação com o tratamento, acompanhar a clientela em sua trajetória de vida, aumentar a rede social, fornecer novas formas de reconhecimento e novas estratégias de vida, aliviar o sofrimento da família, aumentar a satisfação dos cuidadores (Cavalcanti, 2005:1). Estes seriam efeitos do que se espera de uma “boa” assistência em saúde mental. A questão é saber como essas diretrizes se traduzem em formas de cuidado no cotidiano da assistência. Interessa saber como isso é feito e quais são os seus efeitos. Como pontua a autora, será que a existência de serviços extra-hospitalares por si só garante uma “boa” assistência? A questão fundamental é saber o que seria a “boa assistência” em saúde mental, qual é a sua qualidade.

Também fazendo parte desta questão, entra a discussão da participação de outros atores que não o pesquisador e a gestão na definição da qualidade e da maneira de avaliar. O que significa uma assistência de qualidade para os diferentes atores envolvidos no processo, como gestores, profissionais, usuários e familiares?

Com a discussão realizada a partir da literatura de avaliação da qualidade em serviços de saúde mental, tem-se uma problemática quanto à utilização de critérios para a

avaliação neste campo. Os critérios utilizados para a avaliação de serviços médicos propriamente ditos são insuficientes para a saúde mental. O estado da arte da discussão sobre o tema indica a necessidade de utilização de metodologias mais adaptadas à realidade do campo, assim como a necessidade de aproximação do cotidiano do serviço e das ações clínicas sobre os casos. Para a avaliação no campo da saúde mental não se têm critérios que possamos afirmar adequados para aferimento de valor da qualidade da assistência. Ainda temos que questionar se interessa sair da busca de critérios.

Segundo Barreto (2005), ainda que existam mudanças na forma de avaliar serviços no campo da saúde mental, há também continuidades com a maneira pela qual a medicina costuma fazê-lo: elas estão estreitamente ligadas à busca de indicadores. O autor mostra que, apesar da tentativa de criar novas metodologias de avaliação de serviços tendo em vista a peculiaridade da atenção psicossocial, a própria preocupação que orienta essa tentativa é marcada por um projeto positivista e universalista: a busca de critérios, indicadores, algo que possa ser padronizado e aplicado de modo abrangente a outras realidades. Ou seja, mesmo que tentemos abordar o trabalho realizado nos serviços extra-hospitalares com outros indicadores que não a diminuição do período de permanência em internação ou mesmo diminuição de leitos psiquiátricos, no sentido de privilegiar a disponibilidade do profissional e a autonomia do usuário, ainda assim mantemos um canal com o saber médico – principalmente epidemiológico – enquanto científico, positivista e universalizante.

Assim, os indicadores “clássicos”, como diminuição do número de leitos em hospital psiquiátrico e diminuição do tempo de permanência internado já se mostravam insuficientes para produzir um juízo de valor acerca da atenção psicossocial, já que, embora mostrassem efeitos desospitalizantes do processo de reforma psiquiátrica, não davam visibilidade a outros modos de lidar com a loucura, desencadeados a partir da instalação de novos serviços de saúde mental. Ou seja, a qualidade da assistência prestada aos usuários nos CAPS – o tipo de acolhimento e seguimentos dos casos, incluindo acompanhamento nas próprias internações – não poderia ser apreciado devidamente se tomássemos exclusivamente tais indicadores “clássicos” como parâmetro para avaliar tais serviços.

Mas, além disso, mesmo os indicadores “criados” para se adequarem aos objetivos reformistas, no sentido do aumento do gerenciamento de si próprio por parte do usuário

(autonomia), da percepção positiva do mesmo em relação à oferta de recursos assistenciais (satisfação) ou mesmo das possibilidades de existência e condições de vida mais favoráveis fora do hospício (qualidade de vida), também se mostram inapropriados na medida em que se tornam normativos ao invés de processuais quando se cristalizam em indicadores de qualidade. É como se aquilo que serve de norte para a atenção psicossocial – algo a ser alcançado ao longo do processo terapêutico – viesse a ser tornar uma norma, a ser necessariamente alcançada para medir o potencial do serviço em desencadear um projeto calcado nos princípios da reforma psiquiátrica.

O que podemos retirar do capítulo anterior é que a necessidade de desenvolvimento de outras metodologias de avaliação não pode abandonar o que vem sendo produzido atualmente na área de avaliação em saúde e no campo da saúde mental, reunindo metodologias e indicadores valiosos para caminhar nas sinuosas curvas do cotidiano dos CAPS. Entretanto, não podemos tomar como natural o teor normativo e fiscalizatório que a atitude avaliativa tem carregado, pois mesmos que venhamos a criar “novos” indicadores para “novos” serviços podemos nos manter tão objetivistas e cientificistas quanto utilizando os indicadores ditos “clássicos”.

Matizada por essas questões, a empreitada dessa tese, no sentido de encontrar formas mais adequadas de avaliar serviços no campo da saúde mental, procura reunir esses indicadores e colocá-los à prova. Trata-se de revisar o que existe disponível em termo de indicadores de avaliação e investigar o que surge no cotidiano dos serviços enquanto valores do que venha a ser uma “boa” prática, sem que com isso venhamos a encontrar o “verdadeiro” indicador para a saúde mental. Desta forma, queremos buscar maneiras de avaliar os serviços tipo CAPS, sem cair na armadilha de critérios universais, criando indicadores a partir das práticas de saúde em serviço, buscando maneiras de acompanhar o trabalho da assistência, para que sirva não somente para o monitoramento, mas principalmente para criar subsídios de reflexão entre os profissionais sobre o trabalho que realizam.

2.2. Os passos da pesquisa avaliativa a partir de Michael Perrault

Para iniciarmos este percurso de uma pesquisa avaliativa, no sentido de esclarecer o tipo de avaliação que empreendemos, circunscrevendo os limites do que será trabalhado,

parece útil seguir as perguntas do professor Michel Perreault, pesquisador canadense de avaliação em saúde mental, em relação ao planejamento de uma avaliação¹⁴. Trata-se de um caminho preliminar, no sentido de ao final sermos capazes de especificar como será realizado o trabalho de campo da pesquisa, acontecido no CAPS Profeta Gentileza, Inhoaíba, Rio de Janeiro-RJ em 2006. As perguntas-guia sugeridas por esse autor são as seguintes: “é possível a avaliação?”; “quem quer a avaliação?”; “quando a avaliação deveria ser realizada?”; “quais são as condições para a avaliação?”; “que tipo de avaliação é procurada?”; “qual é o contexto em que está inserido o programa?”; “quais são as medidas, critérios e normas existentes?” e “quais são as questões desta avaliação?”.

Veremos a seguir que muito do que diz respeito à pesquisa avaliativa realizada está concentrado nas questões relativas ao tipo de avaliação, ao contexto do serviço e aos critérios disponíveis para avaliar. Assim, pretendemos agrupar esses critérios no item conveniente, no sentido de fornecer um retrato inicial, mas sistemático dos indicadores até então disponíveis para avaliar serviços, programas e políticas de saúde mental. Após considerações acerca do modo como foi realizada a pesquisa de campo, pretendemos dar início aos resultados dessa pesquisa avaliativa, na próxima parte da tese.

Ao tentar responder às perguntas feitas pelo pesquisador, buscamos, sobretudo, esclarecer quais são as prerrogativas da empreitada de pesquisa no CAPS Profeta Gentileza e as condições em que esta se inscreve. Segundo o autor é parte fundamental de um processo avaliativo que as questões citadas estejam esclarecidas, tanto para o pesquisador quanto para possibilitar que os leitores realizem críticas sobre o percurso tomado.

2.2.1. É possível a avaliação?

Como avaliar um CAPS? É justamente essa a nossa questão nessa tese, encontrar instrumentos metodológicos para produzir um juízo de valor sobre o que se faz no interior de um desses serviços extra-hospitalares regionalizados guiados pela premissa de tomada de responsabilidade pelo território. Assim, não se trata da avaliação de um programa ou política de saúde mental, nem especificamente de uma das tecnologias - assistencial, medicação, consulta, grupos – de que se lança mão no cotidiano do serviço. Entretanto, temos em conta que, ao pesquisar o serviço, tanto o programa de saúde mental ao qual este

¹⁴ Michel Perreault. Avaliação de Programas e Serviços em Saúde Mental e Toxicomania. Apresentado no XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Belo Horizonte, Minas Gerais, outubro de 2005, (mimeo).

pertence quanto a clínica em ato na unidade estão inevitavelmente presentes, de maneira indissociável, como indicada a literatura de avaliação revisitada.

Como já antecipado na introdução, a autora dessa tese não só conduz uma pesquisa avaliativa no CAPS Profeta Gentileza como também é psicóloga no mesmo. A possibilidade de avaliar esse serviço está estreitamente ligada a essa última condição: sendo funcionária do quadro, o contato com os membros da equipe e com os usuários e familiares é anterior à pesquisa, facilitando a inserção no cotidiano do serviço e, inclusive, o acesso aos registros sobre os atendimentos.

Embora existam esses elementos favoráveis à inserção da pesquisadora no serviço, o fato de a unidade ter sido criada recentemente – 2003 – torna-a menos recheada de dados e relatórios sobre suas atividades. Enquanto outros CAPS do município do Rio de Janeiro-RJ recebem relatórios ora semestrais ora anuais ao longo de mais de cinco anos, o CAPS Profeta Gentileza até agora foi objeto de exclusivamente um relatório¹⁵. Assim, a maior parte dos dados que contribuiriam para uma maior densidade a nossas análises foi colhido ao longo da pesquisa avaliativa.

Os parceiros desse processo avaliativo não incluem aqueles ditos “oficiais”, ou seja, gestores e governantes interessados diretamente nos resultados dessa pesquisa. Em grande medida e na maior parte do tempo foram os colegas de trabalho no CAPS, a instituição universitária de pesquisa da qual faço parte e o grupo de pesquisa sobre avaliação em saúde mental, coordenado pela Profa. Dra. Maria Tavares Cavalcanti, no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, que formaram as parcerias dessa empreitada.

2.2.2. Quem quer a avaliação?

A demanda de avaliação é exclusivamente da pesquisadora, contando com a aceitação e o interesse da equipe em que a pesquisa será realizada. Desta maneira, este estudo não é uma encomenda de nenhuma instância de gestão, seja ela municipal, estadual ou federal, nem mesmo do CAPS Profeta Gentileza.

A avaliação da qualidade de serviços em saúde mental é um tema que me acompanha há alguns anos, como pesquisadora no campo da saúde coletiva e como profissional de CAPS. Neste sentido, o presente estudo preocupa-se com a discussão de

¹⁵ Como veremos mais adiante, tais relatórios são realizados por uma organização não-governamental conveniada à prefeitura municipal, qual seja, a ong Instituto Franco Basaglia – IFB.

avaliação no campo da saúde e ao mesmo tempo se fundamenta nos dilemas e dificuldades encontrados na assistência. Como pesquisadora, considero a avaliação uma abordagem crítica das práticas em saúde, um caminho propício para buscar a sistematização da realidade da assistência atrelada ao seu entendimento a partir do que se tem proposto enquanto política de saúde. Sendo o serviço tipo CAPS o expoente de uma mudança tecno-assistencial em saúde é preciso acompanhar seu processo para possibilitar uma interpretação do que tem sido feito, buscando algo além da ideologia que impulsionou a proposta reformista.

Como profissional de CAPS, o interesse pela avaliação foi intensificado. Ao trabalhar em um serviço com diversificadas atribuições assistenciais, em planos amplos de ação e com a incumbência de uma “invenção” desta assistência (no sentido de “uma prática a espera de teoria”, de Saraceno, 1999), compartilhei com outros profissionais a sensação de “não saber” sobre o conjunto do trabalho, sem conseguir clareza sobre as ações em prática e suas conseqüências (ou resultados). Assim, como relatado por profissionais de CAPS, as sensações de trabalhar muito (sobrecarga), não identificar o resultado das práticas e com uma impressão difusa de que as intervenções não foram suficientes, acrescentaram o interesse no processo avaliativo, com seu potencial de realizar um olhar crítico sobre a prática, podendo auxiliar a equipe a visualizar o seu próprio trabalho e refletir sobre ele, de modo a ter possibilidade de compreensão e transformação.

2.2.3. Quando a avaliação deveria ser realizada?

A literatura da área de avaliação em saúde informa que há basicamente três momentos para avaliar programas, projetos e serviços. A avaliação **inicial** é feita antes da tomada de decisão de implementação de um projeto; objetiva avaliar o projeto em si, buscando estimativa potencial de pertinência, viabilidade e eficácia. Esta avaliação pretende estimar a pertinência das soluções propostas em relação à realidade que se quer modificar, os recursos e meios disponíveis para alcançar os objetivos, assim como questões de rentabilidade econômica. O segundo momento de avaliar seria aquele **durante** a execução do projeto (também chamada de avaliação da gestão, contínua, monitoração ou concomitante). É realizada durante a execução do projeto e objetiva fornecer informações sobre o andamento do programa, ponderação dos resultados, mudanças situacionais e averiguar se o projeto está se desenvolvendo de acordo com a proposta inicial. Este

momento da realização da avaliação busca justificar a continuidade do projeto assim como realizar modificações no mesmo. O terceiro momento, chamado de **expost**, é realizado quando o projeto alcança seu pleno desenvolvimento, por isso é chamado de avaliação de impacto, buscando oferecer informações sobre a execução, o funcionamento e os resultados ou impactos do projeto. (AGUILAR & ANDER – EGG, 1994:41-42).

No caso da pesquisa avaliativa em questão, teríamos elementos para uma avaliação do tipo **expost**, tendo em vista o fato do serviço contar com três anos de funcionamento, ou seja, já teve tempo de constituir uma forma de trabalhar em equipe e já é reconhecido por outros serviços da rede de saúde local como parte da área programática (AP 5.2), no sentido de ser referência de tratamento em saúde mental para a população adscrita. No entanto, um projeto de CAPS não é algo finito, não há necessariamente um momento em que possamos dizer que alcançou seu pleno desenvolvimento, caracterizando-se fundamentalmente por ser uma assistência em constante transformação. Portanto, embora o CAPS tenha elementos de um projeto já implementado, trata-se de uma prática em desenvolvimento. Assim, a presente pesquisa avaliativa se localiza no momento do **durante**, buscando informações sobre o funcionamento do serviço estudado, vislumbrando uma reflexão crítica sobre a assistência.

2.2.4. Quais são as condições para a avaliação?

No caso da presente pesquisa as condições são dadas na medida em que a equipe do serviço está disponível para a realização da pesquisa, com o aceite dos profissionais em participar de discussões coletivas e disponibilização dos registros da unidade. A pergunta em relação às condições da avaliação, em geral, refere-se aos recursos necessários para a pesquisa, como materiais, tempo, pessoal de apoio, computador, financiamento, dentre outros. Como já foi antecipado, essa pesquisa avaliativa não é encomendada por agências governamentais. Contamos com os recursos da pesquisadora e o apoio dos profissionais do serviço.

2.2.5. Que tipo de avaliação é procurada?

A partir do que tem sido discutido na literatura em relação à não adequação dos métodos tradicionais de avaliação da qualidade e considerando o próprio questionamento sobre a utilidade de termos critérios comparáveis na saúde mental, sem escapar da necessidade de encontrarmos parâmetros para a aferição de valor à qualidade da assistência,

vamos buscar realizar um processo avaliativo no CAPS a partir das sugestões da literatura quanto ao delineamento de metodologia sensível à assistência em saúde mental.

No campo da avaliação em saúde e de programas sociais há consenso entre os pesquisadores sobre a importância de utilizar vários métodos para abordar os serviços de saúde. Além das combinações de métodos quantitativos e qualitativos, há novas tendências metodológicas que são importantes de serem mencionadas: a triangulação de métodos (Minayo, 2005) e os enfoques emergentes da avaliação qualitativa (Bosi & Mercado, 2006). Para a avaliação em saúde mental a pluralidade metodológica tem sido apontada como a mais pertinente na abordagem dos serviços substitutivos.

Os números trazem informações claras (comprováveis e comparáveis) sobre um objeto, mas nem todo objeto se dá a conhecer a partir de números. Parece simples dizer que no caso da saúde mental, do sofrimento psíquico, os números são de pouca ajuda. Podemos contar com os números na medida em que oferecem um panorama geral (uma fotografia) sobre os itens da assistência e da clientela atendida, dando informações oportunas sobre a rede de serviços, sobre a distribuição de medicamentos, recursos humanos, entradas no serviço, atendimentos realizados, perfil da demanda, dentre outros. Os **dados quantitativos** fazem parte de uma avaliação de qualidade na medida em que orientam sobre a estrutura da assistência, características sócio-demográficas da clientela atendida, os procedimentos realizados, etc. Os números podem fornecer uma fotografia do que queremos estudar, sendo um programa, uma rede de saúde ou um serviço. Podemos mostrar os números de pacientes acolhidos e/ou acompanhados seguidos de algumas características desse atendimento, mas isto pouco nos diz sobre a qualidade deste acompanhamento.

Saber que 10 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, referenciados a um CAPS, deixaram de ser internadas no primeiro semestre é uma informação muito importante, mas que não nos diz muito em termos de qualidade do acompanhamento destas dez pessoas. Esta informação quantitativa nos diz que em relação a um momento anterior, quando a expectativa de que um contingente de pacientes com tal diagnóstico seria internado, houve uma redução do número de internações. A interpretação da informação numérica pode atribuir um valor ao atendimento do CAPS, ao afirmar que este serviço evitou tais internações. Mas esta avaliação positiva do trabalho do CAPS não nos diz **como** foram evitadas estas internações, se com maior utilização de medicação, com contenções

em domicílio, com mudanças na permanência do paciente no serviço, com outros tipos de atendimentos, com participação de outros atores do cuidado, etc: enfim, não nos revelam os modos de lidar com a loucura e as tentativas de desmontar a lógica manicomial que costuma tomar fenômenos “desatinados” exclusivamente com sintoma. É fundamental saber que dez pessoas deixaram de ser internadas, é um dado importante, mas para chegar à qualidade da assistência, interessa acompanhar o que aconteceu a estas pessoas, para saber como estas internações foram evitadas e aí sim, efetuar um julgamento de valor em relação à qualidade da assistência que receberam. Para tanto a etapa **qualitativa** é a mais importante, buscando compreender os dispositivos acionados pelo serviço no sentido de, por exemplo, evitar internações.

Se os números nos fornecem uma fotografia da assistência, para fazer o filme é preciso chegar perto do trabalho da assistência, acompanhando o cotidiano de trabalho dos profissionais. É consensual dentre os pesquisadores de avaliação da qualidade de serviços de saúde mental que a metodologia para este campo deve ser qualitativa e quantitativa. Desta maneira, a avaliação que o campo da saúde mental precisa é aquela que vai ser sensível ao **cotidiano de trabalho** com os pacientes e que possa contribuir para pensar sobre o serviço.

A partir da premissa de que os novos serviços em saúde mental apresentam uma nova concepção da loucura e, conseqüentemente, apresentam uma nova maneira de lidar com seus usuários, Carvalho & Amarante (1996) sugerem que a metodologia de avaliação deve privilegiar os **estudos de caso** de serviços, com **métodos qualitativos**, para que a **interação do pesquisador** no serviço que está sendo avaliado possa abarcar as **práticas** e **conceitos** que fazem parte deste novo trabalho. Os autores afirmam a importância da relação do pesquisador com a instituição, no sentido de possibilitar sua apreensão das práticas e conceitos que aí circulam e sugerem ainda alguns indicativos para a avaliação:

“(...) o grau de autonomia da vida do sujeito em relação ao serviço e sua vida em geral; a **intercomunicação** do serviço com as diversas instituições, visando à construção de redes de relações para com o sujeito; a possibilidade dos profissionais do serviço estarem exercendo, na prática, uma **interdisciplinaridade** que favoreça o rompimento com as intervenções rígidas em relação à vida do sujeito” (CARVALHO & AMARANTE, 1996:82, grifos nossos).

Com relação à importância da construção de um formato do trabalho de assistência em saúde mental, Almeida e Escorel (2001) recolhem na literatura sobre avaliação três fontes que podem servir de referência: resultados de pesquisas, perspectivas de diversos grupos de interesse (avaliadores e gestores) e contribuições das ciências sociais, buscando, assim, tanto a participação dos grupos envolvidos na área, como as contribuições externas ao campo. As autoras sugerem que as avaliações em saúde mental tenham uma metodologia participativa, que privilegiem os indicadores já presentes nas atividades do serviço, envolvendo os atores que participam da assistência (profissionais, usuários, familiares e gestores) possibilitando maior legitimidade do processo avaliativo, com destaque as metodologias do tipo **estudo de caso** e grupo focal. A utilização de grupo focal na pesquisa avaliativa foi realizada por Almeida (2003) ao abordar o CAPS Rubens Corrêa, em Irajá, bairro do município do Rio de Janeiro.

Estas proposições dos autores aqui utilizados e suas sugestões para a construção de indicadores da qualidade dos serviços apontam para o destaque da abordagem de **acompanhamento do cotidiano** do trabalho assistencial como um caminho para o delineamento de novos critérios, dando ênfase na abordagem da **dimensão micro** da assistência, representada pelas relações entre os atores e pelas ações clínicas. O conjunto dos autores enfatiza, em seus trabalhos, a importância de **metodologias qualitativas** para a avaliação da qualidade, assim como a importância da avaliação para o conhecimento e para a sustentação de uma nova prática de cuidado em saúde mental.

Em trabalho de revisão sobre o tema de Pitta (1996), é reafirmado o consenso entre os autores da área sobre o fato de que a avaliação é sempre um julgamento de valor, de que não há sentido em parâmetros universais e absolutos para a avaliação e que todo processo avaliativo é delimitado por objetivo, método e objeto. As metodologias de avaliação quando realizam entrevistas e/ou grupos focais com usuários, tem a chance de se aproximar cada vez mais dos **valores** da população usuária, indo além das concepções da boa assistência dos profissionais ou dos *experts*. Ao ser utilizado este tipo de metodologia, está se incluindo a população na formulação da pesquisa (não mais restrita a somente responder), possibilitando a perspectiva do processo avaliativo como uma **negociação** entre os atores envolvidos. No sentido em que a definição do seria a boa prática ou os objetivos a

serem alcançados são construídos e negociados entre os atores, isto quer dizer, entre os profissionais, os gestores, os usuários e os familiares.

A partir da revisão do campo da avaliação e considerando que o projeto de transformação da assistência psiquiátrica no país é referido às formulações do movimento de reforma psiquiátrica, fica claro que as modalidades de avaliação nesta área devem ser delineadas tendo em vista as propostas e características dessa nova assistência. Por isso, é fundamental que tenhamos em vista as características das práticas envolvidas; as peculiaridades, não só do campo da saúde mental em relação a outros, mas também a especificidades de cada unidade; assim como o contexto político em que os novos serviços são implantados.

O conjunto de teorias e técnicas que compõem o cuidado da clientela dita psiquiátrica nos novos serviços de atenção pretende a constituição de um trabalho que tenha como objetivo final o **acolhimento ao sofrimento** daqueles que procuram o serviço, assim como a transformação das relações entre o sujeito e o mundo que o cerca. Alguns denominam este trabalho de reabilitação psicossocial (aquela “prática a espera de teoria”, segundo Saraceno, 1996). Para fazer um sucinto desenho descritivo do campo da saúde mental, podemos citar alguns pontos, como por exemplo: o consenso mínimo diante do que se faz, traduzido pela **“ética do cuidar”** (Bezerra Jr, 1999); a formulação do que seria um **“ideário da reforma”** (Leal, 1999), chamando a atenção para o seu caráter prescritivo; além de **características** desta assistência agrupados na nossa dissertação de mestrado (Schmidt, 2003), descritas no capítulo anterior.

Assim, com já foi antecipado, podemos descrever os serviços do tipo CAPS como sendo unidades de saúde mental com base territorial, tendo como responsabilidade atingir a cobertura de uma dada população. Esse serviço apresenta algumas características e diretrizes básicas, como por exemplo: **equipe multidisciplinar; espaço de troca e interlocução** entre as pessoas; **agenciadores de cuidados, “secretários da loucura”**; uma **“clínica ampliada”**, no sentido de ir além da clínica médica e de incluir **procedimentos psicossociais; diversidade de atores** (profissionais, usuários, familiares, comunidade); **tensão entre clínica e política; “ética do cuidar”**; **atenção singularizada** a cada usuário e problema que surge; dimensões **psíquica** (individual) e **social** (lazer, trabalho, família e moradia); **autonomia possível; cidadania**, direitos; **cotidiano; convivência; “ideário da**

reforma” (provisoriedade, relatividade dos saberes, resignificação permanente, escuta permanente); reabilitação psicossocial (poder e valor social: contratualidade); **território** (tomada de responsabilidade), e trabalho em **rede**.

Com estas características da assistência em saúde mental, para a avaliação interessa buscar as variáveis ditas *soft*, como elementos da vida cotidiana do paciente, inserção no trabalho, participação do familiar no tratamento, motivação e expectativas dos técnicos, satisfação com o serviço, dentre outras. (Saraceno et al, 1993).

A partir das diretrizes do programa de saúde mental os serviços tipo CAPS orientam a assistência em várias frentes. Os CAPS têm uma série de incumbências que fazem parte do trabalho e que devem ser tomadas como objeto pela avaliação. Hoje, os CAPS têm como tarefa explícita: o papel de ser referência de um determinado território, ser a porta de entrada do atendimento à saúde mental em sua região, ser ordenador da rede, realizar o trabalho de desinstitucionalização, atender pacientes de primeira crise, assim como atender casos mais amenos que indicam que podem evoluir para uma agudização, fazer trabalhos com os familiares e com a comunidade e também em conjunto com outras unidades de saúde, como ambulatório, hospitais e equipes da atenção básica em saúde, além de acompanhar os pacientes referidos ao serviço em sua trajetória de vida e na rede de saúde. Há também um trabalho de “busca ativa” de casos supostamente psiquiátricos na comunidade. Parece que hoje em dia o CAPS reabilita, desinstitucionaliza, organiza a rede e acompanha.

Dentro deste universo de incumbências dos serviços, cabe ao processo de avaliação que pretendemos realizar não necessariamente “conferir” destas indicações normativas (o que é próprio da avaliação normativa, justamente), mas investigar **como** o CAPS tem buscado agir na direção indicada pelo programa de saúde mental. Cabe buscar quais são os elementos apontados pelos profissionais como “facilitadores” e “dificultadores” da assistência tendo em vista os objetivos pretendidos. O processo avaliativo, desta maneira, pode identificar que as indicações normativas do programa são tomadas pelos serviços de modo diferente do proposto.

Dentro deste universo de incumbências, cada equipe constituindo uma maneira única de trabalhar, as questões que estas práticas levantam estão presentes no cotidiano dos

serviços e são desafios a serem encarados pela avaliação. Podemos citar alguns questionamentos encontrados neste campo, como por exemplo:

- Questões referentes à adequação ao programa, como: O serviço é utilizado como previsto? Os componentes considerados essenciais estão presentes? Os recursos previstos foram efetivados? Há distância entre o que foi previsto e o que está sendo realizado? Quais são os obstáculos e os elementos facilitadores do programa?
- O serviço atende à clientela ao qual está destinado? O serviço é referência de tratamento no território?
- É interessante que o CAPS seja organizador da rede? Como fazê-lo? Quem ou quais serviços de saúde devem realizar esta tarefa? Quais são as implicações disso? É tarefa possível para o CAPS?
- Como fica o CAPS na incumbência de ser a Porta de Entrada da saúde mental no território?
- A percepção compartilhada de que existe uma “ambulatorização” dos CAPS, indo além da concepção deste serviço como um ambulatório ampliado, é uma questão que tem sido vista como importante. Porque isso acontece? Queremos que seja diferente? Como?
- Quais são os fatores que determinam o fechamento de um serviço para novos atendimentos? O que é afinal a “saturação” de um CAPS? O que é o “minimamente aceitável” para que este trabalho tenha continuidade e que não seja necessário fechar as portas?
- O adoecimento de profissionais que estão bastante envolvidos com o serviço e a transferência (ou saída da saúde mental) de profissionais de grande qualidade na assistência, é evidência de problemas do serviço, indo além das preferências e problemas pessoais? Porque os profissionais têm um discurso à beira da desistência e/ou buscam soluções individuais deixando de trabalhar as questões do serviço na equipe?

Enfim, o campo da saúde mental, com a existência dos serviços tipo CAPS, traz uma série de questionamentos sobre a prática, que podem ser respondidos por um processo avaliativo. Buscam-se processos de avaliação que sejam sensíveis às práticas em andamento, que respeite as características do trabalho de cada equipe e que possa trazer subsídio para refletir sobre a assistência em curso. Para a realização de um processo

avaliativo de um serviço é fundamental conhecer o **contexto** em que se inscreve, contemplando o plano da **política** que dita as premissas de funcionamento e de **objetivos do serviço** de saúde mental. Importante, também, no sentido que alguns indicadores utilizados para acompanhar a assistência, assim como para avaliá-la, são fundamentados nas prerrogativas oferecidas pelo **programa**.

Em síntese, a avaliação em saúde mental busca a combinação de métodos **qualitativos** e **quantitativos**, assim como uma **abordagem participativa** dos diversos atores envolvidos na assistência. Buscando ir além da utilização de métodos qualitativos e quantitativos, é destacada a **interação do pesquisador com a instituição**, elegendo as relações do **cotidiano** como foco principal de apreensão sobre a assistência. Ao término deste capítulo, vamos apresentar a proposta metodológica desta pesquisa avaliativa, que privilegiará observação participante no cotidiano do CAPS, a coleta de dados quantitativos em registros oficiais e prontuários (referentes ao perfil da demanda e de ações do serviço) e qualitativos (referentes à discussão de casos com os profissionais).

2.2.6. Qual é o contexto em que está inserido o programa?

A presente pesquisa trata da avaliação de um serviço de saúde mental no município do Rio de Janeiro, mas este serviço está inserido na política nacional de saúde mental e nos planos estadual e municipal de saúde mental. Portanto cabe aqui uma delimitação destes planos em que se insere o serviço em questão. Podemos considerar um programa quando se encontra “um conjunto coerente, organizado e estruturado de objetivos, de atividades e recursos agrupados de maneira a oferecer serviços ou produtos específicos a uma população alvo” (PERRAULT & MERCIER, X: 416)¹⁶. Como a política e o programa nacional de saúde mental já foi exposto anteriormente, cabe aqui contextualizar brevemente os planos estaduais e municipais. Quanto ao serviço em si, será descrito enquanto estrutura e processo de trabalho, em capítulo posterior.

2.2.6.1. A saúde mental no Estado do Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro tem em seu território grandes hospitais psiquiátricos, manicômios públicos e privados (conveniados ao SUS). A transformação do modelo, redirecionado para a atenção comunitária extra-hospitalar, tem sido tarefa importante da Assessoria de Saúde Mental, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro,

¹⁶ Texto original em francês, tradução nossa.

abarcando um total de 92 municípios. É de sua responsabilidade, por exemplo, a execução do PNASH nas clínicas psiquiátricas e a partir de seus resultados propor pactuações de melhoria e transformação destas instituições. Segundo relatório de gestão, apresentado em 2004¹⁷, as ações da assessoria se compõem em três eixos, com ações específicas das quais vamos citar algumas:

- Eixo Político-jurídico-normativo: negociação permanente entre os gestores, formação de colegiado de gestores, negociações com a rede privada contratada, implantação de fóruns interinstitucionais, estabelecimento de agenda regular de prestação de contas públicas, publicação de instrumentos normativos de parâmetros para os processos de desinstitucionalização em curso.

- Eixo Ético-técnico: implantação de programa permanente de formação para o atendimento psicossocial (cursos de extensão, especialização, supervisões clínico-institucionais, ações de treinamento em serviço), implantação e aumento da rede de base comunitária, implantação do Programa Retorno ao Lar com sustentação em Residências Terapêuticas, padronização/consolidação do Sistema de Informação em Saúde Mental no estado, construção/pactuação de indicadores clínicos, epidemiológicos e de organização de serviços.

- Eixo Financeiro: alocação de recursos para a saúde mental, tendo em vista a transformação do modelo e conseqüentes mudanças nas formas de pagamento.

Além disso, a assessoria estadual tem tratado de intervenções em grandes hospitais psiquiátricos do Estado do Rio de Janeiro, como por exemplo, da Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi, em curso desde o ano 2000.

2.2.6.2. A saúde mental no Município do Rio de Janeiro

No município do Rio de Janeiro, em 1995, foi realizado o Primeiro Censo de da População de Hospitais Psiquiátricos¹⁸, que proporcionou a formulação de um programa municipal de reversão do modelo hospitalocêntrico em direção ao modelo comunitário. A partir disso foram planejados e implantados os primeiros serviços tipo CAPS nos bairros de

¹⁷ Assessoria de Saúde Mental/Superintendência de Saúde Coletiva/Subsecretaria de Estado de Saúde/Secretaria de Estado de Saúde/Serviço Público Estadual. Relatório de Gestão da Assessoria de Saúde Mental – 1999 a 2003. Apresentado em Fórum Estadual de Saúde no ano de 2004 (mimeo).

¹⁸ Ver Tenório (1996).

Irajá, Campo Grande e Santa Cruz, dando prioridade às áreas que tinham menos serviços assistenciais em saúde mental¹⁹.

O projeto de saúde mental do município do Rio de Janeiro tem como base a adequação das diretrizes nacionais à realidade carioca. Neste sentido, tem-se a buscado o aumento do número de serviços tipo CAPS espalhados pelo município seguindo as áreas vistas como prioritárias (do ponto de vista epidemiológico e da ausência de recursos assistenciais), assim como de projetos que visem a ampliação e a qualificação da rede de saúde mental. A meta de cobertura preconizada pela Organização Mundial de Saúde é de um serviço comunitário para cada 150 mil habitantes, em área urbana. Além do incremento do número de CAPS, a gestão municipal tem buscado implantar equipes de saúde mental em ambulatórios da rede de saúde, com a lotação de profissionais que compõem a atenção psicossocial nestas unidades. Para atender há mais de 6 milhões de habitantes, têm-se até o momento 11 CAPS, incluindo um CAPS ad (álcool e drogas) e dois CAPSi (infantil). Na área programática do CAPS Profeta Gentileza (AP 5.2) ele é o segundo CAPS, como veremos em capítulo posterior.

A organização não-governamental Instituto Franco Basaglia²⁰ (IFB) trabalha em parceria com a prefeitura. Essa ong busca formular ações estratégicas para promover os direitos de cidadania dos portadores de transtorno mental, atua no sentido da ampliação e consolidação da rede de saúde mental, fornece suporte técnico para consolidação de dados dos serviços e possibilita a contratação de profissionais para os CAPS, assim como do supervisor técnico. Esta instituição realiza **relatórios anuais** com dados sobre os CAPS do município, que são utilizados como **suporte** para o acompanhamento da assistência. Os dados são coletados nos serviços, sob a responsabilidade do coordenador de cada unidade, e enviados ao IFB que os consolida. Até então, há apenas um relatório disponível sobre o CAPS Profeta Gentileza.

Uma iniciativa interessante da gestão municipal de saúde mental para o acompanhamento da assistência é o recentemente implantado Sistema de Informações em Saúde Mental (SISME)²¹, visando especificamente o registro, o acompanhamento e o

¹⁹ Ver Fagundes (1999).

²⁰ Instituto Franco Basaglia (IFB): fundado em 1989, como instituição sem fins lucrativos, de utilidade pública municipal (lei 2351, 25/08/95).

²¹ <http://www.saude.rio.rj.gov.Br/sisme/relatorios>.

controle do faturamento das **internações psiquiátricas**. Este sistema de informações é um bom exemplo da complementaridade entre ações de controle e monitoramento da gestão e as práticas assistenciais no serviço, pois este instrumento já está sendo usado nos CAPS para acompanhar as internações psiquiátricas de sua região e para a tomada de decisões dentro dos serviços em função do número de pacientes internados de sua área de abrangência (com a ajuda do cargo recém criado de coordenadores de saúde mental para cada “área” da cidade, como a “Zona Oeste”).

O SISME permite construir relatórios numéricos sobre as internações no município, a partir de uma série de variáveis: idade, sexo, diagnóstico, bairro de moradia, período de internação, tipo de internação, tipo de leito, tipo de unidade, por nome de unidade e por Área Programática. Para cada uma das variáveis, o usuário do sistema delimita as variáveis e o período de tempo de interesse, de modo que o sistema produz um relatório numérico a partir das informações selecionadas.

É um instrumento criado pela gestão, cuja disponibilização para os serviços e os profissionais – como também para usuários e familiares – fornece instrumento para pensar e transformar suas práticas, e ao tornar público estes dados, possibilita que a sociedade em geral tenha dados disponíveis sobre a internação. Acreditamos que a implantação recente deste sistema de informações tenha sido um grande passo para o campo da atenção psicossocial, fornecendo informações sobre as internações que possam auxiliar na gestão e no trabalho assistencial dos serviços.

O “Encontro das Redes de Saúde Mental da Cidade do Rio de Janeiro”, ocorrido em dezembro de 2006, trouxe uma síntese do que tem sido feito pela coordenação municipal de saúde mental, na fala de Andréa da Luz Carvalho, que ocupou a Gerência de Programas de Desospitalização desta coordenação nos últimos anos. Segundo sua apresentação oral, ao longo dos últimos anos, foi realizado um trabalho com os **ambulatórios** do município no sentido do trabalho em rede e de seguir as direções da reforma psiquiátrica, considerando o acompanhamento e a continuidade do cuidado. O conjunto das discussões efetuado resultou em uma pactuação sobre o trabalho dos ambulatórios na rede saúde mental (acesso como sendo a escuta, grupos de recepção no ambulatório, trabalho em rede, etc).

O **Fórum** de saúde mental, de cada Área Programática do município, propicia o encontro dos vários serviços e profissionais que compõem as redes, tendo sido formalizado

no ano de 2003. São situações de discussões sobre várias questões da assistência, principalmente para a construção da atenção em rede. No Fórum da A.P.5.II, nos últimos três anos, foram discutidos de maneira sistemática a inter-relação **saúde mental e educação** (resultando em um pactuação que se tornou “guia” das ações, não deixando de ser uma normatização) e o **uso abusivo de psicofármacos** (resultando em material escrito sobre o assunto²²).

Quanto ao trabalho de apoio matricial do CAPS para os serviços e programas da atenção básica, foi apontado que o trabalho do Grupo de Apoio Técnico (GAT) tem sido importante, mas foi enfatizado que “o que faz diferença mesmo” é o **trabalho das próprias equipes de CAPS com as equipes de PSF e PACS**.

Cabe apontar aqui alguns elementos observados neste encontro em relação à situação atual da implantação do programa de saúde mental, a partir da fala do Coordenador Nacional, Dr. Pedro Gabriel Delgado. Estes tópicos podem ajudar a esclarecer o contexto atual da reforma no país. Partindo da constatação de que o país está no rumo da implantação de uma nova rede de saúde mental, consoante com as premissas do SUS e buscando trabalhar junto com a atenção básica, o coordenador nacional aponta dois caminhos futuros possíveis: continuar crescendo (ou seja, implantando serviços) ou “recuar um pouco e buscar o **aprofundamento da ação territorial** e de sua **efetividade**”²³. O país inaugura o CAPS número mil no início de 2007 e a partir de um cálculo complexo chegou-se ao número 1320, que seria o contingente de serviços deste tipo necessários para uma transformação estratégica na atenção em saúde mental, desde que em consonância com a atenção básica e realizando um trabalho territorializado em rede. Portanto, temos uma posição interessante: não há necessidade de contínua ampliação de instalação de novos serviços e sim de abordar a efetividade destes serviços.

O coordenador relata uma situação em que foi apresentado um mesmo caso clínico em serviços de várias cidades brasileiras onde a pergunta era: o caso é familiar ou estranho? O caso era basicamente o seguinte: o paciente passou por internação psiquiátrica, passou pelo CAPS e não foi atendido. A resposta geral é de que o caso é familiar, ou seja,

²² Secretaria Municipal de Saúde/Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde/Coordenação de Programas de Saúde Mental – *Uso Racional dos Psicofármacos* – Ano 1, vol 1/abril-junho 2006.

²³ Trecho de fala do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Dr. Pedro Gabriel Delgado, em palestra no “Encontro das Redes de Saúde Mental da Cidade do Rio de Janeiro”, em dezembro de 2006.

apresenta uma situação conhecida pelos CAPS. Esta experiência demonstrou que a questão é a **qualidade da assistência**, não a falta de serviços. A conclusão principal retirada de tal experiência é que “não basta crescer sem **uma clínica que se responsabilize pelo território**”. Portanto, a questão principal que ronda o momento atual da reforma psiquiátrica não é mais a expansão da rede nem o lugar de legitimidade da saúde mental no SUS, mas sim de fazer um **“estudo mais analítico da articulação que estes CAPS fazem no território”**.

A questão não é mais o acesso em si, mas sim “a qualificação deste acesso”. Interessa, portanto, para o atual momento da reforma, investigar o trabalho dos CAPS para saber como lidam com a crise, com situações emergenciais, como constroem uma rede de saúde mental no território, principalmente como se articulam à atenção básica, como acompanham os pacientes, etc. Desta forma, o momento atual da reforma psiquiátrica indica claramente a relevância de pesquisas avaliativas nos serviços, com o objetivo de adentrar no cotidiano do CAPS e investigar a qualidade da assistência.

Como veremos mais adiante na delimitação da metodologia adotada por essa pesquisa avaliativa, é justamente a qualificação do acesso que guia o processo de investigação: o acolhimento nos CAPS. Trata-se da estratégia dessa pesquisa avaliativa para abordar a qualidade da atenção psicossocial, no sentido de levar em conta o modo de lidar com o fenômeno da loucura logo no momento em que a demanda de atendimento se apresenta, privilegiando o primeiro encontro entre serviço e população, profissional e usuário.

2.2.7. Quais são as medidas, critérios e normas existentes?

Neste item vamos apresentar as medidas que tem sido utilizadas pela gestão para acompanhamento e monitoramento da assistência em saúde mental. Como foram anteriormente apresentados os critérios e indicadores das pesquisas em avaliação, cabe agora apontar as medidas utilizadas pela gestão (nacional e municipal). Veremos que nem todos os itens são necessariamente critérios e indicadores de qualidade, como a avaliação pretende, mas são medidas numéricas que apontam para uma verificação e normatização da assistência. Veremos, também, que alguns indicadores e taxas ainda não foram construídos e implementados, sendo por enquanto sugestões.

O objeto da presente pesquisa é a avaliação de um serviço e não de programa, mas como o serviço está inserido em um programa de saúde governamental, cabe aqui elencar as formas de acompanhamento que a política e a gestão em saúde mental trazem, no sentido de pontuar quais são os indicadores utilizados.

A avaliação de programa, segundo Mecier (1990) em síntese feita a partir de muitas definições que já fora propostas, segue um esquema que conta com componentes, tipos e finalidades. A avaliação de programa seria o acompanhamento sistemático de dados, funcionamento e efeitos de um programa para proporcionar a melhor tomada de decisões, para melhorar o funcionamento ou a eficácia e desenvolver os conhecimentos. A coleta de dados pode ser realizada nos três níveis que comportam a avaliação: estrutura, processo e resultado. A avaliação, como tarefa da gestão, é feita de maneira regular para acompanhamento das ações e do desenvolvimento destas a partir do que havia sido previsto, acompanhando a clientela atendida. Esta avaliação da gestão tem função normativa e administrativa, difere da pesquisa avaliativa e sua proposta de se aproximar da assistência e ver como o trabalho é realizado.

Para esta pesquisa, interessa destacar quais são as medidas utilizadas pela gestão para o acompanhamento da assistência, em vários níveis. Vamos descrever a seguir as medidas e normas produzidas pela gestão nacional e local (Rio de Janeiro) a partir de suas divulgações disponíveis. Como já explicitamos anteriormente, não buscamos com isso reificar uma “corrida aos indicadores” (Barreto, 2005), mas apenas realizar um passeio pelos mesmos, de modo que possamos reunir o conjunto de critérios, parâmetros, taxas e indicadores epidemiológicos, governamentais e acadêmicos para avaliar as políticas, programas e serviços de saúde mental.

2.2.7.1. As medidas da coordenação nacional de saúde mental

Em relação às medidas e critérios utilizados pela gestão nacional de saúde mental, podemos ter como referência a revista eletrônica “Saúde Mental em Dados”, produzida pelo Ministério da Saúde, de publicação trimestral, cujo principal objetivo é “reunir os principais dados da área e tomá-los como instrumento de gestão, identificar os principais desafios e construir estratégias para garantir a acessibilidade e a qualidade dos serviços da

rede”²⁴. Os dados são produzidos em parceria com o fornecimento de informações dos estados e municípios, com as informações de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) no banco de dados DATASUS e aquelas do Banco de dados Nacional SAI/SUS. Segue a baixo a lista de informações produzidas à época (julho de 2006):

- **Os CAPS:** por tipo CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad, em relação à cobertura populacional, por estado da federação, expansão ao longo dos anos, financiamento, permanência no acolhimento noturno em CAPS III. Total de 882 serviços tipo CAPS. A rede de CAPS teve significativa expansão nos últimos anos, que tem mudado o quadro da saúde mental pública no país. Dificuldade de acompanhar o acolhimento noturno em regime CAPS III, pela dificuldade de cobrança da AIH por procedimento ambulatorial (acolhimento integral em CAPS III).

- **As Residências Terapêuticas:** número por estado, expansão e financiamento; Residências Terapêuticas em implantação no país, aumento significativo desde o ano 2002, com 426 implantadas até julho de 2006, com 2100 moradores; e ausência de residências terapêuticas na região norte;

- **Programa de Volta para Casa:** número de beneficiários por estado. Total de 2241 beneficiários no país, sendo que tem pessoas cadastradas para receber o benefício ainda suspenso por diversas razões, como, por exemplo, não terem dados bancários. O número de beneficiados é considerado pequeno se comparado com a quantidade de municípios já habilitados para o Programa.

- **Inclusão Social pelo Trabalho:** a partir do Cadastro de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST), iniciativas em parceria com a secretaria nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, com 230 pessoas cadastradas.

- **Centros de Convivência e Cultura:** por números nos estados que os tem; total de 36.

- **Ambulatório de Saúde Mental:** número por estado. Total de 390. Este dado é considerado defasado.

²⁴ Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Coordenação de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados, Ano I, (2), janeiro – junho de 2006.

- **Incentivos para implantação da rede de atenção psicossocial:** valores em reais. A ausência de repasse e solicitações para CAPS III revela a dificuldade de expansão deste tipo de serviço mais complexo.
- **Assistência Hospitalar:** leitos SUS por mil habitantes por estado, rede pública, privada e filantrópica, financiamento, redução de leitos, internações psiquiátricas (por: morbidade, média de permanência, estado, sexo, idade), porte de hospitais. Os leitos privados representam cerca de 60% dos leitos de psiquiatria no país. Redução dos leitos psiquiátricos desde o meio da década de 1990 até o ano de 2005. As internações são 64% masculinas, com pico entre 35 e 44 anos. Migração de leitos psiquiátricos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte, sem criação de novos leitos ou novos hospitais. Contínua redistribuição de recursos, com investimento constante nas ações extra-hospitalares, “esta proporção é um dos principais indicadores da macro-política do processo de Reforma Psiquiátrica” (BRASIL, DADOS, 2006:34).
- **Formação Permanente:** número de curso e alunos por estado. Total de 87 cursos e 8184 alunos, entre os anos de 2002 e 2005.
- **Mortalidade:** por idade e estado. A proporção de mortalidade é maior a partir dos cinquenta anos.

A apresentação destes dados produzidos pela coordenação nacional de saúde mental traz as variáveis utilizadas para acompanhar a assistência e fornece um panorama da assistência psiquiátrica brasileira atualmente, acompanhado de **apreciação de valor**.

Como critérios e medidas produzidos para o acompanhamento do programa nacional de saúde mental temos números que respondem à quantidade de serviços e pessoas que participam de determinados programas. A partir da exposição destes dados nacionais podemos agrupar as características e os indicadores aí utilizados:

- **Perfil de quantidade e expansão da rede** comunitária de saúde mental por tipo (CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência), e quantidade de pessoas inseridas em Programas (de Volta Para Casa, Inclusão pelo Trabalho, Formação Permanente).
- **Perfil da clientela das internações** (sexo, idade, diagnóstico) e perfil do uso de internações por estado.

-Perfil de utilização de leitos psiquiátricos.

-Indicador de redução progressiva dos leitos psiquiátricos e Indicador de porte de hospitais (migração para hospitais de pequeno porte).

- Indicador de cobertura: CAPS por 100 mil habitantes.

Os resultados fornecem um perfil da clientela e da utilização dos serviços e programas. O agrupamento de alguns dados permite a formação de indicadores com a aferição de valor sobre o programa, como no caso da migração de leitos para hospitais de pequeno porte e da expansão da rede de serviços comunitários.

2.2.7.2. As medidas do Tribunal de Contas da União (TCU)

Ainda com a finalidade de expor os indicadores e medidas utilizadas para o monitoramento da assistência, cabe aqui examinar um documento governamental recente, produzido pelo Tribunal de Contas da União/TCU (Brasil, 2005)²⁵, órgão regulador das finanças públicas. Essa instituição governamental tem realizado avaliações de programas de governo, em diferentes áreas (saúde, mas também educação, justiça, etc) e por meio de seu relatório e intervenções disseminado uma concepção segundo a qual cabe aos gestores das políticas públicas **potencializar a prestação de contas sobre seu trabalho**, aumentando paulatinamente o grau de responsabilidade sobre suas ações (*accountability*). Os auditores realizaram uma apreciação das políticas públicas de saúde mental, dita “Programa de Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos” no relatório do TCU. Um dos resultados dessa auditoria é a **produção de indicadores** de avaliação, algo que contemple os objetivos da política pública e possa fornecer parâmetros para controlar o financiamento das ações governamentais junto aos portadores de transtorno mental, regulando assim a difícil e nem sempre transparente equação entre aplicação de recursos públicos e o impacto sobre as condições de saúde da população.

Tradicionalmente, antes da reforma psiquiátrica, tomava-se o número de leitos psiquiátricos como principal índice da assistência psiquiátrica. Vê-se no relatório do TCU como, apesar das tentativas de modificar esse critério para avaliar a oferta de atendimento

²⁵ Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório de avaliação de programa: Ações de Atenção à Saúde Mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos / Tribunal de Contas da União. Relator Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2005. (disponível em www.tcu.gov.br/avaliacaodeprogramasdegoverno)

em saúde mental, ele ainda é vigente, já que a comparação do Brasil com outros países se dá por meio dele. Chega-se mesmo a produzir um mapa-múndi com gradações entre os países, relativas a número de leitos psiquiátricos. Além disso, justifica-se a importância desse critério com um dado estatístico espantoso: 65% dos leitos hospitalares no mundo estão dentro de hospitais psiquiátricos.

A **diminuição de leitos** e a **diminuição do tempo** de permanência internado aparecem como **parâmetros de desospitalização** no contexto da reforma psiquiátrica, mas eles são considerados insuficientes pelos auditores, tendo em vista essa transição de um modelo hospitalocêntrico para um dito comunitário de atendimento²⁶. A partir dessa constatação, os auditores apontaram a necessidade de construir novos critérios de avaliação do programa.

O relatório traz uma **proposição** de planos de ação contendo o conjunto de metas correspondentes aos indicadores de desempenho recomendados. São estes indicadores: Percentual de gastos com internações por transtornos mentais em relação ao valor total gasto em saúde mental no SUS; Percentual de egressos de internação psiquiátrica acompanhados pela rede extra-hospitalar; Número de leitos psiquiátricos por mil habitantes; Taxa de cobertura de residências terapêuticas; Taxa de cobertura dos auxílios do programa De Volta Para Casa; Taxa de adesão dos beneficiários dos CAPS; Taxa de adesão de familiares; Taxa de visitas domiciliares; Índice de satisfação dos familiares e beneficiários dos serviços; Índice de dias perdidos em função de internações hospitalares; Número de pessoas com sofrimento psíquico atendido pela atenção básica; Taxa de equipes matriciais de saúde mental implantadas; Mobilidade dos pacientes nos projetos terapêuticos mais intensivos de acompanhamento para outros menos intensivos nos CAPS.

Além disso, segundo os auditores, a falta de um sistema integrado de informações, algo que ofereça mais dados além daqueles relativos aos leitos, precariza em muito o planejamento e gestão da política pública de saúde mental. Ou seja, embora haja parâmetros, eles são considerados inadequados; os próprios dados disponíveis não pertencem a um sistema informatizado integrado; os parâmetros inadequados não condizem com os novos objetivos governamentais, mas são utilizados para uma comparação mundial.

²⁶ Os principais autores que utilizam tais indicadores são os próprios gestores, como se pode ver em Alves (1996;2001) e Delgado (2001a e b), o primeiro ex-gestor federal do programa de saúde mental e o segundo atual gestor.

Como podemos observar os indicadores propostos pelo TCU são taxas ou índices numéricos, cujo padrão ainda não está definido. Ou seja, faz-se uma taxa percentual de visitas domiciliares, mas ainda não está definido qual o número pretensamente adequado. As sugestões do TCU também incluem índice de satisfação. Devemos lembrar que o campo de pesquisa em avaliação de saúde mental já demonstrou que os índices de satisfação estão sempre altos, já tendo sido explicitado as limitações do uso deste critério para avaliar a qualidade da atenção. Só podemos compreender a insistência em utilizá-lo na medida em que não se produziu nada melhor, diante do imperativo de avaliar os CAPS, utiliza-se aquilo que é possível, mas não necessariamente adequado.

2.2.7.3. As medidas da coordenação municipal de saúde mental

Em relação às medidas e critérios utilizados pela administração e gestão dos serviços tipo CAPS no município do Rio de Janeiro, podemos destacar duas fontes: os dados consolidados pelo IFB e a recente proposta da coordenação de pactuar um plano de metas para os serviços, mesmo que ainda não efetivada.

O IFB, trabalhando em parceria com a secretaria municipal de saúde, fornece anualmente um relatório com dados quantitativos da clientela referida aos serviços tipo CAPS, juntamente com apreciações de cada supervisor técnico das unidades. Estas informações são coletadas em cada serviço, sob responsabilidade dos coordenadores, com planilhas específicas para a tarefa e são compilados em conjunto pelo IFB²⁷. Estes dados são relativos apenas aos pacientes matriculados e são consolidados separadamente por cada serviço (CAPS). A seguir, citamos as variáveis utilizadas: número de pacientes matriculados; sexo; idade; hipótese diagnóstica (CID X); escolaridade; existência ou não de internação anterior ao tratamento no CAPS; número de internações anteriores; existência de internações posteriores; tempo no serviço (em anos, até um ano, até cinco meses); pela APAC: intensivo, semi-intensivo, não intensivo; número de pacientes internados por ano; média de pacientes em situação de internação (por mês); duração aproximada das internações (por mês); frequências de internação por hospitais mais utilizados por pacientes de CAPS.

²⁷ Para a apreciação da relação entre a SMS e o IFB ver RIETRA, Rita de Cássia Paiva. Inovações na Gestão em Saúde Mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, 1999.

Como um panorama geral, temos, por exemplo, que em 2004, quando o município contava com nove CAPS, sendo três deles implantados recentemente, um total de 1758 pacientes estavam matriculados no conjunto dos serviços²⁸. É a partir destas variáveis que a assistência em saúde mental nos CAPS é acompanhada pela gestão e é a partir destes dados que se pode ter um panorama do perfil dos pacientes atendidos e do impacto nas internações em relação ao tratamento no serviço.

Além do IFB, há uma proposta – ainda não implementada – de acompanhamento da assistência e de pactuação de metas proposta pela coordenação municipal de saúde mental, importante de ser contemplada aqui, pois traz a proposição de alguns indicadores da assistência. Segundo esta proposta, segue a apresentação de números que os CAPS deveriam ter como meta²⁹:

- Realizar de 20 a 40 atendimentos de primeira vez (Grupo de Recepção/SPA);
- Manter a taxa de acompanhamento de pacientes em modalidade de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo de 70% a 100% da capacidade prevista na portaria PM 189/02;
- Manter a taxa de internação em hospitais psiquiátricos em até 10% dos clientes matriculados;
- Manter a taxa de adesão ao tratamento em no mínimo 80% dos clientes matriculados;
- Manter a taxa de no mínimo 20 contratos/mês para interlocução com os equipamentos existentes no território.

Juntamente com a busca por uma pactuação de metas com os serviços do tipo CAPS, há a proposição de indicadores de avaliação de CAPS, que seguem os indicadores de qualidade da saúde, a partir dos princípios do SUS (acessibilidade, equidade, base territorial, efetividade, integralidade e continuidade do cuidado), com especificidades para a

²⁸ Instituto Franco Basaglia. Relatório de assessoria técnica do convênio IFB/CAPS-SMS-RJ: Consolidação de serviços municipais de atenção psicossocial nas regiões de Bangu, Campo Grande, Guadalupe, Inhoaíba, Irajá, Olaria e Santa Cruz. Rio de Janeiro, 2005. (mimeo).

²⁹ Plano de Metas, Coordenação de Saúde Mental SMS/RJ, *apud* Projeto de Pesquisa “Avaliação de Serviços de Saúde Mental: Análise da Integração dos Centros de Atenção Psicossocial –CAPS– com a rede de cuidados em Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro” (FAPERJ/SUS), Instituto de Psiquiatria (IPUB/UFRJ), Programa de Saúde Mental (SMS/RJ) e Instituto Franco Basaglia (IFB), coordenação: Professora Maria Tavares Cavalcanti, 1995, página 06.

saúde mental³⁰. Esta proposta de avaliação formularia indicadores de qualidade para os critérios identificados na saúde mental. Podemos destacar aqui alguns exemplos:

- Indicadores para o critério de **desinstitucionalização**: com a averiguação de pacientes internados e a identificação de qual **acesso** estes têm aos serviços substitutivos;
- Taxa de **interlocação**: a partir da base territorial, quais os serviços que estão disponíveis no território e que **tipo de interlocação** o CAPS tem com estes equipamentos, no sentido da meta de 20 interlocações/mês;
- Taxa de **internação** em hospitais psiquiátricos (ainda a ser qualificado);
- **Visitas domiciliares** por usuário matriculado; discussão sobre a importância de que todos os pacientes recebam pelo menos uma VD, para que o serviço conheça suas realidades;
- **Satisfação**; inclusive com a pergunta “**você indicaria o serviço para outra pessoa?**”;
- Número de pacientes no **ensino** formal;
- Inclusão em **benefício social** (bolsas, etc);
- **Continuidade do cuidado**, seria averiguada por **taxa de adesão, taxa de abandono, taxa de adesão dos familiares** (sendo a meta de 50% dos matriculados, o que seria ter uma vez por mês contato do serviço com as famílias).

A apresentação desta proposta de avaliação e de pactuação de metas, por parte da coordenação, foi formulada no sentido de criar mecanismos de acompanhamento da assistência e de justificar o serviço a partir de sua produção. A proposta seria consolidada em seus indicadores e o acompanhamento seria mensal, com reavaliação das metas a cada quatro meses.

Em relação dados de acompanhamento da assistência pela gestão local de saúde, com a compilação de dados referentes aos serviços tipo CAPS do município, apresenta características da clientela e do uso da internação:

- **perfil da clientela matriculada nos CAPS** (número de pacientes matriculados, sexo, idade, hipótese diagnóstica, escolaridade, existência ou não de internação anterior ao tratamento no CAPS, número de internações anteriores, existência de internações posteriores, tempo no serviço, modo de utilização - intensivo, semi-intensivo, não intensivo);

³⁰ Proposta apresentada por Madalena Libério, da Coordenação de saúde Mental da Secretaria Municipal de saúde, no CAPS Profeta Gentileza, em reunião com a equipe do serviço no dia 17/02/05. Anotações nossas.

- **características de uso das internações psiquiátricas** (número de pacientes internados por ano, média de pacientes em situação de internação, duração aproximada das internações, frequências de internação por hospitais mais utilizados por pacientes de CAPS).

Já a proposta de formulação de metas e de indicadores para os CAPS pretende fornecer taxas e indicadores de qualidade para os serviços com o objetivo não só de acompanhar com mais detalhes a assistência, mas de **possibilitar uma apreciação de valor** em relação à qualidade das ações, além de produzir metas para cada unidade. Desta proposta podemos destacar: indicador de desinstitucionalização; taxa de interlocução com a rede, que poderia fornecer um indicador de integração da rede; indicador de inclusão social (ensino formal e benefício); indicador de continuidade do cuidado; taxa de situação de internação.

Estes indicadores possibilitariam uma aferição de valor sobre o trabalho de cada CAPS, seguindo as premissas normativas que os formam, como a desinstitucionalização, a articulação de uma rede de saúde mental no território, a inclusão social dos usuários, o acompanhamento da trajetória de vida da clientela e a situação de utilização da internação hospitalar.

No conjunto dos dados quantitativos produzidos pelas gestões nacional e municipal de saúde mental temos basicamente a construção de um perfil da clientela, utilização das internações, com algumas informações que permitem aferições de valor sobre a assistência. Com estes dados é possível ter uma fotografia dos serviços. Tem-se, então, a partir das indicações normativas do programa e das características da assistência em saúde mental, a proposição de alguns indicadores de qualidade:

- Produzidos a partir dos princípios do SUS, pautados pela constituição (descentralização da gestão, participação da comunidade, atenção integral –preventivo mais que curativo) e na lei 8080 (universalização da assistência, responsabilização e hierarquização dos serviços, equidade). Os itens de referência são: equidade, acessibilidade, efetividade, integralidade, continuidade do cuidado;

- As premissas do serviço tipo CAPS: referência de tratamento no território sendo porta de entrada e ordenador da rede, o trabalho de desinstitucionalização, o trabalho com familiares e comunidade, incluir ações de saúde mental na atenção básica, prioridade de tratamento

para transtornos mentais severos e persistentes, proteção e promoção de direitos, o não isolamento e sim a convivência na família e na comunidade, redução de internações e manutenção em comunidade.

Abaixo segue um quadro de agrupamento dos indicadores e itens utilizados pelas gestões nacional e municipal de saúde mental, com a inclusão das propostas trazidas pelo TCU e pela coordenação municipal. O objetivo do quadro é favorecer a visualização do conjunto destes itens.

Por questões operacionais da apresentação do quadro, foram excluídos, apesar de sua grande relevância, os itens em utilização pelo SISME, da gestão municipal, referente às internações psiquiátricas; como apresentado acima, este sistema permite a formulação de relatórios sobre as internações psiquiátricas do município. Foi decidido deixá-lo de fora do quadro por se tratar de dados referentes exclusivamente à internação psiquiátrica. No quadro será apenas citado o sistema de informações quando referentes à internação, sem descrever os itens utilizados.

Na primeira coluna temos os serviços e/ou programas aos quais os itens e indicadores são atribuídos; na segunda coluna vêem aqueles utilizados pela coordenação nacional de saúde mental; na terceira coluna aparecem os indicadores utilizados pelo Relatório do TCU (em itálico aparecem as sugestões feitas a partir da conclusão deste relatório); na terceira coluna estão os indicadores e itens utilizados pelo IFB; e, na quarta coluna encontramos as propostas de avaliação da coordenação municipal (em itálico). Portanto, o que está em itálico são propostas ainda não efetivadas. É importante lembrar que nem tudo aquilo que aparece nas colunas são indicadores propriamente ditos, muitas vezes são itens selecionados para a produção de taxas e/ou índices.

Tabela 1: Conjunto de indicadores e taxas reunidos a partir das propostas governamentais de monitoramento da assistência em saúde mental

Serviços e programas de referência	Indicadores nacionais (coordenação nacional SM)	Indicadores do TCU	Indicadores do IFB	Indicadores do Município
Rede de CAPS	Frequência, expansão da rede, financiamento (valor).	Frequência, evolução, cobertura por 100 mil habitantes, gasto (valor) e sua evolução.	Frequência, expansão.	
CAPS III	Frequência, média de permanência no acolhimento noturno.			
Ambulatório de saúde mental	frequência			
Internação	Perfil (por sexo, idade, morbidade), frequência, média de duração.	Valores por procedimentos hospitalares. Prazo médio de permanência hospitalar. <i>Índice de dias perdidos em função de internação hospitalar</i>	Frequência e duração de internação	Dados do relatório do SISME. <i>Frequências de internação (até 10%).</i>
Internação (gastos)	Valores gastos	<i>Percentual de gastos com internações</i>		
Leitos psiquiátricos	Perfil dos leitos (frequência, natureza), taxa de leitos por mil habitantes, Redução de leitos).	Relação número de leitos por mil habitantes, evolução do número de leitos, Número de AIH psiquiátricas. <i>Número de leitos psiquiátricos por mil habitantes.</i>	Frequência de internação em hospitais mais utilizados	Dados do SISME
Hospitais	Frequência de leitos psiquiátricos em hospital geral e porte			Dados do SISME
Residência terapêutica	Frequência de RT, frequência de moradores, expansão da rede, valores	Evolução de valores de procedimentos. <i>Taxa de cobertura de Residências Terapêuticas.</i>		

De Volta Para Casa	Frequência por UF	Frequência por UF, meta de cobertura. <i>Taxa de cobertura do Programa de Volta Para Casa.</i>		
Adesão do usuário/continuidade do cuidado		<i>Taxa de adesão dos beneficiários de CAPS.</i>		<i>Taxa de adesão dos usuários (meta de 80%).</i>
Adesão do familiar		<i>Taxa de adesão de familiares.</i>		<i>Taxa de adesão de familiares (por frequência de contato com o serviço).</i>
Visita domiciliar		<i>Taxa de visitas domiciliares.</i>		<i>Frequência de visita familiar por paciente.</i>
Satisfação		<i>Índice de satisfação (usuários e familiares)</i>		<i>Índice de satisfação.</i>
Desinstitucionalização		<i>Percentual de egressos de internação em acompanhamento na rede extra-hospitalar.</i>		Dados do SISME. <i>Desinstitucionalização.</i>
Relação CAPS e Atenção Básica		<i>Número de pessoas com sofrimento mental atendidas (ou encaminhadas) pela atenção básica.</i>		
Equipe Matricial de saúde mental		<i>Taxa de equipes matriciais de saúde mental implantadas.</i>		
Modalidade de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo)		<i>Mobilidade de usuários dos projetos terapêuticos mais intensivos para os menos intensivos nos CAPS.</i>	Frequência de usuários	
Perfil da clientela			Perfil sócio-demográfico de usuários	Dados do SISME (perfil da clientela das internações)
Acolhimento, Porta de Entrada				<i>Frequência de acolhimentos (primeiro atendimento).</i>
Acompanhamento de paciente				<i>Acompanhar número de usuários prevista na portaria (capacidade do serviço). Taxa de abandono e adesão.</i>

Rede de serviços				<i>Taxa de interlocução com outras instituições.</i>
Benefício social				<i>Inclusão por benefício social.</i>
Serviço tipo Centro de Convivência	Frequência			
Formação permanente	Frequência de cursos e de alunos	Instituições, modalidades de formação e número de profissionais (alunos).		
Inclusão pelo trabalho	Frequência de programas	Frequência de programas		
Atividades desenvolvidas nos CAPS		Porcentagem de tipo de atividades (atendimentos individuais, de familiar, de grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias)	Frequência de participação dos usuários matriculados.	
Programa de saúde mental	Valor e percentagem para ações (extra-hospitalar e hospitalar)	Execução orçamentária passada e previsão futura (valores)		

Podemos observar que nem todos os itens agrupados são indicadores; muitas vezes são dados que formam o perfil da clientela ou a frequência de uso dos serviços (tipo CAPS e hospitalares). São importantes aqui porque compõem o conjunto de informação sobre a assistência.

Também é importante lembrar que a maioria dos critérios utilizados tem como objetivo o monitoramento da eficácia das ações do programa, são índices de avaliação do nível macro (da política de desinstitucionalização, redução da utilização da internação em direção às ações extra-hospitalares, programas de inclusão social e de formação permanente). Já os dados do IFB apresentam um perfil da clientela por serviço, assim como a utilização do dispositivo de internação, podendo então ser incluído no nível macro, mas também no médio, no sentido que fornece dados sobre os serviços. Da mesma forma, os

dados produzidos pelo SISME são tanto do nível macro de abordagem como do nível médio, na medida em que contempla a possibilidade de recorte da região, ou seja, do território de abrangência das CAPS. As propostas de avaliação da coordenação municipal seriam indicadores do nível macro da assistência, no sentido do monitoramento da política e do programa, mas também poderiam ser considerados de abordagem do nível médio, na medida em que traga taxas por serviço como, por exemplo, a frequência de acolhimentos.

Devemos observar, ainda, que os indicadores e resultados de taxas apresentados pelo TCU são provenientes das mesmas fontes que estes produzidos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, portanto, nota-se que todo os itens que estão no primeiro aparecem necessariamente no segundo. Entretanto, o relatório do TCU faz propostas de indicadores de desempenho, que como pode ser visto tem relação com as proposições feitas pela coordenação municipal.

Podemos utilizar algumas observações contidas no Relatório do TCU como um panorama das informações disponíveis, em nível nacional, sobre a assistência em saúde mental. Foi enfatizado o fato já conhecido em relação da insuficiência de dados para o monitoramento da assistência em saúde mental e afirmado que “os poucos indicadores de desempenho mostram-se insuficientes para uma avaliação mais aprofundada do desempenho das ações” (...) e que “para a maioria dos indicadores, não há disponibilidade de dados gerenciais atualmente, tornando-se imprescindível que sejam coletados dados, por meio de sistema de informação em saúde mental, a ser utilizado nas três esferas de governo” (BRASIL, TCU, 2005:78). As coletas de informação com gestores municipais, estaduais e coordenadores de CAPS, deixou claro que não há dados tabulados e nem indicadores de desempenho que permitam o monitoramento, o planejamento, regulação, controle e avaliação da prestação de serviços (BRASIL, TCU, 2005:70). O relatório também observa que, por falha no sistema de informação, não é possível saber o número de pessoas atendidas, somente o número de procedimentos, tanto das internações como das ações extra-hospitalares. Assim, sabe-se que houve um decréscimo do número de internações, mas não se sabe quantas pessoas representam o número de internações.

2.2.7.4. Critérios sugeridos e utilizados em pesquisas de avaliação

A partir da revisão da literatura sobre a avaliação da qualidade em saúde mental, tem-se que os indicadores comumente utilizados e que possuem instrumento validado para

tal são: autonomia, satisfação, qualidade de vida, competência social do psicótico. Estes são utilizados como indicadores indiretos de qualidade do serviço, avaliando o que se espera como resultado da assistência. A literatura sugere ainda a formulação de outros indicadores, como: intercomunicação com outras instituições para a constituição de uma rede, o exame na equipe da prática da interdisciplinaridade, o papel de referência do serviço no território. Como já visitamos estes indicadores, cabe aqui apenas apresentá-los em um quadro para melhor visualização.

Tabela 2: Conjunto de indicadores e critérios apresentados por pesquisadores da avaliação em saúde mental

Critério / Indicador	Autor
Acesso aos serviços e organização dos serviços	Perreault et al (2001)
Acompanhamento / seguimento da trajetória de vida do usuário	Goldberg (1996)
Autonomia do usuário / Gerenciamento de si próprio	Goldberg (1996); Delgado e Venâncio (2000)
Competência social do usuário	Bandeira (1998;1999)
Disponibilidade do profissional	Cavalcanti (1997)
Implicação dos familiares no tratamento	Perreault et al (1999)
Integração da rede de saúde mental	Cavalcanti (2005)
Interdisciplinaridade no trabalho em equipe	Carvalho e Amarante (1996); Vasconcelos (1995)
Melhora percebida com o tratamento	Mercier et al (2004)
Qualidade da relação profissional-paciente	Gerber et Prince (1999); Ruggeri et al. (1995)
Qualidade de vida	Bandeira (1999)
Satisfação do usuário, do profissional e do familiar	Libério (1999); Cadilhe (1997); Souza Filho e Cavalcanti (1996, 1998); Larcen et al., (1979); Ruggeri et Dall'Angola (1993)
Satisfação frente às informações recebidas sobre os serviços e os tratamentos	Perreault et al. (2003)
Sobrecarga do trabalhador	Bandeira (1999)

Esse conjunto de critérios apontados na literatura do campo da saúde mental tem em conta uma série de atributos da atenção psicossocial, como acesso, continuidade, territorialidade, trabalho em rede, interdisciplinaridade, convivência e promoção de direitos. Assim, não se trata de um indicador de qualidade desvinculado de parâmetros governamentais normativos, no sentido de que as propostas “acadêmicas” muitas vezes se coadunam com as normas segundo as quais se espera que a atenção psicossocial seja conduzida.

No que tange à pesquisa avaliativa no CAPS Profeta Gentileza, consideramos relevante às tabelas anteriores – tanto os indicadores governamentais quanto os acadêmicos – para perceber o quanto esses critérios se atualizam no cotidiano do serviço, segundo o valor atribuído pelos próprios profissionais às suas práticas. Além disso, eles se fazem necessário também para a pesquisadora conduzir o próprio processo avaliativo. Como já apontamos anteriormente, acesso e acolhimento serão estratégias privilegiadas para avaliar as práticas de atenção psicossocial no serviço estudado.

2.2.8. Quais são as questões desta avaliação?

Esta é a última questão proposta por M. Perrault para o delineamento da pesquisa avaliativa. Vamos descrever neste item, enfim, quais são as questões da presente proposta de realização de um processo avaliativo no CAPS Profeta Gentileza, para realizar o delineamento metodológico a ser efetivado. Há uma série de questões em relação ao trabalho assistencial no CAPS no sentido de trazer informações sobre como funciona o serviço na atualização das práticas em saúde buscando os objetivos propostos pela atenção psicossocial. Vamos destacar itens e/ou atributos da prática e as questões correspondentes, que irão pautar o trabalho de pesquisa no CAPS.

Acesso ao serviço

Quem procura o serviço? Quais são as características do serviço e do território que são apontadas como “facilitadoras” e “dificultadoras” do acesso? Como é feito o acolhimento, com o princípio de acolher o sofrimento? Quais são as respostas oferecidas pelo serviço às demandas apresentadas? Pra tal, é importante realizar estudo sobre o **perfil da clientela acolhida**, assim como das **características do território e do serviço**, mas o fundamental é investigar **como o acolhimento é realizado**, no sentido de se aproximar das práticas em ação e das relações entre a clientela que procura atendimento e as definições de tratamento propostas pelos profissionais. Como indicou o coordenador nacional de saúde mental, citado acima, o importante não é o acesso em si, mas a **qualidade do acesso**. Portanto o dispositivo **acolhimento** é o foco de investigação para a questão do acesso e sua qualidade.

Porta de entrada do território e referência de tratamento em saúde mental

O que significa o CAPS ser porta de entrada para a demanda em saúde mental do território? Como isso se efetiva na assistência do CAPS? Como a equipe do CAPS trabalha

no sentido de tornar-se referência de tratamento em saúde mental para uma determinada população? Para buscar elementos que indiquem o lugar do CAPS como porta de entrada, é preciso investigar a **origem do encaminhamento** dos pacientes que chegam ao serviço, como também o **destino do encaminhamento**, ou seja, a definição que a equipe faz da indicação do local adequado para o tratamento.

O CAPS como ordenador da rede

O que significa ser ordenador da rede? Quais são as ações efetuadas pela equipe neste sentido? Quais são as maneiras de interlocução entre os serviços que compõem a rede de saúde mental do território? Quais são as formas de trabalhar em conjunto com a atenção básica, PSF/PACS? Para buscar a compreensão de como é atualizado nas práticas institucionais o lugar que o CAPS deve ocupar como ordenador da rede, é necessário investigar como o serviço realiza **interlocução** com outras unidades e programas; assim como estudar como o CAPS se posiciona diante dos outros serviços, no sentido de adquirir autoridade e legitimidade na condução dos casos. Um item importante desta etapa é investigar o **trabalho do CAPS com a atenção básica**, premissa colocada como base fundamental da possibilidade de atenção no território.

Perfil da clientela de CAPS

Quais são os critérios que a equipe utiliza para a classificação de qual é o paciente que tem ‘perfil’ para o serviço e qual deve ser encaminhado? Estas questões são primordiais em um serviço tipo CAPS, criado para atender à clientela dita “grave”. Portanto, é importante investigar as categorias utilizadas pelos profissionais para definir o paciente que deve se tratar no CAPS, ou seja, quem deve ser matriculado.

Acompanhamento

Como se acompanha a trajetória de vida dos usuários? Tendo como premissa normativa o acompanhamento da clientela, interessa investigar **como** a equipe realiza esta tarefa. Através de quais práticas assistenciais o acompanhamento é realizado? Como é a relação profissional-paciente? Quais são os vínculos entre a clientela e a equipe? Enfim, estas são algumas questões que norteiam a busca de entendimento de como é feito o acompanhamento no CAPS.

Trabalho com familiar e comunidade

O CAPS trabalha com os familiares dos pacientes e com as comunidades adjacentes? Como faz este trabalho? Qual é a implicação dos familiares no tratamento no CAPS? Como o serviço se relaciona com a população para a qual é referência de tratamento?

Desinstitucionalização

Como é feito o trabalho de desinstitucionalização de pacientes com longa internação em hospitais psiquiátricos? O processo de desinstitucionalização de pacientes com história de longa internação psiquiátrica é uma das incumbências importantes de um CAPS. Interessa para esta pesquisa investigar como o serviço caminha neste sentido.

Qualidade de vida, inserção social e direitos

Quais ações são realizadas na busca de melhorar a qualidade de vida e a inserção social? Como se busca ampliar a rede social do paciente? O que é feito para favorecer novas formas de reconhecimento e de estratégias de vida?

Enfim, estas questões, assim como outras, apontam para elementos dos princípios de uma clínica reformista. Para a pesquisa interessa investigar quais são as ações dos profissionais no sentido da ampliação das possibilidades de vida dos usuários. Para todas estas questões a pesquisa irá abordar **o modo com que os profissionais atualizam ações na assistência** em busca da efetivação destes princípios. Não nos interessa simplesmente o resultado, do tipo “fez” ou “não fez” um processo de desinstitucionalização de um paciente; interessa saber quais foram os recursos utilizados para tal, quais foram as dificuldades encontradas no trajeto e como o CAPS se posicionou diante da empreitada. Portanto, estas são questões que guiam o trabalho de pesquisa na busca de compreensão do trabalho da assistência realizado no CAPS.

Não buscamos, necessariamente, respostas a essas questões, mas pretendemos destacar do cotidiano do serviço e dos elementos apontados pela equipe, pontos que possam iluminar **uma aferição de valor estimativa sobre a qualidade da assistência.**

2.3. Objetivos e delineamento metodológico da pesquisa

OBJETIVOS

Geral

O objetivo geral desta pesquisa é propor um enfoque metodológico para processos avaliativos em serviços tipo CAPS. Para tal, busca-se identificar quais são os critérios utilizados na prática da assistência, pelos profissionais, para avaliar o seu próprio trabalho e, a partir disso, cotejar estes critérios dentro da discussão maior sobre metodologias de avaliação para os serviços tipo CAPS.

Específico

O objetivo específico da pesquisa é realizar um levantamento das questões mais prementes no cotidiano da assistência, quais são os elementos considerados como facilitadores e os obstáculos à efetivação do cuidado, quais são os critérios utilizados pela equipe para eleger a clientela de CAPS (o perfil), assim como descrever a trajetória de utilização do serviço de uma amostra de pacientes encaminhados e de pacientes matriculados. Desenvolver os componentes de uma possível abordagem metodológica avaliativa dos CAPS, que possa iluminar o caminho para o conhecimento sobre o trabalho da assistência, para tal: focalizar no acolhimento e no acesso. Documentar a história e o contexto do CAPS. Como é feito o acolhimento. Como se dá o trabalho em equipe. Qual é o perfil da demanda. Buscar os valores e a cultura presente na assistência, assim como descrever o contexto do serviço e dos recursos do serviço, além dos processos de trabalho realizados pelos profissionais.

METODOLOGIA

Seguindo indicações da literatura de avaliação em saúde mental, para este processo avaliativo, a metodologia contempla: **contextualização** e **historicidade** (abordando os níveis macro, médio e micro), **descrição do serviço** (em termos de estrutura, processos e resultados), coleta de **dados quantitativos** (perfil da demanda e atendimentos dos profissionais), coleta de **dados qualitativos** (discussões em equipe sobre casos clínicos) e **acompanhamento do cotidiano** assistencial (buscando a apreensão das relações entre os atores envolvidos, as variáveis *soft* e eventos-sentinelas).

Nossa abordagem focaliza, fundamentalmente, os níveis **médio** (o serviço) e **micro** (a clínica) e a perspectiva do **processo** de trabalho na assistência, buscando no cotidiano do serviço quais são as **práticas** e **conceitos** utilizados pela equipe, quais são os **valores** em

circulação entre os profissionais, pesquisando **um serviço** em particular e com ênfase no processo de cuidado.

O trabalho de campo desta pesquisa

Primeira etapa

Seguindo a perspectiva de **estudo de caso**, o trabalho de campo foi realizado no CAPS Profeta Gentileza. A primeira etapa consistiu em construir textualmente a **história** de implantação do serviço (seus três anos de funcionamento), contemplando o **contexto** do serviço e da assistência, abordando também o território em que se inscreve. Para a realização desta etapa foi realizada pesquisa nos registros oficiais do serviço, como o Livro-Preto, atas de reunião e prontuários.

A **observação participante** acompanhou todo o período de trabalho de campo. A participação em reuniões de equipe também foi fonte importante de informação da pesquisa. Esta etapa abarcou parte dos elementos da **estrutura** e dos **processos** de trabalho da unidade. Há descrição das questões de impasse e os elementos facilitadores da assistência ao longo do período estudado.

Segunda etapa

A segunda etapa consistiu na realização de **discussões de casos em equipe**, com a participação de todos os profissionais. Houve sorteio de casos clínicos referentes aos dois universos de pacientes: encaminhados e matriculados; além de descrição do perfil da **clientela** que procura o serviço.

Esta etapa consistiu em discutir os casos em equipe para destaque de: critérios utilizados para a definição de encaminhar ou matricular (o “perfil” de CAPS), valores que operam na equipe, parcerias, organização do trabalho, divisão de encargos sobre o cuidado, elementos considerados facilitadores e dificultadores da assistência, critérios propostos pela supervisão e pela coordenação.

Especificação de como foi feito:

- Coleta de **dados quantitativos** sobre perfil e utilização do serviço: encaminhados e matriculados. Para tal foi realizada coleta de dados dos pacientes encaminhados nas fichas de PAM (Pronto Atendimento Médico) e dados de pacientes matriculados nos prontuários.

- Construção de **dados qualitativos** a partir da discussão de casos em equipe. Com a construção coletiva de cada caso clínico foi apontada a discussão que os profissionais realizam a partir dos tópicos levantados, assim como os processos realizados pelos técnicos para efetuar o acolhimento e o acompanhamento dos casos.

O método de pesquisa privilegiou o acompanhamento do cotidiano, com destaques para as questões levantadas e discutidas pela equipe, incluindo os impasses e transformações que foram ocorrendo ao longo do período de implantação da unidade. A partir deste recorte metodológico pretendeu-se responder algumas das questões levantadas anteriormente.

Capítulo 3 – Uma narrativa do cotidiano da assistência em formato de conto: “Um Dia de CAPS”

3.1. Introdução

Apresentaremos neste capítulo um texto produzido antes do início do trabalho de campo (propriamente dito) desta pesquisa, desenvolvido enquanto a pesquisadora ainda trabalhava no CAPS Profeta Gentileza, objeto de investigação avaliativa nesta tese. Trata-se de uma narrativa, em formato de conto, que descreve um dia de trabalho como psicóloga nesse CAPS. Este texto pretende descrever o cotidiano de trabalho de um profissional de CAPS, apresentando as ações efetuadas, as relações entre os profissionais e destes com pacientes, familiares e comunidade, assim como os dilemas encontrados ao longo da realização do trabalho assistencial.

Como se trata de uma narrativa livre, não há separação entre aquilo que é dito por profissionais e pacientes, ou entre o que é dito e aquilo que é pensado. Apresenta-se um conjunto de situações, pensamentos e diálogos de maneira a compor um panorama daquilo que é experienciado pelo profissional em seu dia-a-dia de trabalho.

A relevância desse conto, portanto, diz respeito à possibilidade de introduzir o leitor ao cotidiano de um CAPS segundo a experiência vivida pela “pesquisadora-funcionária”. Além disso, trata-se de incorporar à análise do processo avaliativo a posição do pesquisador frente ao objeto da pesquisa, explicitando com essa narrativa seus pontos de vista e valores. Afinal, o que aparecerá mais adiante, nas discussões em equipe sobre encaminhamentos e matrículas de usuários, diz respeito não só à avaliação enquanto juízo de valor sobre a assistência, mas inclusive aos valores daqueles que prestam tal assistência. Como os indicadores elencados no capítulo anterior, são valores que muitas vezes estão em jogo na forma pela qual os profissionais de CAPS reunidos em equipe avaliam seu próprio trabalho.

Ao final deste texto, realizaremos algumas considerações sobre os elementos da atenção psicossocial que surgem no conto e a respectiva importância destes para um processo avaliativo.

3.2. Uma narrativa sobre o cotidiano em formato de conto

“Um dia de CAPS”

Era uma segunda-feira nublada ameaçando chuva, mas como trabalho há mais de oitenta quilômetros de onde moro nunca consigo prever minimamente o que vou encontrar num bairro longínquo de nome estranho que significa em tupi-guarani *alto campo ruim*. O local chama-se Inhoaíba (ao primeiro contato com a palavra é aconselhável repetir pausadamente em voz alta para pegar o espírito da coisa). Ao contrário da zona central do Rio de Janeiro, em Inhoaíba havia um sol radiante.

Após a viagem pela Avenida Brasil num ônibus expresso chego no centro de Campo Grande, bairro vizinho. Para chegar ao trabalho em Inhoaíba pego um táxi, se não o atraso é demasiado. Um trecho de dez minutos e avistamos o portão azul do CAPS.

Entrando, nós já estamos um pouco abaixo do resto dos mortais da região, pois o terreno tem um declive que inclusive faz com que tudo fique alagado quando a chuva é forte. A vista é bonita. O jardim floresce e há vários pacientes esperando, já em conversas mais ou menos animadas na varanda em forma de “U” da grande casa. O teor de mais ou menos das conversas varia bastante, indo desde um sujeito completamente imóvel que nem chora mais até um animadíssimo personagem que simplesmente não pára de falar e andar e fazer e continuar sem parar. São extremos do humano que aparecem por lá e dizem que somos as pessoas indicadas para conversar com eles. Tudo bem. Aceitada a incumbência, vamos ao trabalho.

Segunda-feira é dia da oficina mais antiga do CAPS: Arte e Jardinagem. Começamos fazendo algo com as únicas coisas que se tinha no início: algumas pessoas e um jardim. Hoje tem muita gente participando, muitas pessoas interessantes e já temos materiais diversos - mas que nunca ultrapassam as pessoas e o jardim. É um grupo, que não é grupo, que recebe todo mundo, não importa idade, capacidade, tamanho ou expressão de sofrimento. É definitivamente um espaço aberto às pessoas onde a única direção é aceitar a diferença e descobrir o que pode ser feito com tantas diferenças num jardim entre tantas pessoas diferentes.

São muitos pacientes e dois coordenadores, eu e meu colega de trabalho, com participações especiais de outros técnicos que eventualmente nos visitam, seja por

curiosidade, seja para fazer estágios curriculares e extra-curriculares, seja para nos dar uma mão, quando nós dois, também pessoas diferentes, precisamos de algum apoio. Enfim, é um grupo que não é grupo que envolve uma série de pessoas e de modos de fazer que vão variando ao longo do percurso de maneira a seguir o que essas pessoas vão nos indicando.

Fomos para roda inicial de conversa, nós um pouco atrasados, mas eles com tudo em dia. Já tinham posto as cadeiras em roda, ao lado da piscina, alguns conversavam entre si, todos nos esperando calmamente. No papo inicial: comemoração de dia dos pais, alguns pais que não existem, fim de semana, uma pedra colocada, com luvas de motoqueiro o remédio não faz dormir, como fazer para se livrar da morte, sementes novas, com o fone de ouvido ligado em Jesus as vozes vão embora, as sementes são as mulheres que germinam, algumas palmas retardadas, quero mesmo é morrer, um abacateiro trazido por uma em nome da outra, remédio pra angústia é enxada. Mãos à obra!

Hoje temos vários instrumentos, pás, machado, pequenos utensílios de uma jardinagem delicada, mangueira (ou borracha para os íntimos) e até um poético regador azul. Além de cuidados com o jardim e diversas mudas de plantas, hoje estamos fazendo uma horta, com vários legumes e verduras.

Entre o campo de futebol e a casa fica a horta. Ao longo do trabalho muitos sentam à sombra (afinal, sol da manhã em Inhoaíba não é para qualquer um não!), outros põem a mão na massa, digo na terra. De tudo que foi semeado, a alface e a couve foram as primeiras a dar o ar de sua graça, seguidas do coentro que parece ser o tempero preferido de nossa clientela que fala em pratos da maravilhosa culinária brasileira enquanto cutucam o terreno (só abrindo o apetite). Hoje há mudança de pequenos pés de alface já em tempo de serem transplantados (não se fala “transplantar mudas” nesta oficina, os pacientes não gostam da palavra, lembra transplante de órgãos e para alguns algo que se transplanta na ou da cabeça... preferem a expressão “mudar as plantas”). Um se ocupa de semear quiabos em pequenos buracos em torno de um toco de tronco de mangueira que fica no meio da nossa horta e já foi tema de uma série de discussões.

Uns queriam arrancar o tronco e se dedicaram à empreitada durante dias seguidos, sem sucesso, dada a profundidade das raízes e a precariedade de nossos instrumentos. Outros afirmavam que com aquele tronco ali seria impossível realizar a horta, teríamos de nos mudar para a parte da frente do terreno. Ao final de longos dias e tentativas de

resolução do problema, o toco foi aceito como algo do lugar e que, afinal, poderia até servir: de apoio de materiais, dando vida a uma orquídea que enfeitaria a horta... O que era um problema a ser eliminado se transformou em algo inerente ao espaço e aproveitado de maneira útil e que exalaria beleza quando do florescer da orquídea.

Aquele que semeava quiabo em buracos feitos em torno do toco de tronco, ia aos poucos convocando seus colegas a também se incluírem na tarefa de colocar as sementes em seus lugares. Três sementes em cada buraco. Muitas mãos tocando as delicadas pecinhas arredondadas. Nem muito fundo nem muito superficial, lembrava ele. Nem muito firme nem muito solto. Indicações muito importantes!

A paciente que nunca participara de nada coletivo em nenhum serviço de saúde porque não suporta e também porque ninguém a suporta, com seu habitual grito e o cuspir da dentadura superior ao afirmar sua intensa dor no coração passando carinhosamente a mão no seio esquerdo, acaba participando da oficina, enquanto seu marido fortemente trabalha com a enxada. Ela que só batia, tem chamado as pessoas pelo nome, tem suportado que seguremos suas mãos, impedindo-a de agredir os outros, e tem ficado razoavelmente atenta às nossas palavras de que aqui não se bate. De suas idas ao CAPS para buscar a medicação indo embora o mais rápido possível na garupa da moto, sempre acertando a mão em alguém na entrada ou na saída, ela passa a experimentar um novo contexto, onde ela pode exprimir sua dor da sua maneira, mas não pode passar essa dor para os outros, como lhe foi dito claramente. Ela diz que a dor é de amor. Nós queremos saber mais do que ela tem a dizer.

Muito sol na cabeça, muitas pessoas diferentes falando coisas, e assuntos, diferentes ao mesmo tempo, eu quase não me equilibro numa ponte de gangorra que passeia suspensa pela nossa horta, no que um paciente me dá a mão; e meu colega de trabalho, aquele que coordena a oficina comigo, lá pelas tantas sugere regar a água, no que um paciente indica que o doutor está precisando de remédio, no que rimos todos juntos.

Um dos diferentes é magro, negro, alto, não fala. O prontuário relatara uma história com pouca história: quase a vida toda internado, várias clínicas diferentes, períodos na rua, os pais faleceram... A irmã mais nova, que agora o acolhe, não sabe dizer muito sobre ele, praticamente não se conheciam! Esta irmã mais nova, de uma família de nove irmãos, neste ano acolheu em sua casa duas irmãs e um irmão (nosso paciente que não fala) após o

programa federal De Volta pra Casa. Cada um deles tem sua bolsa, o que permitiu que a irmã caçula reformasse seu barraco na favela do barbante para receber os três irmãos “psiquiátricos” (como ela diz) e que tenha condições de “olhar eles” (também como ela diz). Os três se tratam no CAPS Gentileza, fazem atividades diferentes. Para a Jardinagem vem aquele que não fala.

No seu primeiro dia de oficina ele vem para o grupo trazido pelo olhar da irmã cuidadora. Eles não se tocam. Nosso amigo não descruza os braços. Enquanto todos sentam nas cadeiras formando a roda de conversa, ele senta no chão atrás da roda. O convite de sentar não é aceito e ele vai embora. Retorna esporadicamente, sempre arrastado pelo olhar da irmã. Nestas vindas, sempre senta no chão, mas agora fica um tempo. Eventualmente aceita nossos convites itinerantes pelo terreno, sempre anda e senta no chão, não tão distante de onde o grupo trabalha no jardim. Um dia aceitou a mangueira e regou uma roseira. Um dia sentou na cadeira, na roda de conversa. Ele não fala. Na mudança de mudas de couve e alface, ele pega da minha mão uma pequena planta e leva para o outro canteiro. Com sua delicadeza magra e gestos agora mais largos, ele coloca a planta em seu local definitivo, cobre a pequena raiz com terra e volta a se sentar. Neste dia, no atendimento da tarde comigo, a psiquiatra e sua irmã, ele diz “eu plantei couve”. Ele fala! Olha pra mim com seus olhos grandes e diz “eu não gosto de jardim, mas vou plantar couve”.

Enquanto estamos na oficina, embaixo do sol já forte, o paciente, que trabalha no serviço, com sua bolsa-usuário fornecida pelo IFB, vem me chamar: é do Nise, vou atender. Ao telefone, sou informada pela assistente social que temos uma audiência no Ministério Público na próxima semana, para tratar do caso do nosso paciente que está internado. Tudo combinado. Desligo. Volto ao jardim. Fico olhando o grupo trabalhar e conversar e plantar. Meu pensamento está em uma quarta-feira de seis meses atrás, quando eu internei o paciente que está no Nise.

Ele já passou dos quarenta anos, sua voz é fina como o quê, ele me disse uma vez que é porque ele ainda não fez treze anos, ele havia morrido e sua mãe o pariu de novo em Campo Grande. Sua história é repleta de dados, muitos detalhes colhidos com ele de maneira delirante, com sua mãe também de maneira delirante e com sua recém encontrada ex-mulher, por quem foi curatelado há mais de dez anos e com quem teve duas filhas, de nomes indígenas. Tiveram um filho também: Miguel Ângelo, morre ao nascer e deixa um

vazio que ressuscita várias vezes na fala de meu paciente. Quando conhecemos este homem que não fez treze anos, ele morava com a mãe num bairro de classe média.

A casa, sua morada, é uma galeria com suas construções feitas de tocos de madeira, arames contorcidos, barbantes de diferentes espessuras e pedras, muitas pedras. Pedras também em todos os buracos do seu corpo, em todos os buracos encontrados pela rua. Pedras que seus dedos ágeis vão mudando de lugar no corpo, enquanto ele fala. Pedras das mãos que vão para a boca, depois para a árvore e chegam ao ouvido. Pedras de muitos tamanhos, formas e cores. Algumas têm nomes. Outras não. Algumas trocam de nomes. Algumas são descartáveis e outras não. Ele veste uma roupa específica, com arames esculpados em volta do corpo. Carrega na mão esquerda, que é vestida com uma luva, uma peça curiosa, feita de toco e pedras bem encaixadas nos visgos da madeira. Na cabeça uma coroa feita com tecidos entrelaçados por seu próprio cabelo crescido ao longo dos anos.

Cuidávamos dele através de visitas. Nestas ocasiões, em geral caminhávamos pelas ruas, parávamos na praça em frente a sua morada e ao “castelo alemão”. Às vezes éramos convidados a entrar em seu quarto, repleto de peças estranhas e delicadamente equilibradas, as paredes desenhadas do chão ao teto (inclusive), nenhum taco do piso no lugar, alguns gatos circulando, sem água, sem luz. Sua mãe chegou a ir ao CAPS uma vez, tendo sido medicada. Numa das visitas ela me informa que doou os remédios para pessoas que precisavam mais do que ela. Continuamos a visitá-los. Um dia ele vai à venda onde compravam a alimentação básica de mãe e filho (pão, salsicha em lata e guaraná Convenção) e diz para a dona que sua mãe não quer acordar. A mãe havia morrido há dois dias. Teve um ataque do coração em seu aposento deitada em seu leito de palha. Fica só o filho. Continuamos as visitas.

Um dia, ao chegar, sangue no chão, ele andando torto nos diz que não é nada, já passou. Um corte aparentemente profundo na sola do pé exige de nós que pensemos em outro tipo de visita. Era uma segunda-feira pela manhã. Colocamos o hospital de referência da área, com sua equipe de saúde mental, de prontidão caso chegássemos com ele por lá. Como levar? A equipe do SAMU chega à sua morada, mas ele não quer deixar a médica encostar no seu pé e ela nos diz, assustada, que se nós o sedarmos ela faz o que tem que ser feito no pé. Nós não queremos sedá-lo. A poça de sangue não pára de aumentar. Já à tarde,

depois de discussões infundáveis na equipe sobre o que era permitido aos médicos e enfermeiros de um serviço de saúde do tipo CAPS a partir de seus referidos conselhos profissionais, um médico aceita ir lá aplicar uma anti-tetânica e fazer um curativo. Pegamos todo o material necessário num posto de saúde, colocamos num pequeno isopor e fomos para a sua morada. Ele não aceita que ninguém toque seu pé. Deitado no chão do seu quarto, já irritado com nossa excessiva presença naquele dia, nos pede para ir embora. Na terça-feira outra parte da equipe se ocupa do caso, tentando dar um encaminhamento razoável. Na quarta-feira, não tem mais jeito. O pé inchado, o sangue já não corre. A dúvida perde o lugar para o risco. Acabamos decidindo que vai ter de ser na marra mesmo. Com a ajuda de bombeiros cuidadosos, realizamos a intervenção/internação.

Há seis meses atrás.

Hoje, eu fico olhando o grupo no jardim e não tenho mais segurança sobre aquela conduta. E se tivéssemos arriscado? Ele estaria em sua morada, quiçá na oficina. A situação legal do paciente é complicada: curatela abandonada, uma casa sem luz nem água, nenhum familiar, uma série de bens de um passado de riqueza nas mãos de pessoas desconhecidas... Duas equipes de saúde mental trabalhando no caso. Ambas aprisionadas pelo tempo da justiça brasileira.

Lembro do barulho de seus ornamentos caindo um a um no chão enquanto os bombeiros o continham. Despindo-o. Volto ao jardim. Uma mulher bem elétrica quer que o canteiro inteiro esteja semeado, de várias coisas diferentes, sem dar atenção ao homem que lhe diz não adiantar semear várias coisas sem ter lugar suficiente para colocá-las depois.

Enquanto várias pessoas dão sua opinião sobre o que deve ou não ser semeado e se inicia um processo de negociação entre eles, aparece Catarina, dizendo que seu marido quer vir tocar na nossa festa junina (já atrasada). Temos que acertar o som. Como na festa do ano passado, ele virá com o amigo de seu grupo de forró. Ele é o vocalista e o amigo comanda o teclado. Nosso administrador trará a caixa de som e o microfone. Está combinada a música da festa. Ela aproveita para marcar um atendimento comigo. Tendo chegado em crise ao serviço há dois anos, hoje ela só usa medicação eventual para dormir, os atendimentos psicológicos foram espaçados gradualmente. Ela começou a trabalhar em uma cooperativa de mulheres bordadeiras em seu bairro e de vez em quando vem conversar comigo.

O trabalho na horta termina e o grupo, que não é grupo, decide ir para o jardim da frente da casa, onde usualmente cuidamos de algumas flores e regamos árvores frutíferas que foram plantadas ao longo da existência da atividade.

A oficina de jardinagem termina no formato em que começa: uma roda de conversa. Dentre falas que muitas vezes se sobrepõem aparecem projetos para as próximas segundas-feiras e algumas divisões de tarefas para o cuidado com a horta ao longo da semana. No meio da roda, como de costume, está um arranjo de flores, em cima de um caixote de madeira pintado em outra época. No vaso de vidro estão diferentes flores que foram colhidas ao longo dos trabalhos no jardim. Em geral, são as mulheres que realizam este ornamento. Em geral, quase todos chegam o rosto bem próximo ao vidro para sentir o perfume que exala. Até a próxima vez.

Enquanto almoçamos, gritos de uma mulher ao longe seguidos por uma voz masculina “Jesus está comigo, eu estou com Jesus...” Nos entreolhamos e percebemos que a maior parte da equipe estava almoçando junta, portanto teriam poucos técnicos circulando. Dois de técnicos levantam e vão em direção à confusão que adentrava. Mãe arrastando o filho com a ajuda de vizinhos. “Eu não agüento mais”, dizia ela. Já na sala, a contragosto, ele consegue aceitar ficar sentado enquanto os vizinhos aceitam a recomendação de que podem soltá-lo. Irritado, diz que não é maluco, não tem nada a fazer aqui, seu lugar é ao lado de Jesus e que os outros não entendem sua missão.

O primeiro atendimento individual da tarde é de uma moça que chegara ao CAPS com um papel de um médico cardiologista escrito Síndrome do Pânico, já tendo indicado doses de ansiolítico e encaminhando para a psiquiatria, do CAPS. Quando chegou, há cinco semanas, ela chorava bastante, não saía de casa sozinha e nem ficava em casa sem ninguém à noite. Conseguia cuidar do filho de cinco anos e trabalhava com vendas na companhia de uma amiga. Dizia que tinha medo e seu marido confirmava dois episódios de medo intenso. Depois de cinco semanas de atendimento, sem nenhuma medicação, tendo vindo sozinha ao serviço, ela agradece o tratamento, aperta minha mão enquanto me dá notícias que já iniciou os atendimentos com a psicóloga do ambulatório para a qual eu a tinha encaminhado. Deixo o CAPS à sua disposição para quando precisar, e ela me deseja bom trabalho.

O segundo atendimento da tarde é em equipe e em família. A psiquiatra, a técnica de referência (eu), o psicólogo, a esposa e Osvaldo. Ele está com muita raiva, afirma e reafirma que vai à justiça. Porque? “Fui discriminado na escola”. Ele estava em casa vendo o Jornal Nacional, na propaganda do governo-para-todos a musiquinha, ele canta: “Pra aprender a ler, pra isso não tem hora, pode ser de dia, pode ser de noite, pode ser agora”. É isso e é agora! Ele telefona para o número indicado na telinha e recebe a indicação da escola mais perto de sua residência. Na manhã seguinte chega a um Ciep. Na secretaria informam que ele deverá fazer uma prova para verificar em qual série será incluído. Pode ser agora. Ele faz a prova, tem dificuldade com as contas. Enquanto corrigem sua prova, vem a diretora com o papel para inscrição, pede comprovante de residência e seu documento de identidade. Ele fornece: a conta de luz, a carteira de identidade e o receituário com a descrição do seu esquema medicamentoso. Pronto. Já não pode ser agora. “Não tem vaga”. Ele nos pergunta insistentemente se não foi discriminado. Concordamos. Mas porque apresentar o receituário como identidade? Foi um longo atendimento.

Volto à sala dos técnicos para relatar no prontuário um encaminhamento bem encaminhado; aquele primeiro atendimento da tarde. Sentada na mesa, mal começo a frase e entra na sala duas agentes comunitárias, com suas camisetas cor de laranja, suas pastas nas mãos e suas caras de eterna interrogação. Lembro de todo o percurso que o serviço tem com as equipes de PACS e penso que este semblante de quase desespero nunca vai ser diluído. Penso em toda a expectativa da união de forças entre a saúde mental e a atenção básica. Lembro do pedido deles de “treinamento” em psiquiatria, queriam saber os sinais da loucura.

Lembro ainda de um agente comunitário que cuidava de uma família: a mãe cega e idosa com um filho “neurológico” entevado na cama deste seu nascimento há quinze anos, um filho mais velho que faz bicos na construção de casas e um outro filho que é amigo de infância deste agente. Ele cuida da família: agencia os atendimentos oftalmológicos da mãe idosa, fisioterapia do filho na cama, clínico para o homem trabalhador. Seu amigo de infância é um sujeito que tem pelo menos duas internações psiquiátricas por ano no decorrer dos últimos vinte anos. O agente não o trouxe a nós. Foi uma vizinha que trata a irmã no CAPS que o convidou a vir ao serviço. O agente não havia percebido os sinais da loucura? Talvez não em seu amigo.

Convido as agentes para sentarem na grande mesa oval. Ofereço um café. Elas querem conversar sobre uns casos.

Uma mulher cata lixo na rua. Entope os poucos cômodos de sua casa humilde com todo o tipo de coisa que encontra. As pessoas da vizinhança querem chamar a defesa civil, não agüentam mais tanta sujeira e atribuem a existência de proles infindáveis de roedores na comunidade àquela mulher. Ela mora sozinha. Reza a lenda que teve um filho e que teria um irmão em Minas, mas ninguém sabe ao certo. Ela não deixa as meninas do PACS entrar em sua casa. Fecha o pedaço de tábuas que funciona como porta e grita palavrões. É tudo o que se sabe. Decidimos fazer uma visita juntas a essa mulher. Certifico-me de que sua casa é bem perto e que não implica entrar na comunidade que nem sempre é receptiva a pessoas desconhecidas, mesmo quando acompanhadas pelos agentes de saúde. Procuro na agenda um tempo...

Para esta semana, eu já tinha marcado visita a uma clínica conveniada (das piores!) para acompanhar dois pacientes nossos que estão internados. Uma que já estava no serviço há seis meses, mas começou a se contorcer e a realizar traços nas paredes seguindo os passos de seu irmão pela vida com rumo determinado à morte e outros traços que desenhavam seus amores interrompidos por macumbas femininas. Sua situação ficou insustentável para a família durante a noite e nos fins de semana, foi internada pelo irmão. O outro paciente, em suas andanças intermináveis pelas ruas da cidade, não via os carros nas pistas, fome não sentia, além do que todo alimento continha veneno para matá-lo. Uma vez nos disse que tinha umas pessoas que queriam sua morte e por isso ele precisava correr. No CAPS não podia ficar, pois eles o encontrariam. Nós o internamos.

Encontro na agenda uma tarde disponível para daqui a quinze dias. Marcado a visita conjunta da saúde mental e da saúde da família para a mulher que guarda lixo.

Outro caso que as agentes comunitárias querem conversar é assunto antigo. Chama-se Sandra. Uma senhora de meia idade que aparece no serviço quando quer, senta no sofá da sala e esbraveja uma série longa de palavrões, intercalada por alguns nomes, com os braços mexendo bravamente; ela não se acalma até que termine de contar, a seu modo, a história de algum aborrecimento. Nosso administrador sempre lhe oferece um cafezinho com altas doses de açúcar. Ela sempre lhe dá um sorriso. Só ele ganha sorrisos de Sandra! Em geral, fica um tempo conosco, depois se despede e continua sua trajetória pelo bairro

em busca de donativos. A noite está sempre em casa. Conhecemos sua sobrinha, que mora no mesmo terreno e que repetidas vezes nos pediu para dar remédio pra Sandra. As agentes comunitárias reclamam que não agüentam mais a sobrinha se queixando e contam que sabem que ela tem posto calmantes na comida de Sandra. A equipe do CAPS teria oferecido um medicamento para situações específicas, mas com o abuso da sobrinha não mais fornecemos. Entre a cruz e a caldeirinha. Combino com as agentes que vamos tentar novamente trazer essa sobrinha para as reuniões de família. A novidade é que a irmã de Sandra está morando mais perto e tem mantido um certo contato. Mais uma para convidar.

Vou à cozinha buscar um copo d'água, com a intenção de me hidratar para finalmente relatar naquele prontuário (aquele primeiro, o do encaminhamento). Vejo a sala com rostos novos, confirmando a tendência de que segunda-feira é um dia em que as pessoas buscam ajuda na saúde. No trajeto de volta rumo à sala da equipe, uma enfermeira me conta que estava começando um atendimento quando chega uma senhora do Conselho Distrital de Saúde com três pessoas para o acolhimento. Ela pergunta se eu poderia receber esta senhora, mesmo não sendo o meu turno de estar disponível para o acolhimento, pois ela não daria conta.

Enquanto procuro os papéis para realizar o acolhimento penso: três? Me lembrando de uma vez, bem no início do serviço, em que chegou uma mãe com os filhos para acolhimento. Eram três filhos autistas. A fala final do psiquiatra ressoava no ar: “só em Inhoaíba!”

Tenho saudade dos grupos de recepção! Resolvo realizar os três acolhimentos juntos. Ponho na sala do refeitório, distribuídos em volta da mesa, a senhora com os três homens que ela trazia. A auxiliar de enfermagem que iria fazer o grupo comigo entra na sala para dizer que vai demorar um pouco, surgiu uma situação que ela terá de resolver. Me conformo, realizarei o trabalho sozinha e penso se vou dar conta, não sei quais as situações que vão surgir, não tenho a mínima idéia... além de estarmos pra lá do meio da tarde. Abandono o temor e mãos à obra.

Um jovem apressado, com uma certa má vontade em conversar sobre o que acontece com ele, acaba dizendo claramente, ao mesmo tempo em que mostra uma pilha de papéis tirados de um saco plástico de supermercado, que só veio pelo remédio. Tem crises convulsivas desde que sofreu um atropelamento. Os papéis são várias receitas médicas,

gadernal, tegretol, eventualmente um rivotril, assinadas por médicos de vários serviços de saúde no Espírito Santo. Estava no Rio há três semanas, sem medicação estava tendo duas crises por semana, insistia: “eu só quero o remédio”. Tem levado sua vida, está prestes a se casar novamente, arrumou um novo trabalho, não quer crises. Decido encaminhá-lo ao neurologista e dar um jeitinho de fornecer sua medicação por tempo razoável até que seja atendido no outro serviço. Qual é o tempo razoável? Só uma unidade de saúde da área tem neurologista. Qual será o tempo? Ainda por cima eu não poderia fornecer medicação de paciente que não é do serviço. E sem psiquiatra. E agora? Dá-se um jeito. Medicação para um mês e torcer para dar certo.

O segundo homem começa a falar e eu não entendo nada. Ele tem o rosto pendente para o lado esquerdo, algumas cicatrizes, um corpo grande, um semblante simpático. Há dez anos era motorista de caminhão quando bateu de frente com outro que levava soja. Muitos meses de hospital. Quase desenganado. Eu conseguia entendê-lo agora. Teve uma série de seqüelas e também tomava anticonvulsivante. Também só precisa do remédio. Diz que tem feitos uns bicos e conseguido algum dinheiro para ajudar o irmão com quem mora. Sobre o acidente, se diz conformado ao mesmo tempo em que conta que naquele dia ele havia dirigido o dia inteiro e tomado uns goles após o jantar na beira da estrada. E agora? Mais encaminhamento para o neurologista, mais remédio. Mais um jeitinho a ser dado.

A afirmação “eu só quero remédio” fica emparelhada na minha cabeça com o conto “eu só vim telefonar” de Gabriel Garcia Marques. Por um momento tenho dúvidas.

O terceiro homem é ainda mais simpático. Tinha ficado me olhando o tempo todo sem dizer uma palavra. Às vezes ria silenciosamente. “Ele é bobo”, dizia a mulher do conselho distrital, “sempre foi assim, mas é muito bonzinho”. Ele era um agregado de sua família, seu marido estava dedicado a ensiná-lo a ler, uma vontade que ele manifestara como pedido de presente de seu aniversário de quarenta anos. Não tinha nenhuma alteração de comportamento, tinha alguns amigos com quem fabricava pipas, estava triste com a morte de um cavalo do qual cuidava e me dizia que está namorando uma moça muito bonita, “muito beijo na boca”, contava com sorriso largo denunciando que nunca tratou dos dentes. Também nunca havia ido ao médico. Nenhum, nunca. Sugiro uma consulta com um clínico, só por via das dúvidas, fornecendo o papel apropriado. Digo a ele que quando

quiser conversar sobre qualquer assunto ou quando tiver alguma dificuldade na vida, que venha ao serviço e lhe daremos atenção. As portas estão abertas.

Ao final do grupo de acolhimento (que matou um pouquinho da minha saudade dos grupos de recepção) a mulher do conselho distrital de saúde conta que seu trabalho é ir as reuniões no conselho votando de acordo com o que sugere o representante da associação de moradores e o cara do hospital, porque afinal “são eles que entendem deste negócio de política”. Mas que sua tarefa principal é buscar em sua comunidade pessoas que estivessem precisando de atendimento em saúde e acompanhá-las, como estava fazendo hoje. Dizia que tinha gostado muito do atendimento, que tinha “aprendido muito” (embora eu não tenha ensinado nada) e que entendeu agora qual era o nosso trabalho ali, que realmente a neurologia é outra coisa e que os seus amigos não precisavam de tratamento naquele local. De saída, aproveito para dizer que ela também entende de política e que talvez possa dar o seu voto em função do que percebe que sua comunidade precisa, estando ou não em acordo com os homens que entendem de política. Ela olha pra mim com espanto e pergunta: “a senhora acha mesmo?” Digo que sim, sem ter clareza em relação ao que ela quer se certificar, se enquanto mulher ela pode entender de política ou se pode opinar ou se pode ir contra os tais homens (que, além de homens, são o poder local; no caso do representante da associação de moradores, trata-se também da pessoa que faz uma certa mediação entre a comunidade e a (não) organização do tráfico de drogas). Enfim, penso que aquela mulher empoderada seria um ganho enorme para ela e sua comunidade, e conseqüentemente para os serviços de saúde. Trocamos apertos de mão e lhe digo para continuar trazendo ao serviço pessoas que ela considera que precisem de cuidado, que a estamos aguardando.

São três relatos de atendimento para escrever. Ao longo do grupo só consegui anotar as informações básicas de cada um e alguns rabiscos/palavras/setas que desenhavam um pouco as histórias de vida. Já havia feito e entregado dois encaminhamentos e um convite de venha quando quiser, as portas estão abertas. E os três relatos? Na sala, vejo dois pacientes me esperando...

Um jovem rapaz que acompanho já há algum tempo. Um atendimento de pouco tempo. Notícias de vozes que já não ordenam mais, apenas emitem opiniões. Um novo namoro começando e uma mãe que o deixa feliz por vir eventualmente à reunião com outros familiares. “Será que ela fala de mim?” Ele fala da nova namorada e conta que

recentemente disse a ela que frequenta o CAPS. Diz que teve que explicar que não se tratava de psiquiatria, mas de um lugar onde buscara ajuda quando teve um momento confuso. Explicou que não precisa mais e que só continua porque gosta de conversar com sua psicóloga. Ele pergunta se pode trazer a nova namorada para conhecer o CAPS. As portas estão sempre abertas.

A outra paciente que me esperava deixou um recado com a enfermeira sua amiga anunciando que volta na quarta-feira, pois estava tarde e tinha de buscar o filho na escola. E meus relatos em prontuário ficam para a próxima.

No fim do dia, caminhando em direção ao portão para ir embora, quero mostrar para a colega psiquiatra o abacateiro que havia sido plantado hoje, na parte da frente do terreno. Encontro a planta e a exibio. Lembro que, ao plantar a muda de abacateiro, eles insistiram em enterrar mais da metade da muda na terra, bastante além do eu achava necessário cobrir sobre a semente de origem. Para eles era preciso enterrar a metade da muda, boa parte do jovem tronco para dar sustentação, para que ela ficasse realmente firme, para que não caísse. Eles exigiam garantias de firmeza da terra, como que fazendo a parte deles para que a planta tivesse apoio em seu desenvolvimento.

Na saída, brincamos em diálogos de palavras inspiradas no vocabulário único deste CAPS, pedindo *por gentileza* e nos manifestando *agradecidos*. De vez em quando alguém exclamava um *pelas barbas do profeta*. Um clima em que *gentileza gera gentileza*.

Fim

3.3. Considerações sobre “Um Dia de CAPS”

Este conto buscou apresentar um dia vivido por um profissional de CAPS, diante de diferentes demandas e incumbências, buscando alternativas para poder realizar a contento as atividades e atendimentos. Diante de uma clínica tão delicada quanto necessária para lidar com sofrimento psíquico, o profissional tem diferentes formas de trabalhar e por em ação dispositivos da atenção psicossocial.

Como aponta Merhy (2004), muitas vezes o profissional de CAPS parece estar “no olho do furacão”, tentando romper com modelos hegemônicos de tratamento e ao mesmo tempo produzir saúde com propostas provisórias e contextualizadas em cada caso e

situação. Assim, segundo esse autor, caberia aos trabalhadores de CAPS uma postura aberta a um fazer coletivo, solidário e experimental, sem tantas certezas e receitas (Merhy, 2004:4). Mas como enfrentar as sensações tensas e polares, de potência e impotência, recheadas de lamentos, exaustão e tristeza, frente à necessidade de prontidão às demandas de usuários, familiares e comunidade?

A descrição que o mesmo faz da rotina de um CAPS é ilustrativa desse turbilhão de atividades, contando com recursos pessoais do trabalhador, como também do usuário e seu contexto, do serviço e seu contexto:

“Imaginem algum trabalhador relatando em um encontro da equipe o sentido de não-vida que adquire ao final de cada dia de trabalho e a exaustão que sente; que, quando sai do serviço ou das atividades, sente um alívio enorme, adquire mais oxigênio e respira melhor; que não sente vontade de voltar no dia seguinte. Imaginem esse trabalhador chegando em um CAPS, encontrando dezenas de usuários que irão participar de várias atividades, algumas das quais ele é responsável; e, de repente, um de seus 20 casos-referências entra em uma crise séria, na moradia. Este trabalhador, para dar conta dessas tarefas, vai ter que se apoiar na equipe, mas vai também ter que atuar diretamente no seu caso-referência, vai ter que acolhe-lo na crise. Vai ter que usar de sua clínica, de suas perspicácias, de suas redes de ajuda. Vai ter que gerar intervenções singulares e novas redes. Vai ter que, e pode, aproveitar a oportunidade que a crise permite para resignificar o Projeto Terapêutico que vem gerindo em relação àquele usuário. Pode inclusive descobrir novas pistas intersetoriais para criar outros sentidos, para vários de seus casos-referências.” (Merhy, 2004: 11-12)

Assim, enquanto pensamos sobre nosso “Dia de CAPS”, ressoam tais palavras de Merhy (2004), no sentido de qualificar tanto as dificuldades quanto as pistas encontradas no caminho da atenção psicossocial no território. O autor chega a sugerir como analisadores das situações que aparecem no cotidiano do trabalho em equipe nos CAPS, como o alívio e a alegria, ou seja, a possibilidade de contar com apoio de colegas dentro e fora do serviço como saída à exaustão e a manutenção de um clima de entusiasmo entre os parceiros. Seriam tais analisadores também indicadores possíveis? Caso se tornem normas a serem seguidas e fiscalizadas, provavelmente não, mas como instrumento para desencadear um pensamento crítico sobre as práticas de atenção psicossocial, é uma aposta interessante.

Vamos agora apontar alguns elementos que surgem no conto como atributos da assistência. Estes serão apenas pontuados nesta etapa, sendo analisados posteriormente com o conjunto dos resultados do trabalho de campo da pesquisa.

Algumas **características estruturais** da unidade aparecem no início do relato como sendo um lugar agradável para um CAPS, onde há espaço para a circulação livre das pessoas e para a efetivação de atividades ao ar livre.

A **oficina** de jardinagem aparece como uma atividade que começa independente de **recursos materiais**, cujo trabalho vai se desenvolvendo a partir da proposta de ser uma **atividade aberta** à participação dos pacientes (sem restrições quanto ao diagnóstico ou estabilização do quadro psicopatológico) e com **definição coletiva** daquilo que será realizado a cada semana. Esta atividade tem cunho eminentemente clínico, trabalhando a partir das falas e das interações grupais. O relato sobre esta oficina demonstra o **caráter processual** do desenvolvimento de um dispositivo grupal no CAPS, com aumento gradual do número de participantes e das atividades desenvolvidas.

Podemos perceber a clínica cuidadosa que é realizada na oficina com a paciente que tinha tratamento baseado exclusivamente no uso de medicação. A abordagem com essa paciente na oficina tem um sentido de **produzir tolerância à diferença** e de ampliar as possibilidades de trabalho clínico.

Vimos também que, além de profissionais e pacientes, fazem parte do cotidiano assistencial outros atores sociais, como familiares, profissionais da saúde de um modo geral e pessoas de outras instâncias (como do conselho distrital). Vamos apontar quais as relações entre estes atores que podem ser destacadas do conto.

As **relações entre os usuários** aparecem no relato como nas situações na oficina em que eles constroem de maneira particular o andamento do cuidado com a horta e dão indicações uns para os outros de como conviver naquele espaço. **As relações dos pacientes com serviço** podem ser evidenciadas a partir de situações em que eles participam da convivência na unidade, ou quando o marido da paciente se oferece para tocar na festa do CAPS, assim como na situação em que o serviço se torna referência de cuidado para o paciente. Um episódio interessante é quando o paciente diferencia o CAPS da psiquiatria, afirmando ser um local onde ele “procurou ajuda em um momento confuso”; demonstrando uma representação sobre o serviço, menos médica e mais de acompanhamento.

As **relações entre os profissionais** que aparecem no relato são basicamente de companheirismo e compartilhamento do trabalho, como nas situações: de coordenar conjuntamente a atividade e de poder contar com o outro profissional para substituí-lo na escala de acolhimento.

As parcerias formadas dentro da equipe contribuem sobremaneira na necessária **flexibilização** do trabalho cotidiano para atender as demandas. Alguns itens são comumente destacados no serviço, como por exemplo: a “confiança” que se tem em determinados parceiros, a questão da qualidade técnica da equipe (tanto a formação profissional como a proximidade com as propostas da reforma psiquiátrica), a participação dos profissionais em diferentes frentes ações do serviço e a dinâmica de trabalho em equipe. A **organização do trabalho em equipe** é um item importante para a avaliação em saúde. Como a maneira como a equipe pode organizar o trabalho para: receber um paciente novo em crise; realizar atividades externas à unidade; usar os dispositivos de atendimentos individual e coletivo, acolhimento e grupo de recepção; realizar registros; enfim, a transformação constante desta maneira de organização dependente do que acontece na unidade (flexibilidade)³¹. Como mostra o conto, na hora no momento de almoço dos técnicos aparece uma situação de crise, quando a equipe se organiza para fazer o **acolhimento à crise**.

O **profissional de CAPS**, como aparece no conto, tem em seu cotidiano de trabalho **diferentes frentes de atuação**: atividade coletiva, acolhimento, parceria com os agentes comunitários, realizar internação, trabalho conjunto com hospitais, atendimento de crise, fazer encaminhamentos, registrar em prontuários e, ainda, eventualmente, fornecer medicação. No relato aparecem momentos em que estas incumbências se tornam demasiado complicadas de serem efetuadas e trazem **dúvidas e conflitos** para o profissional.

Um episódio complicado narrado no conto é a **internação** que se prolonga apesar da estabilidade do paciente, mas por razões de trâmite legal. Nesta ocasião o profissional questiona sua conduta diante da conseqüência nefasta do tempo de internação e da impossibilidade de transformação da situação atual. Embora tais conseqüências ultrapassem

³¹ Ver Merhy e Franco (2005) neste sentido, já que os modos de organização do trabalho em equipe no sentido da atenção integral e a produção de vínculo e responsabilidade entre profissionais e usuários são tematizados pelos mesmos.

suas possibilidades de atuação, o profissional não fica confortável diante da situação e termina por duvidar da conduta de internação que efetuou anteriormente.

Outro episódio é aquele de “dar um jeitinho” para **fornecer medicação** anticonvulsivante para pacientes que estiveram no acolhimento e foram encaminhados para o neurologista (sendo um profissional não-médico). Diante da conhecida demora nas marcações ambulatoriais, o profissional fica diante de uma escolha difícil: não fornecer a medicação e aceitar que o paciente terá crises convulsivas diárias até conseguir a consulta ou repetir prescrição anterior e fornecer a medicação. Neste episódio, o contexto da rede de saúde contou pontos para decisão de uma conduta de risco e, embora comum, não legitimada.

Há ainda situações apresentadas no conto que apontam para **sensações de “não dar conta” do trabalho** na assistência. Uma destas é o temor de não conseguir realizar os atendimentos em tempo hábil, o que de fato acaba acontecendo muitas vezes no CAPS, com adiamentos de atendimentos ou atrasos para o fechamento da unidade. Assim como o fato de não conseguir ter tempo para o apropriado **registro em prontuário**. A questão do registro no serviço é uma problemática comumente apontada pelos profissionais do serviço.

Ao final do conto, temos uma situação que demonstra **bom humor** e **alegria** dos profissionais, quando se divertem entre si com o vocabulário do Profeta Gentileza. Este momento de descontração dos profissionais, ao final de um longo dia de trabalho, aponta para o trabalho de Merhy (2004) citado acima, no qual o alívio e a alegria surgem como dispositivos analisadores do cotidiano do trabalho em equipe nos CAPS.

As relações do CAPS com outros programas e serviços de saúde apontam para a discussão da **rede de saúde mental no território**. A organização da rede de serviços tem diferentes direções, como, por exemplo, com as parcerias em saúde (o programa SAMU, os encaminhamentos para outras unidades, o trabalho conjunto com a atenção básica representada pelos Agentes Comunitários de Saúde), as parcerias com instâncias sociais (centros esportivos e escolas), dentre outros como Conselhos e Fóruns de saúde da área e as instâncias jurídicas. A organização da rede deve ser pautada pelo princípio da integralidade, ou seja, da atenção não só especializada, mas também o encaminhamento adequado para

outras especialidades, quando não para entidades como justiça e educação, por exemplo³². No conto aparecem contatos do serviço com: os agentes comunitários (PACS), hospitais e clínicas psiquiátricos, SAMU, ambulatório e o conselho distrital de saúde.

Na situação relatada no conto, a relação do CAPS com os **agentes comunitários** de saúde foi de demanda de atendimentos por parte dos agentes a partir de casos por eles cadastrados. Foi realizada a discussão dos casos e traçando conjuntamente uma estratégia para os casos: um receberia uma **visita domiciliar** dos agentes com um profissional do CAPS e no outro caso, já sendo paciente do serviço, a família seria o alvo de intervenção mais imediata. Como veremos no capítulo “História e Contexto”, o trabalho do CAPS com os programas PSF e PACS teve organizações diferentes ao longo da implantação do serviço, buscando caminhar no sentido do apoio matricial.

Os **hospitais e clínicas psiquiátricas** aparecem no conto em situação de **internação** de pacientes do CAPS, com a realização de **visitas hospitalares** e **atuação conjunta das equipes** em função de um caso clínico (do paciente internado há seis meses, cuja situação de curatela está nas mãos da justiça).

O programa **SAMU** aparece em episódio interessante, em que o CAPS chama a ambulância na casa do paciente, em função de um corte no pé, mas a profissional médica se assusta com o paciente (sem banho, indumentária excepcional e discurso desconexo) não querendo efetuar o curativo, sugerindo que este fosse “sedado” para a efetivação do procedimento; demonstrando haver, mesmo para profissionais da saúde, dificuldade em lidar com a loucura, apontando claramente para um teor de periculosidade.

O preconceito em relação aos pacientes psiquiátricos também aparece na narrativa na situação em que o paciente vai se matricular na escola e mostra o receituário para a diretora, que imediatamente afirma não ter vaga, após já ter iniciado os procedimentos de matrícula.

O **ambulatório** aparece como um parceiro no caso do paciente que cortara o pé, quando fornece aos profissionais do CAPS o material básico para curativo e vacina anti-tetânica.

³² Para a idéia de uma rede de saúde mental pautada na integralidade, ver Alves (2001) e Guljor e Alves (2004), textos inseridos nas coletâneas de Pinheiro e Mattos (2001;2003;2004) sobre integralidade no cuidado e na atenção em saúde.

O **conselho distrital de saúde**, não sendo serviço ou programa de saúde, mas instância da sociedade civil ligada à saúde, aparece no relato com a senhora que leva três pessoas para o acolhimento. Nesta situação é evidenciado que esta senhora tem constrangimento ao atuar neste conselho, fazendo apenas a função de quem vota em função da opinião de outros e de quem acompanha pessoas aos serviços.

Alguns pontos mostram que o serviço está em contato direto e de maneira diferente com a comunidade que o cerca. Quando o marido da paciente participa da festa junina do serviço com sua banda de forró, podemos pensar esta participação como uma inserção de alguém na comunidade na unidade de saúde e/ou também como uma maneira de agradecimento (ou retribuição) ao serviço? Quando a mulher do conselho distrital de saúde traz três pessoas da comunidade para atendimento, podendo conversar com o profissional sobre o tipo de assistência que o serviço oferece e também sobre o seu papel no conselho de saúde, podemos nos perguntar: é uma relação de parceria entre duas instâncias (unidade de saúde e conselho de saúde)?

O **acolhimento** é o dispositivo fundamental da porta de entrada deste serviço, tendo sido acompanhado em alguns períodos da história deste serviço pelo Grupo de Recepção. O conto nos mostra que a **escala de profissionais** para a realização do acolhimento nem sempre é cumprida, como quando a enfermeira escalada para tal tarefa pede a outro profissional para substituí-la na recepção dos novos pacientes. Na situação relatada de realização do acolhimento de três pacientes, podemos notar que foi feito um **diagnóstico da situação**, além do diagnóstico psicopatológico. Nesta mesma situação, devemos apontar que as demandas surgidas no serviço eram de atendimento neurológico.

Ao longo da narrativa, o CAPS é colocado como um lugar onde **“as portas estão sempre abertas”**, seja para os pacientes, para a comunidade ou outras instâncias sociais. Além de demonstrar que se trata de um serviço com livre circulação das mais diversas pessoas, também aponta para o serviço como um **local de referência**; como na situação em que o paciente pede para trazer a namorada para conhecer o serviço, assim como na situação do sujeito com déficit cognitivo, em que o CAPS é posto como um local que pode ser procurado em caso de “dificuldades na vida”.

A **desinstitucionalização** aparece no conto a partir do caso da senhora que tem três irmãos com história de longa internação psiquiátrica, sendo que todos interromperam a vida

asilar a partir do programa De Volta Para Casa. Neste relato, aparece um paciente com as marcas do hospício: ele senta no chão, é aparentemente mudo e não aceita convites para participação no serviço. Como vimos, o trabalho do CAPS com este tipo de paciente exige tempo, persistência e competência na condução de um projeto terapêutico que respeite o sujeito e ao mesmo tempo o convoque.

As propostas de **inserção social** do paciente psiquiátrico aparecem no conto com a existência de um projeto de **trabalho protegido** dentro do serviço para pacientes do CAPS, com bolsa fornecida pelo IFB.

A situação em que uma moça chega ao CAPS já diagnosticada com síndrome do pânico e com prescrição medicamentosa, tendo sido acompanhada no serviço durante cinco semanas e encaminhada ao ambulatório de psicologia, sem ter apresentado a necessidade do uso da medicação, aponta para o trabalho de **“subjetivação da queixa e desmedicalização da demanda”** comumente discutido no campo da saúde mental.

As possibilidades de atender usuários e familiares que conhecem principalmente o hospício e os remédios como resposta às suas angústias são ampliadas na medida em que oferecemos outras tecnologias de cuidado, tanto a escuta do sofrimento como o questionamento das posições cristalizadas nos grupos e oficinas. Assim, espera-se que a medicação deixe de ocupar um lugar central no atendimento, ainda que tenha um lugar importante.

No início da implantação do CAPS Profeta Gentileza não havia o profissional psiquiatra, sendo que a equipe permaneceu alguns meses sem poder contar com esse recurso, reformulando assim todo o seu modo de acolher: ainda que se pedisse o remédio como resposta, ou que se notasse que ele ajudaria na condução do caso, só se poderia usar esse recurso em um segundo momento. Esta situação concreta de não haver a possibilidade imediata do remédio potencializou na equipe a discussão sobre a medicalização do sofrimento, as outras maneiras de lidar com a dor e as articulações necessárias (aí mais do que nunca) com outras unidades de saúde.

Alguns pontos levantados a partir do relato de um dia de CAPS podem sugerir **critérios de melhora** do paciente ou de condições de “alta” do serviço. Quando o paciente precisa menos do serviço (demanda menos), tendo melhorado o quadro clínico (com a estabilização do quadro ou com a menor necessidade de medicação) e tendo outras

inserções na vida (como trabalho) ele melhorou? Estes pontos estão relacionados ao que a literatura de saúde mental considera como **autonomia possível**, que segundo Tykanori (1996) está estreitamente ligado à idéia de dependência e não de auto-suficiência: quanto mais dependente no sentido de ligado a mais relações (pessoas, lugares, coisas) mais autônomo. A concepção canguilheniana de **normatividade** vital, no sentido de que o sujeito cria novas normas de vida a partir de um acontecimento ou de uma mudança (como o aparecimento da doença)³³, orienta esse possível indicador³⁴.

Alguns destes itens referem-se a premissas ou prerrogativas da diretriz política do programa de saúde mental e mesmo mais abrangentes como princípios do SUS. Já outros itens referem-se particularmente à maneira de trabalhar específica de uma equipe de saúde mental. Outros itens trazem a tona concepções de melhora (de bom resultado), como a idéia de não precisar mais tanto do serviço ou ter uma inserção social ou de trabalho, ou não mais usar medicação. Eles podem ser tomados como questões relativas às **diretrizes do programa de saúde mental**, como por exemplo, o trabalho de **desinstitucionalização** e a **intersectorialidade**, como as parcerias e a formação de rede com outras unidades de saúde relações com outras instâncias sociais³⁵.

Itens referentes a acesso, continuidade/seguimento, integralidade, participação da comunidade, regionalização/território, adesão, entre outros poderiam ser considerados itens de uma avaliação normativa, no sentido em que estão definidos e direcionados pelo programa da política pública. Estes itens seriam considerados como de uma avaliação normativa na medida em que se pretendesse averiguar ou conferir se estão sendo cumpridos. Mas também podem ser incluídos na **pesquisa avaliativa** na medida em que não se pretende saber se o serviço cumpre ou não essas premissas, mas **como** caminha na direção de cada uma, ou mesmo se transforma estas premissas em outro tipo de colocação. Por exemplo, há uma discussão entre os profissionais sobre a questão de o CAPS ser o serviço organizador da rede. Embora esteja previsto em lei, dada como diretriz e objetivo do serviço, é uma questão que têm sido experienciada pelas unidades e se tornou foco de

³³ Ver nesse sentido George Canguilhem (2002 [1943]).

³⁴ Ver Venâncio e Delgado (2000).

³⁵ Ver Delgado (1997) e Gomes (1999), neste sentido.

questionamento. Então, talvez, a diferenciação entre o normativo e o avaliativo se dá a partir de como se aborda cada item.

Com o acompanhamento do cotidiano do serviço parece interessante nos perguntarmos **qual é a novidade de um serviço tipo CAPS?** O que este formato de assistência tem de diferente? Por ser regionalizado tem relações estreitas com a comunidade local, a porta aberta e o atendimento sem horário marcado tornam-se um grande diferencial em relação ao hospício, facilitando o acesso, mas também modificando o modo de trabalho dos profissionais no sentido de maior prontidão e flexibilidade de organização. Mas, além destas novidades já citadas, parece que o grande diferencial deste tipo de serviço em relação ao hospital está no **processo de assistência**, nos dispositivos de **acompanhamento** dos pacientes e no fato de **tornar-se referência**.

Enfim, quais seriam as novidades de um serviço tipo CAPS? Qual a sua diferença em relação aos outros dispositivos de cuidado? Acredito que esse exercício inicial de avaliação da qualidade de serviços de saúde mental, por meio de uma metodologia qualitativa, de acompanhamento do cotidiano de um CAPS, possa trazer construções de novas maneiras de avaliar a qualidade da assistência.

Capítulo 4 – História e Contexto do CAPS Profeta Gentileza

4.1. Introdução

Este capítulo irá documentar a história de implantação do CAPS Profeta Gentileza, destacando o contexto em que se insere e irá apontar para as **discussões** que permearam o cotidiano da equipe ao longo de três anos de funcionamento. Neste capítulo pretendemos realizar etapas sugeridas pela literatura de avaliação da qualidade de serviços, como vimos anteriormente, com a **contextualização histórica e sócio-cultural** do ambiente em que insere a unidade de saúde estudada, assim como apresentar os elementos de **estrutura** do serviço e **processo** de trabalho em equipe, além de situar o CAPS no **programa** de saúde mental. Esta etapa da pesquisa é uma aproximação do **cotidiano do serviço** com tudo o que nele coexiste: equipe multiprofissional, pacientes, comunidade, organização e projetos de implementação dos dispositivos assistenciais.

Neste capítulo vamos adentrar a história de construção de um serviço substitutivo que nasce do projeto de ser o primeiro **CAPS III** do município do Rio de Janeiro. Vamos escrever sua história, demarcar seus elementos assistenciais e apontar os modos de construção do trabalho na unidade a partir de um registro oficial do cotidiano do serviço (o Livro-Preto) e da observação participante que contempla esta pesquisa³⁶.

Para construir a história e o contexto dos três anos de funcionamento do CAPS, lançamos mão da coleta de dados e de análise do **Livro-Preto do CAPS**. Este livro, também chamado de “livro de ocorrências” ou de “livro de registro”, será utilizado como material empírico. Trata-se, na verdade, de três cadernos com páginas numeradas, são eles: Livro-Preto I: aberto quando a equipe está ainda no CAPS Pedro Pellegrino. Referindo-se ao tempo decorrente entre 05/06/03 e 02/12/04, tendo 150 páginas numeradas, sendo um número correspondente à frente e verso; Livro-Preto II: referente às datas de 06/12/04 a 06/02/06, com páginas numeradas de 1-200; e Livro-Preto III: começa no dia 07/02/06 e continuava em aberto, no término da pesquisa de campo. Nossa análise deste material vai até o final do mês de agosto de 2006. Trata-se de um **registro do cotidiano do serviço**,

³⁶ Neste capítulo, as palavras entre aspas se referem aos termos utilizados no serviço, são categorias nativas. Cabe observação especial ao termo “paciente” que é a designação mais comum entre os profissionais deste serviço para se referir à clientela. Não se trata de uma escolha deliberada, tendo em vista as idiosincrasias em relação aos termos correntes na atenção psicossocial: paciente, cliente e usuário. Esta questão nunca esteve em pauta na equipe. O mais relevante é que “usuário” em Inhoafba é usuário de drogas.

onde todo tipo de assunto é anotado pelo conjunto da equipe. Este material é utilizado pela pesquisa como uma das formas de acompanhar o cotidiano na assistência.

Este material será utilizado para construir a história e o contexto deste serviço a partir dos **tópicos de discussão destacados pela equipe**. Como veremos, no registro do Livro-Preto há uma infinidade de temas. São encontrados registros dos acontecimentos em serviço, recados de um profissional a outro, telefonemas recebidos, anúncios de fechamentos da unidade, atas de supervisão, discussão de condutas clínicas, dentre outros. Para os objetivos da pesquisa, iremos destacar alguns tópicos específicos, como questões relativas à **rede de saúde**, as **propostas de organização da porta de entrada**, os planejamentos em relação ao **desenho do serviço**, dentre outros elementos do cotidiano do serviço que vão nos mostrar as questões debatidas pelos profissionais ao longo do período estudado.

Esta pesquisa vai abordar a história do serviço desde o seu início, com a contratação dos primeiros profissionais, em outubro de 2002, até agosto de 2006, momento em que termina a pesquisa de campo propriamente dita³⁷.

Será possível observar ao longo da construção deste capítulo que há momentos diferentes no processo de implantação, que há transformações dos dispositivos assistenciais propostos e que alguns tópicos de discussão são permanente enquanto outros são sazonais. Vamos, então adentrar no universo do CAPS Profeta Gentileza, que fica no bairro de Inhoaíba, nascido do projeto de um CAPS III. Apesar de ter sido cadastrado como CAPS II em março de 2005, mantém a proposta de se tornar CAPS III no futuro.

O **CAPS Profeta Gentileza** fica na **AP 5.2** do município do Rio de Janeiro, no bairro de Inhoaíba, **Zona Oeste** da cidade. Sua implantação começa no ano de 2002 com a formação inicial da equipe de profissionais e em meados de 2003 há a ocupação da sede física em Inhoaíba.

A história do CAPS Profeta Gentileza começa ainda em outro serviço de saúde mental, o CAPS Pedro Pellegrino, em Campo Grande, que também faz parte da Área Programática 5.2, Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro. Foi a partir da “saturação”

³⁷ Dentre os profissionais contratados para o CAPS Profeta Gentileza, está a pesquisadora. Portanto vamos contar com experiência e anotações próprias para a reconstituir a história da unidade. O trabalho de campo, propriamente dito, ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2006. Sendo que neste período a pesquisadora estava licenciada do trabalho, não estando na assistência.

do CAPS Pedro Pellegrino, juntamente com a proposta de implantação progressiva de serviços tipo CAPS da coordenação de saúde mental do município do Rio de Janeiro, que nasce o projeto do CAPS Profeta Gentileza.

O CAPS Pedro Pellegrino foi o segundo serviço tipo CAPS a ser implantado no município. A partir de um levantamento feito pela coordenação de saúde mental sobre o mapa de serviços de saúde existentes na cidade e com o Censo dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos no ano de 1995, estabeleceu-se política de implantação de serviços tipo CAPS com prioridade nas áreas da cidade com maior escassez de recursos assistenciais e com maior número de pacientes psiquiátricos internados. Então, a prioridade era implantar CAPS nos bairros de Irajá, Campo Grande e Santa Cruz³⁸.

O CAPS Pedro Pellegrino, em Campo Grande, teve seu início em janeiro de 1997, com o desafio de construir a clínica psicossocial de referência para aquele território. A partir da grande demanda que recebia, no ano de 2002 a equipe faz um levantamento de seus pacientes e, junto com a Coordenação de Saúde Mental do município, começa o planejamento da implantação de um outro CAPS na mesma AP 5.2, o CAPS Profeta Gentileza, que nasce designado para ser o primeiro CAPS III do município.

A equipe deste novo serviço começa a ser formada em outubro de 2002, com a contratação de cinco psicólogos e, em seguida, de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A estes profissionais vão se seguindo outros, lotados principalmente em 2004, com contratações diversas (Prefeitura e Ong Instituto Franco Basaglia), de forma que a equipe vai se formando paulatinamente. A coordenação já tinha a definição do projeto de CAPS III, portanto o quadro de profissionais é relativo a este tipo de serviço, com equipe de enfermagem maior do que a de um CAPS II. A coordenadora da futura unidade era uma profissional que esteve desde o início no CAPS Pedro Pellegrino.

4.2. Período da “equipe Gentileza” no CAPS Pedro Pellegrino

A partir de outubro de 2002, então, começa a gestação do CAPS Profeta Gentileza. Os profissionais que haviam sido contratados naquele ano passaram nove meses

³⁸ “Os CAPS de Campo Grande e Santa Cruz e a consolidação da rede de atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro”, p. 31- 36; e, “CAPS Pedro Pellegrino: aprendendo a construir”, p 187 – 190, In: Cadernos do IPUB, número 14, Instituto de Psiquiatria – UFRJ, 1999.

compartilhando o trabalho de assistência no CAPS de Campo Grande, até a mudança para a casa definitiva, em Inhoaíba, no mês de junho de 2003.

Este período de compartilhamento do trabalho em Campo Grande, condicionado pela definição do local do futuro serviço, foi oportunizado seguindo alguns eixos:

1. O **planejamento** e a **formulação** do futuro CAPS. Havia reuniões semanais dos profissionais de Inhoaíba, onde eram discutidas as propostas dos serviços tipo CAPS com a novidade da implementação do acolhimento noturno. Havia discussões abertas sobre o tema, assim como o seguimento de literatura sobre o assunto. Eram discutidos os desafios desta nova proposta de assistência, assim como as estratégias para sua implementação. A definição do **projeto institucional e clínico** de um CAPS III aparece em relatos sob forma de alguns tópicos, como por exemplo: o “modelo CAPS”, a medicalização do social, a implicação dos pacientes no tratamento, a crítica ao dispositivo de oficinas com o risco de entretenimento, como tratar de sujeitos em grave sofrimento psíquico, a questão da inclusão social, a “ambulatorização dos CAPS”, os “crônicos de CAPS”, a clínica da recepção ou acolhimento, a construção do caso clínico e do projeto terapêutico individual, os recursos da rede, as parcerias com o PSF/PACS, a necessidade de formação permanente e continuada, dentre outros assuntos citados no Livro-Preto.
2. O **treinamento** ou “familiarização” com o trabalho na saúde mental. A maioria dos profissionais contratados não tinha experiência em serviço tipo CAPS e nem mesmo na psiquiatria³⁹. Desta forma, trabalhar junto à equipe de Campo Grande tinha um valor de treinamento e aprendizagem do funcionamento deste tipo de serviço, da clientela e da clínica. A preocupação com o treinamento dos profissionais era constante. Nesta época, havia apenas psicólogos e enfermeiros lotados e as razões de escolha por Inhoaíba tinham teores diferentes. A escolha dos psicólogos estava pautada na vontade de trabalhar em um serviço do tipo CAPS e com o desafio da implantação do primeiro CAPS III do município. Já para os enfermeiros e auxiliares de enfermagem a escolha havia se dado, em sua maioria, por proximidade de região de moradia e pela possibilidade de escalas noturnas de trabalho (previsto para o

³⁹ No I Congresso de Trabalhadores de CAPS, ocorrido em São Paulo no ano de 2004, foi anunciado que a maioria dos trabalhadores de CAPS estão no primeiro emprego. No CAPS Profeta Gentileza não foi diferente, pois a maior parte dos profissionais contratados estava entrando recentemente no mercado de trabalho.

CAPS III). Então, no início da constituição da equipe há uma diferença básica entre as duas categorias profissionais no que tange a escolha de lotação.

3. O início da **assistência** aos pacientes moradores de Inhoaíba. Foi realizado um levantamento dentre os pacientes que se tratavam no CAPS de Campo Grande que residiam na área de Inhoaíba. Eram mais ou menos 60 pacientes matriculados, com os quais os profissionais do CAPS Profeta Gentileza começaram a trabalhar, já na perspectiva da transferência futura de serviço. Os profissionais de Inhoaíba atendiam também pacientes recém-chegados (acolhimento) que seriam da abrangência do futuro CAPS Profeta Gentileza.

Este período inicial também foi marcado por algumas **tensões entre as duas equipes**. Era comum ouvir falas do tipo “uma equipe sempre encontra o furo da outra”, quando em situações de trabalho conjunto. As maneiras diferentes de trabalhar nem sempre encontravam lugar para serem compartilhadas e discutidas. Aparecia também um certo “espanto” dos “novos” profissionais em relação ao trabalho de assistência do “antigo” serviço, com críticas em relação à clínica efetuada em um serviço que estava tendo de lidar com um contingente de pacientes maior do que sua capacidade assistencial.

A escassez de **estrutura física** já era um problema no CAPS Pedro Pellegrino. Com poucas salas e pequenos locais de convivência, havia disputas entre os profissionais para ocupar locais de atendimento, sendo comum o uso de mesas do refeitório, atendimento nos bancos da área central e uso de salas do ambulatório de psiquiatria no período da tarde. Com a chegada dos profissionais de Inhoaíba o espaço ficou menor ainda, sendo comum a brincadeira de que a sede do CAPS de Inhoaíba era na praça em frente ao serviço.

A **casa do CAS Profeta Gentileza** foi comprada no bairro de Inhoaíba, um dos locais com menor IDH do município, mas faltavam algumas reformas. A partir da vontade de iniciar um novo trabalho e da morosidade na realização das reformas necessárias na casa nova, a equipe de Inhoaíba decide se mudar indo para a nova sede mesmo com “a casa caindo” (pois havia um pedaço da sala em que o chão havia desabado). Em seguida, o CAPS ganha seu nome definitivo, designado pela coordenação de saúde mental e recebido com agrado pelos profissionais. Logo depois chega a primeira supervisora, Professora Cristina Loyola (IPUB/UFRJ), enfermeira. Na escolha da supervisora já estava embutida a

preocupação em trabalhar com uma equipe grande de enfermagem e o desafio de constituição do projeto de acolhimento noturno.

Vamos apresentar abaixo a história e o contexto deste serviço a partir da descrição de elementos da assistência e de tópicos abordados ao longo dos três anos de funcionamento.

4.3. A área de Inhoaíba e a inserção do CAPS no território

4.3.1. A região de Campo Grande

Para entender melhor a localidade Inhoaíba é preciso passar por Campo Grande. A partir do Plano Estratégico da Cidade do Rio de Janeiro⁴⁰ temos algumas informações básicas:

“A região de Campo Grande cobre uma área de 46.996 hectares onde residem 896.856 habitantes, segundo Censo 2000. Tem o território mais extenso e o maior contingente populacional entre as 12 regiões do Plano Estratégico que compõem o Município do Rio de Janeiro. Sua densidade bruta de 19,1 habitantes por hectare é uma das menores. É formada por 11 bairros: Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Paciência, Pedra de Guaratiba, Santa Cruz, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Sepetiba”.

O Plano Estratégico informa que 82% dos estabelecimentos do local são compostos de comércio e serviços, empregando aproximadamente 49 mil pessoas e representando a sexta arrecadação do município.

“A Região está classificada como médio-alto desenvolvimento humano segundo o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (0,766), e ocupa a **última posição** quando consideradas as 12 regiões do Plano Estratégico, o que faz dela a **região de menor desenvolvimento humano da cidade**. Entre as dimensões que compõem o IDH, também apresenta os piores resultados em longevidade (IDH-L= 0,708) educação (IDH-E=0,900) e renda (IDH-R=0,690). (...) Os dados demográficos indicam que a região cresceu à acentuada taxa de 22%, na década de 1990, a segunda maior taxa de crescimento da cidade, superada somente pela

⁴⁰ Plano Estratégico da Cidade do Rio de Janeiro, via internet, na página da Prefeitura Municipal www.rio.rj.gov.br/planoestrategico/interna.php pesquisado em 08/05/2006.

Barra da Tijuca. É a Região que tem o maior contingente populacional da cidade, tendo absorvido cerca de 200.000 novos residentes na década. O maior crescimento populacional ocorreu na segunda metade da década: 14%, ou 126.096 novos moradores. Alguns bairros cresceram a taxas acentuadamente na década de 1990, como Guaratiba (43%), Inhoaíba (36%) e Paciência (33%). Cabe destacar que dois bairros perderam população entre 1996/2000: Barra de Guaratiba (-11%) e Senador Vasconcelos (- 2,5%)”.

A região considerada de Campo Grande pelo Plano Estratégico do município é bastante abrangente. Para a **abrangência do CAPS de Inhoaíba** vamos excluir o Bairro de Santa Cruz, que faz parte da AP 5.3 e tem seu próprio CAPS. Os outros bairros citados como pertencentes à região de Campo Grande fazem parte da abrangência dos CAPS Pedro Pellegrino e Profeta Gentileza, com divisões deste território para referência de cada serviço.

4.3.2. O bairro de Inhoaíba e a comunidade

Dentro da região de Campo Grande, o bairro de Inhoaíba tem características de ocupação desordenada, com a criação de **comunidades faveladas**, com pouca infraestrutura urbana e de serviços. Há poucos recursos no que tange a possibilidade de lazer e de espaços próprios para a convivência social, como praças, por exemplo. A situação de precarização social de Inhoaíba, pode ser observada a partir do Projeto de Lei de uma vereadora local, que institui a Semana de Inhoaíba, com as seguintes propostas:

“(...) desenvolver programas de valorização, revitalização e de ação social com a participação da população local através de suas comunidades organizadas, entidades, associações. (...) [Devendo ser promovido] **organização e gestão de serviços sócio-sanitários e educativos**; prestação de serviços de orientação psicossocial e vocacional; campanha de informação sobre a dependência química; a realização de atividades relacionadas à inclusão digital a partir dos serviços temáticos; projetos de preservação, recuperação e revitalização do ambiente urbano e da paisagem urbana; projetos de estímulo à produção cultural local a partir da realidade dos seus moradores; atividades relacionadas à prática do desporto e do lazer” (Câmara Municipal do Rio de Janeiro, projeto de lei número 2094/2004, da vereadora Lucinha, institui a Semana de Inhoaíba, devendo ser comemorada na segunda semana do mês de setembro de cada ano. Grifo nosso).

Trata-se de uma **região pobre**, com uma população com reclames de pouco acesso a instituições públicas de assistência social e de saúde, sem alternativas de lazer e marcada pela existência de organizações criminosas, ligadas a tráfico de drogas, nas comunidades; o que acarreta violência na região e (supostamente) alto consumo de drogas.

A **casa sede do CAPS** de Inhoaíba fica em frente à comunidade do Barbante. Toda a região em torno do serviço é tida como área de favelas. A comunidade das cercanias do serviço é carente e alguns bairros têm forte **influência do poder armado do tráfico de drogas**. Na Estrada de Inhoaíba, o comércio tem pequenas vendas, locadoras de vídeo (e recentemente DVD), lojas de material de construção, oficinas mecânicas, casas que servem almoço prato-feito na varanda e igrejas evangélicas. Numa extremidade da Estrada de Inhoaíba fica o Posto de Gasolina Preto-Velho com sua imagem dentro da parede de vidro e, na outra extremidade, a Praça de Inhoaíba, com a estação de trem do ramal Santa Cruz e um posto de saúde em construção (como observado por profissionais do CAPS e por pacientes, trata-se de uma construção que só avança nos períodos eleitorais).

Grande parte da abrangência territorial deste serviço é formada por comunidades carentes que convivem com grupos ou facções de controle do tráfico de drogas. Muitas vezes há conflitos entre grupos rivais, de facções diferentes, na luta pelo domínio de “territórios”. Há também confrontos com a polícia. Recentemente a violência local aumentou em função da atuação de grupos chamados de “milícias”, que segundo contam pessoas que vivem na comunidade, estes grupos tem ligação com políticos do lugar e trata-se de “seguranças privados” que pretendem manter a segurança na comunidade.

A maior parte da abrangência do CAPS Profeta Gentileza é composta por populações que convivem com **tiroteios** e **assassinatos**. Também, estas populações têm que se submeter ao controle destes grupos, que impõem imperativos de ordem de acordo com o negócio que efetuam. Não é incomum, quando um traficante é assassinado, a comunidade ser obrigada a ficar de “luto”, fechando os estabelecimentos e circulando o mínimo necessário pelas ruas. Nestas situações, em geral, os estabelecimentos, sejam as lojas locais ou as instituições públicas, como postos de saúde e escolas, são “avisadas” que devem fechar. Isto inclui o CAPS.

Ao fazer uma busca no Google sobre Inhoaíba, aparecem matérias de jornais sobre a **violência**, assim como notas de departamentos da polícia. Quase todos os resultados da

busca são relacionados à violência, descrevendo situações de confronto entre facções rivais ou com a polícia, com conseqüentes números de mortos e de fechamento de estabelecimentos. Há apenas duas exceções nos resultados desta busca: um item sobre o planejamento de reforma da Praça de Inhoaíba e uma matéria sobre a educação noturna numa escola da região. Nesta matéria sobre uma escola pública da região, que tem curso de nível médio no período noturno, a diretora afirma que “perde” muitos alunos por causa da violência; seja porque vão trabalhar para o tráfico, seja porque acabam abandonando a escola por insegurança no trajeto de ida e volta⁴¹.

A região não é oficialmente considerada “de risco” pela administração municipal, mas há tentativas de processos neste sentido, tendo em vista a vulnerabilidade do local em relação aos confrontos entre grupos relacionados ao tráfico de drogas.

Com estas características, a relação do CAPS com as comunidades locais é marcada por preocupações em relação à **violência** e por tentativas cuidadosas de **inserção na área**. Desde o início do serviço, quando a equipe inicial se muda para a nova casa, a situação da violência local foi considerada no cotidiano e nas estratégias de conhecimento da rede de serviços da área e da comunidade local.

O modo pelo qual o CAPS foi apresentado às demais instituições estatais e societárias do local, num primeiro momento, foi marcada por conversas com a associação de moradores das comunidades imediatamente vizinhas ao serviço, assim como pela recepção de pessoas da comunidade no sentido de informar sobre a proposta daquela assistência em saúde mental. Logo em seguida à chegada à Inhoaíba, em 04/07/03, há uma conversa com os dois funcionários novos do serviço (que realizavam função de vigia, jardineiro e servente, sendo ambos moradores da comunidade), sobre a proposta do serviço e sua clientela. O senhor mais velho se propõe a ajudar com o contato com a associação de moradores do bairro. Este contato acontece no mesmo dia e o presidente da associação que reúne seis comunidades de Inhoaíba vai ao serviço e conversa com a equipe. Este senhor, foi fundamental para que a comunidade soubesse sobre a instituição que se instalava nas cercanias. O maior veículo de informação local é a associação de moradores, com reuniões periódicas com a população local.

⁴¹ <http://www.reportersocial.com.br/noticias>

Era fundamental que a comunidade local soubesse desde o início sobre o serviço e suas propostas. Neste período, pessoas da comunidade iam ao serviço e conversavam com os profissionais. Houve vezes em que pessoas manifestaram frustração em relação a ser um “serviço para malucos” e não atendimentos em saúde de maneira geral, outras vezes o trabalho em saúde mental era entendido como “para drogados”.

Em setembro de 2003 há registro de preocupação da equipe com a abertura do acolhimento noturno, considerando a possibilidade de chegar para ser atendido algum caso de clínica médica de emergência, ressaltando que a área é “rodeada de favelas”, com situações de violência por parte de pessoas envolvidas com o tráfico. Enfim, o receio era de que feridos pela violência local chegassem ao serviço e obrigassem os profissionais a fazer curativos e outros procedimentos. A enfermagem chamava a atenção para a possibilidade de ocorrência destas situações. Muitos da equipe questionavam a efetivação do acolhimento noturno, tendo em vista a região. Para enfrentar este temor, a única sugestão de algo que poderia ser feito era o esclarecimento da comunidade sobre o serviço.

Houve ainda a situação do Bazar (uma das atividades do serviço), cuja placa de “vende-se” foi retirada da porta de entrada da unidade, após situação conflituosa com uma moradora da região, que tomou a existência do bazar do CAPS como uma competição de venda com bazares da comunidade. Sendo a atividade de bazar eminentemente interna, optou-se por retirar esta placa (junho de 2004).

Ao longo de todo o período estudado, há registro de **fechamento da unidade** por “conflito na comunidade” ou por “ordem do tráfico”. Nos primeiros meses, o serviço não sabia ainda como proceder quando havia situação de aparente risco na região. Por vezes, fechou a porta inteiramente ou pela metade, mas continuou funcionando. Antes de completar um ano, já com alguma inserção na comunidade, o serviço era “avisado” de que deveria fechar. Em geral, um “mensageiro” avisa o vigilante no portão e, na falta deste, chama alguém e dá a “ordem”.

Certa vez, em 2004, depois do “aviso” e das portas fechadas, a equipe demorou a sair do serviço porque tinha um paciente em crise cujo manejo exigiu mais tempo e um outro que dependia de familiar para voltar pra casa. O “mensageiro” chegou a ir três vezes no CAPS, insistindo para que se encerrassem os trabalhos e que todos saíssem do local, o

que deixou a equipe bastante apreensiva, pois recentemente o mercadinho ao lado havia sido metralhado por “não-obediência”.

No início de 2004, os profissionais perceberam que havia um homem, da casa bem em frente ao serviço, que passava o dia inteiro olhando para o CAPS. Um tempo depois, foi construído um terraço no segundo andar, onde ele ficava mais protegido, tinha um buraco, por onde ele continuava a observar o serviço e, eventualmente, cumprimentava os profissionais na entrada e na saída. Os profissionais que moram na região esclareceram ao restante da equipe que se tratava de um “olheiro”. Tinha, portanto, uma pessoa com a tarefa de observar o serviço. Alguns diziam que isso era um fator de “segurança”, pois “eles” sabiam quem trabalhava ali, sabiam quem eram os técnicos.

Certa vez, em 2006, em situações de confronto relacionados com o negócio do transporte de vans, havia ameaças de queimar estes veículos. Mandaram avisar no CAPS que não era para a equipe usar as vans, pois “não adiantava ter doutor” que eles iriam incendiar.

Esta situação real vivida no local é uma preocupação constante na equipe, que tenta se manter informada de “como vão as coisas na comunidade” com os vigias e as pessoas moradoras. Este fato não é apenas mais um dado do contexto do serviço, mas é uma **condicionante da assistência**. Este fato determina questões de **acesso** ao serviço e de possibilidade de atender à demanda, sendo também considerada na formulação de projetos terapêuticos.

Tem-se, por exemplo, a situação em que pacientes não “podem” ir ao serviço porque moram em uma comunidade com “comando” diferente deste que domina a favela do Barbante, em frente ao CAPS. Portanto, há comunidades que são da **cobertura** deste serviço, mas que os moradores têm impedimentos para se tratar no CAPS. Não se sabe quantos pacientes (ou potenciais pacientes) vivem esta situação, mas são constantes os comentários a este respeito. Esta situação é tomada como um obstáculo ao **acesso**. Sabe-se, por exemplo, que há usuários da região que procuram o CAPS Pedro Pellegrino em Campo Grande, assim como no CAPS Profeta Gentileza existem pacientes que deixam de ir ao serviço por confrontos na comunidade e ainda outros em que a formulação do projeto terapêutico leva em conta esta questão, com a diminuição das idas ao serviço, já supondo restrições. Enfim, **estas comunidades têm em seu cotidiano delimitações de territórios**

marcados pelos grupos de domínio do tráfico, e isto influencia o trabalho de assistência no CAPS.

As estratégias de conhecer a região são pautadas pela prerrogativa de ir com pessoas conhecidas e usar identificação. No caso das visitas domiciliares, a questão da violência nos “territórios” de influência do tráfico é sempre considerada, existindo áreas em que não é possível realizar visita domiciliar. A articulação com o Programa de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários torna a situação de entrar nas comunidades algo mais seguro, a partir das visitas conjuntas. Mas nem todos os locais têm a cobertura de PSF/PACS, assim como nem todos os profissionais estão dispostos a adentrar nas comunidades.

A questão que envolve a realização de visitas domiciliares vai além das regiões consideradas perigosas e inclui de maneira decisiva o transporte. Ter **carro** para visita domiciliar sempre foi algo solicitado pela equipe, se concretizando apenas em alguns momentos. No início do funcionamento do CAPS, profissionais habituados com a realização de visitas domiciliares no CAPS de Campo Grande, acabavam fazendo esta atividade com carro próprio. Algumas vezes houve o reconhecimento, depois de realizada a visita, de que não deveria ter sido feita, por ser área propensa à violência e por não usar veículo oficial, além de nenhuma identificação pessoal. Ao contrário dos agentes comunitários, os profissionais da saúde mental não usam uniforme nem jaleco. Também a identificação por crachá, com foto e categoria, só foi fornecida aos profissionais no final do ano de 2005.

Ao contrário da realidade vivida em outros CAPS do município, onde o entorno do serviço é uma área de circulação de profissionais e de pacientes, no CAPS de Inhoáiba praticamente não há trânsito de pessoas do serviço fora do espaço da chácara onde fica o serviço.

Ainda como algo importante em relação ao **acesso** dos usuários ao serviço tem-se a dificuldade de **transporte público na região**. Há somente uma linha de ônibus que cobre a estrada de Inhoáiba. O grosso do transporte de pessoas se dá através de vans. A população local usa bastante a bicicleta como meio de transporte e realiza caminhadas para chegar ao serviço.

Um dificultador em relação ao meio de transportes do tipo van diz respeito a sua freqüente não-aceitação do passe-livre e a evitação de transportar pessoas idosas

gratuitamente. Isto, sem dúvida, é um fator importante no que diz respeito ao acesso ao serviço, tendo em vista que o passe-livre é um dos benefícios oferecidos aos pacientes da atenção psicossocial, no sentido de favorecer ou mesmo possibilitar o tratamento. Assim como há acompanhantes de pacientes do CAPS que são idosos. As vans, por lei, têm que aceitar uma porcentagem de gratuidades, mas na realidade isto é algo sempre “negociado” no momento do embarque e com pouco sucesso dos pacientes nesta negociação com os motoristas; acentuando a dificuldade do paciente em seguir seu tratamento, contribuindo para desistência e/ou exigindo longas caminhadas até o serviço.

4.4. Os recursos do CAPS Profeta Gentileza

Nesta seção vamos descrever os recursos utilizados para a realização da assistência no CAPS Profeta Gentileza, desde os materiais e meios até os recursos físicos da sede do serviço, assim com os recursos humanos. Estes itens fazem parte daquilo que o esquema sistematizado por Donabedian (1982) chama de **elementos da estrutura**, assim como contempla o que Saraceno (1999) aponta como **recursos do serviço e dos profissionais**.

A precariedade de recursos para o funcionamento do serviço é algo presente desde o início e não totalmente sanado até o fim do período estudado. Este CAPS nunca recebeu **alimentação**, por exemplo. A alimentação é um dos itens previstos na assistência de um CAPS, é considerado um elemento importante para a **adesão** do paciente ao tratamento. Neste serviço, alguns pacientes levam os seus almoços e assim, passam o dia no CAPS (mas não são muitos, no primeiro semestre de 2006, havia não mais de cinco pacientes que almoçavam no serviço).

Para a provisão de materiais mínimos para o trabalho dos profissionais, como água, por exemplo, os profissionais têm uma “caixinha”. Esta arrecadação fornece além da água, o gás para a cozinha, que esquentava a comida dos pacientes que ficam o dia no serviço. Nos primeiros anos de funcionamento a “caixinha” pagava também o papel higiênico, sabonete para lavar as mãos, etc. Parece desagradável descrever esta situação aqui, mas isto causa de atritos em equipe. Há falas entre os profissionais, ao longo dos três anos, no sentido que o serviço “nunca vai ser realmente implantado”, acarretando ainda uma sensação de “abandono” do serviço e dos profissionais, por parte da gestão. É bastante clara a

insatisfação dos profissionais em relação à falta de provimentos básicos para o funcionamento da unidade.

Com a entrada de profissionais de copa e cozinha, cada profissional passou a dar o dinheiro para a provisão do almoço, para não ter de sair da unidade, como no primeiro ano de funcionamento. Paulatinamente alguns materiais foram sendo entregues no serviço, como papel higiênico, sabonete e papel toalha. Em agosto de 2006, a equipe continuava fazendo caixinha para provimento mínimo da unidade. Assim como continuava a haver reclamações e conflitos na equipe, em relação à falta destes recursos. O fato, por exemplo, da equipe pagar o gás de cozinha, proporcionando fazer o almoço da equipe, mas também esquentar o almoço de pacientes que passam o dia no serviço, causa desconforto entre profissionais.

O problema desta falta de provimento de materiais previstos na assistência tipo CAPS não causa somente conflitos entre os profissionais, mas define condutas e gera mal-estar. Há uma situação exemplar que cabe ser descrita aqui.

O CAPS é chamado para ver uma paciente internada na emergência de um hospital geral da região. Ela está bastante desorientada e só consegue informar que é “de Inhoaíba”. O CAPS parte em busca de informações sobre a paciente e a partir de pessoas que a reconheceram no hospital consegue-se contatos de moradores do bairro, chegando-se até um familiar distante. Com fragmentos de falas da paciente e com situações relatadas por várias pessoas, é reconstituída sua história: havia sido moradora de rua nos últimos vinte anos, dera um filho para a adoção e perdeu o segundo filho recém-nascido num beco (situação em que a polícia a acusa de assassinato, mas ela não chega a ser presa, e nem levada a tratamento). Descobre-se que tem o pai internado em uma clínica psiquiátrica conveniada e que este tem um “barraco” na favela do Barbante. Em parceria como hospital em que ela estava internada e com a melhora do quadro psicopatológico, depois de duas licenças hospitalares para passar o dia no CAPS, consegue-se que ela saia da internação, durma no “barraco” do pai e se trate todos os dias no CAPS. Ela não tem documentos, coisa que o CAPS terá de providenciar para o pedido de benefício social. A alimentação aparece como algo fundamental para que ela se trate. Pois ela “se vira” nas ruas, mas nestas situações não consegue fazer tratamento. Diante disso, alguns profissionais sugerem que o

serviço ofereça o almoço. Mas que almoço, se não há alimentação disponível no serviço? A equipe acaba pagando para que ela possa almoçar no serviço.

Este é um caso que mobilizou a equipe, com meses de internação até que ela fosse para o CAPS, pela simples falta de condições mínimas para o tratamento. A equipe considera que a alimentação é fator importante para adesão desta paciente e resolve prover seu almoço no serviço. Mas nem sempre é assim, e não é mesmo indicado que seja. Não se sabe quantos pacientes poderiam estar em tratamento se houvesse almoço no serviço⁴².

Um recurso fundamental para a assistência no CAPS, já citado anteriormente, é o **carro**. Sendo utilizado principalmente para visitas domiciliares e hospitalares, é um elemento fundamental do trabalho do CAPS, possibilitando o atendimento de usuários que não podem ir ao serviço. O carro, na atenção psicossocial, considerando as características da clientela, é um atributo do **acesso** ao tratamento.

A disponibilização deste recurso nunca foi estável em Inhoaíba. Desde o início da história deste CAPS as visitas domiciliares são feitas, em sua maioria, com veículo próprio dos profissionais. Há diversos relatos em Livro-Preto sobre a necessidade de visitas domiciliares, assim como de visitas a clínicas e hospitais para trabalho de acompanhamento de internações e principalmente para o trabalho de desinstitucionalização, que com a falta de veículo não são realizados. A falta de veículo impede a realização de uma série de procedimentos propostos e é considerado pela equipe como um **obstáculo à assistência**. Esta é uma queixa constante dos profissionais, que cede um pouco no primeiro semestre de 2006, com a disponibilização pela CAP de um carro um turno por semana; ocasião na qual foi feito um levantamento das situações mais urgentes.

Outro recurso fundamental do serviço é o **telefone**. A primeira linha telefônica da unidade foi ligada em julho de 2003, um orelhão na parte externa da casa. Os cartões telefônicos eram fornecidos pelo IFB. De vez em quando o telefone não funcionava e outras vezes não tinha cartão. Mas o maior dificultador deste telefone não é a intermitência e sim que se trata de uma instalação que contém “gato”, o que significa que a mesma linha

⁴² A questão da alimentação é eventualmente discutida em serviço, tendo sempre uma previsão que vai sendo cada vez mais adiada de provimento de almoço para os pacientes. Alguns profissionais da equipe consideram que não é interessante ter almoço para muitos pacientes, somente o suprimento de lanche que permita que se alguns passem o dia na unidade e apenas para caso de crise ou casos onde “comer no serviço” seja fundamental para o tratamento. Portanto é reconhecida a importância de ter alguma alimentação no serviço, mas não necessariamente almoço para muitos pacientes diariamente.

é utilizada por pessoas da comunidade, em suas casas, com seus aparelhos telefônicos. Este fato torna a comunicação bastante limitada: por exemplo, não é recomendado falar de um caso com outro profissional pelo telefone, não se sabe quem pode ouvir e afinal, os pacientes são moradores da área. De forma que mesmo com uma linha telefônica, boa parte do que precisava ser tratado por telefone, não o era; de forma que os profissionais usavam seus telefones celulares pessoais. Isto sempre foi motivo de insatisfação por parte dos técnicos, além de dificultar sobremaneira a comunicação como outros serviços, prejudicando a assistência.

Mesmo com esta limitação é possível perceber no registro do Livro-Preto como aumentam os contatos com outros profissionais e instituições com a instalação do orelhão. Uma linha própria para o serviço foi instalada em outubro de 2005, melhorando substancialmente a comunicação externa da unidade.

Outro item componente da assistência em saúde mental é o fornecimento de **medicação**. No início o serviço não havia medicamentos na unidade, de modo que os pacientes buscavam medicação na farmácia do PAM Comari (em Campo Grande), com a receita prescrita pelo psiquiatra de Inhoaíba (tendo de pegar dois transportes públicos entre os dois locais).

O fornecimento de medicação passou a ser realizado no serviço, de maneira intermitente, no primeiro semestre de 2004, tendo se estabilizado em seguida. Atualmente o fornecimento de medicamentos é feito da mesma maneira que outros CAPS do município, com falta eventual de alguns itens. A disponibilidade de medicação no serviço é um elemento importante da assistência, definindo a **confiança e satisfação dos usuários** em relação ao serviço. A medicação é um dos **elementos da estrutura** que influenciam diretamente os **processos de trabalho** dos profissionais (como ter de substituir a medicação prescrita em falta por outra, implicando maior número de consultas médicas, por exemplo) assim como influencia os **resultados da assistência** (como desestabilização do quadro psicopatológico por falta de medicação).

Os profissionais de **limpeza** e **segurança** também não são constantes. Ao longo do período estudado há vários momentos de falta destes profissionais. A situação de falta de profissional da segurança deixa a equipe em alerta, pois a entrada do serviço fica sem ninguém que esteja de prontidão para saber como anda a comunidade e auxiliar nas

informações e orientações aos pacientes. A situação de falta de profissional de limpeza deixa o serviço em situação precária para o trabalho, obrigando adaptações como, por exemplo, técnicos precisarem ajudar na limpeza, aceitar a ajuda de familiares e pacientes para estas tarefas.

Ao longo da história do serviço há uma série de melhorias da **estrutura física** que vão sendo realizadas, no início de forma mais intensa e posteriormente em pequenos reparos e adaptações.

Equipamentos como móveis e material de escritório, além de fichas padronizadas para procedimentos de atendimento, foram chegando paulatinamente no primeiro período da história do serviço; de modo que se tinha um tipo de prontuário, mas não o outro, ou se tinha papel, mas não caneta. Estes recursos foram chegando. Em agosto de 2006 havia o suprimento dos materiais necessários, assim como funcionários da segurança.

4.4.1. A casa (a estrutura física do serviço)

O CAPS Profeta Gentileza tem uma casa própria da prefeitura do Rio de Janeiro, na Estrada de Inhoaíba, número 879. A propriedade era de um deputado federal, a casa sede da chácara e alguns equipamentos, já tendo loteado uma parte deste terreno. Na chácara, o deputado mantinha uma “clínica social” de saúde, com atendimento gratuito à população. A população conhecia o local como uma propriedade do deputado, sua casa de final de semana e como clínica que ofereceu consultas de dentista, oftalmologista, ginecologista, entre outras especialidades.

Quando a equipe de saúde mental se instala em Inhoaíba, algumas pessoas da comunidade foram perguntar se tinha “voltado a ter a clínica”. Algumas pessoas não ficaram muito contentes em saber que seria um serviço de saúde mental, assim como lamentavam não ter especialidades outras, como havia antes, afirmando que a comunidade não precisava de tratamento em psiquiatria. O local era conhecido pelo nome do deputado, sendo que até hoje, ao dar a referência do local, muitos pacientes (e profissionais) se referem ao nome do deputado.

O espaço do CAPS é o de uma chácara: a casa sede, uma piscina, vestiários e banheiros externos, espaço de churrasqueira, um campo de futebol, uma estrutura de dois andares (onde havia a “clínica social”) e largos espaços abertos de jardim. A casa central tem quatro quartos, uma grande sala em “L”, três banheiros, uma cozinha, uma pequena

saleta e uma varanda em “U”. A estrutura de dois andares tem, no térreo, cinco pequenos espaços de consultório, separados por divisórias, um banheiro e um pequeno depósito. Ainda no térreo, há duas salas com entradas independentes. No primeiro andar tem um banheiro, uma pequena cozinha, uma sala grande e um quarto.

Com o CAPS, a casa é o centro do serviço, não mais a estrutura de dois andares da “clínica social”. Os quatro quartos se transformaram em: sala da administração, sala de medicação, sala da equipe, sede do CDI, uma sala de atendimento. A pequena sala se transformou em refeitório dos técnicos e no período da tarde é usada como sala de oficinas e atendimentos. Os pacientes almoçam na mesa colocada em um dos espaços da sala em “L”. No maior espaço da sala existe alguns sofás, um piano, televisão e aparelho de som. Esta sala também é usada para reuniões de equipe, para realizar atividades com os pacientes e, funciona ainda, como “sala de espera”.

A estrutura de dois andares é raramente utilizada na parte térrea, pois os consultórios são muito pequenos e tem muitos mosquitos. Já houve pintura e algumas melhoras no local, mas outras reformas são previstas para possibilitar melhor usufruto. No primeiro andar, a pequena cozinha já abrigou a oficina de culinária, a grande sala é utilizada para o trabalho de geração de renda Patoá, assim como para oficinas e reuniões. O espaço deste serviço foi se transformando ao longo do tempo. Algumas salas já tiveram usos distintos e houve também a construção de um salão atrás da casa, com entrada independente, que tem sido usada para oficinas e reuniões.

O espaço externo é bastante utilizado pela equipe e pelos pacientes. Há oficinas ao ar livre, como futebol, jardinagem e piscina, há oficinas que se utilizam apenas da fala e acontecem em bancos que formam rodas ao ar livre, assim como atendimentos diversos que ocorrem em todos os locais do CAPS, na varanda, no jardim, embaixo das árvores.

A estrutura física deste CAPS parece mais interessante quando comparadas às sedes de outros serviços do município. No sentido dos recursos referentes à estrutura física é sem dúvida um local apropriado para este tipo de atendimento. É um local aprazível, arborizado, com alternativas de uso do espaço. Quando falta sala, sempre há a sombra de uma árvore com relativa distância de outras pessoas, permitindo que um atendimento se realize. Numa situação de crise, por exemplo, é possível que um paciente agitado fique horas andando pelo campo de futebol, podendo ser acompanhado pelo técnico lado a lado ou mesmo com

uma observação distante da varanda. É possível ter acesso tanto a salas abertas, com mais de uma porta e janela, quanto a salas mais reservadas. É possível circular pelo espaço livre, assim como ficar parado em um local mais preservado. É possível falar baixo ou gritar pelo jardim, sem que isso atrapalhe outros atendimentos ou atividades.

4.4.2. A equipe (os recursos humanos)

Na equipe inicial havia cinco psicólogos, que começaram a trabalhar no CAPS de Campo Grande. Em torno de cinco meses depois começam a chegar os enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Como já foi dito, a escolha pelo serviço por parte da enfermagem se dava principalmente pela possibilidade de trabalho no turno da noite e proximidade do serviço a suas moradias, enquanto os psicólogos haviam escolhido sua lotação por interesse na proposta de implantação de um serviço tipo CAPS III.

Isso somado às discussões que a equipe inicial tinha sobre o projeto de CAPS III, onde o acolhimento noturno não seria dado exclusivamente por enfermeiros, provocou alguns problemas iniciais: de um lado, os psicólogos discutindo “clínica da psicose” de outro os enfermeiros “fazendo escalas”. Foi difícil para os dois grupos profissionais. Neste período, houve remanejamentos de profissionais da enfermagem: alguns logo depois que foram lotados, pelo fato de não poderem trabalhar durante o dia, mas somente à noite, e outros logo em seguida, ao experienciar o trabalho com a clientela da saúde mental, tomando a decisão de não trabalhar naquela área da saúde. Outros enfermeiros e auxiliares ficaram. Alguns dentre estes estavam dispostos e curiosos com o novo trabalho e principalmente com a proposta inovadora de assistência em saúde mental. Outros ficaram apostando na implantação do acolhimento noturno. Estes últimos saíram nos meses seguintes diante da morosidade do processo de implantação do CAPS III. Já os psicólogos permaneceram⁴³.

Desta forma, quando da entrada na casa de Inhoaíba a equipe era composta por: coordenadora, cinco psicólogos, dois enfermeiros, dez auxiliares de enfermagem e dois auxiliares de portaria (funcionários da administração). A supervisora assumiu um mês depois, assim como o administrador. Dois seguranças e uma copeira chegaram ainda no ano de 2003. Nota-se que não havia psiquiatra.

⁴³ Os cinco psicólogos permaneceram no serviço. Houve um profissional licenciado no ano de 2005 e outro no ano de 2006. Vale observar que ambos os profissionais se licenciaram para terminar doutoramentos, cujos temas envolvem diretamente a assistência em saúde mental. Uma delas é a autora desta tese.

A preocupação em relação ao **treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais** é uma constante no início de implantação deste serviço, com ênfase no profissional de enfermagem. Houve “estágios” da enfermagem em outras unidades de saúde mental, em serviços tipo CAPS e serviços hospitalares. Em registro de julho de 2003, auxiliares passaram alguns dias em outros CAPS (Campo Grande, Santa Cruz e Irajá), ao voltar, comentam a “autonomia necessária para os técnicos que trabalham no CAPS” e discutem com o resto da equipe sobre: as prioridades do serviço, ressaltando a importância de “conhecer os recursos” da área, incluído aí as unidades de saúde, e da definição dos projetos terapêuticos dos pacientes que vem do CAPS Pedro Pellegrino para o novo CAPS de Inhoaíba podem ser feitas antes de suas chegadas.

Quando da realização de estágios em unidades hospitalares (IPUB e Nise da Silveira), também em julho de 2003, há um registro em que a supervisora aponta que “o treinamento refere-se ao aprendizado da clínica e não a rotina de trabalho hospitalar”. Com a realização destes estágios há o comentário de um auxiliar de enfermagem que afirmam “não saber diferenciar os pacientes que são para CAPS e aqueles que não são”.

Neste período, os profissionais de enfermagem estavam tendo o primeiro contato com o campo da saúde mental. Além das novidades que o “modelo CAPS” trazia em termos de assistência, ainda tinham de se deparar com a falta de médico para “auxiliar”, a falta do “chefe de enfermagem” para coordenar os trabalhos e ainda enfrentar discussões em equipe sobre a condução de casos clínicos. Eram várias novas experiências simultâneas para estes profissionais.

Com o intuito de construir uma maneira diferente de trabalhar no território (considerando a comunidade local) e com o objetivo de se aproximar da atenção básica foi realizado durante três dias em novembro de 2003 o trabalho de “Educadores Sociais” com Tião Rocha. Como resultado houve a produção da “Carta de Inhoaíba”, tratando da integração das equipes CAPS com PSF e PACS⁴⁴, propunha, por exemplo: um cadastro único do CAPS e PSF/PACS, reuniões mensais entre as equipes e projetos em comum (alfabetização, Banco de Saberes da Comunidade, de inserção social, dentre outros).

A questão de formação continuada vai aparecer ao longo do registro de todos os anos, por um lado há a participação de profissionais em cursos diversos e, por outro,

⁴⁴Carta de Inhoaíba de 05 de novembro de 2003 (mimeo).

internamente ao serviço há planejamento constante (existem várias citações referentes a isso) da criação de um Centro de Estudos. Quanto à participação de profissionais em cursos externos, não há nenhuma proposta formal de especialização ou treinamento, mas há registro da participação de profissionais em mini-cursos oferecidos pela secretaria de saúde, como de prevenção à dependência química e de saúde bucal. Profissionais também participam de congressos, como encontros de enfermagem, congresso de psiquiatria, seminário de trabalhadores de CAPS (São Paulo, julho 2004), dentre outros.

Quanto à proposta de realização de Centro de Estudos no serviço, nota-se que não foi concretizado ainda. Um primeiro passo desta empreitada foi a formação de uma “biblioteca” com a existência de alguns livros sobre saúde mental e materiais oficiais, como publicações do Ministério da Saúde. Tem-se a proposta de que o Centro de Estudos seja interno e externo ao serviço, com a participação de outros CAPS e ambulatórios de saúde mental da Zona Oeste.

Estágios com o propósito de treinamento do pessoal administrativo foram realizados nos CAPS de Irajá e Campo Grande, assim como na Coordenação da AP 5.2 (CAP 5.2).

O CAPS se coloca como local de aprendizagem e aceita estagiários a partir de 2005, obtendo estagiários de enfermagem e, recentemente, um estagiário de medicina (2006). A partir de 2005 há a formação de uma comissão de profissionais para Centro de Estudos, Biblioteca e Estágios.

Ao longo deste percurso, a equipe foi sendo incrementada com outras categorias profissionais. O primeiro psiquiatra chega em dezembro de 2003; oficinairo, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, assistente social chegam em 2004. A equipe foi se formando paulatinamente. Houve estabilização do quadro de profissionais da enfermagem no ano de 2004 e os psiquiatras são os únicos profissionais que têm mudança deste então. Ao longo destes três anos oito psiquiatras passaram pelo CAPS, sendo que em curtos períodos de tempo havia mais de dois psiquiatras concomitantemente lotados. Podemos afirmar que, em média, ao longo dos três anos, o serviço teve dois profissionais psiquiatras no serviço concomitantemente. Houve ainda períodos em que só um psiquiatra estava no serviço, períodos em que três estavam em atividade e momentos sem nenhum.

O problema de alocação de **profissionais psiquiatras** nos serviços tipo CAPS é conhecido. É uma realidade nacional, com poucos profissionais formados e grande demanda nos serviços, como podemos evidenciar no relatório do TCU:

“Segundo a estimativa da Associação Brasileira de Psiquiatria, havia 6.000 psiquiatras no Brasil em 1998 (TORELLO, 1998). De acordo com informações obtidas pela equipe de auditores em São Paulo, este número hoje deve estar em torno de 9.000 profissionais. Contudo, conforme TORELLO (1998) e confirmado por todos os gestores de CAPS e coordenadores estaduais e municipais entrevistados, a maior parte dos psiquiatras está concentrada nos grandes centros urbanos, em especial em ao Paulo” (Relatório TCU, 2005: 57-58).

A insuficiência de profissionais psiquiatras é atribuída à concentração de maiores salários e maior clientela na região Sudeste e Sul, à ausência de incentivo salarial para a migração destes profissionais para outros estados e a quantidade reduzida de médicos que optam pela residência em psiquiatria (relatório TCU, 2005: 60).

Somada a estas razões enumeradas, ainda há de se considerar a escolha pela atenção em saúde pública e, dentro desta, a opção pelo trabalho extra-hospitalar, o que reduz ainda mais a disponibilidade de psiquiatras para os serviços tipo CAPS. E inhoáiba não escapa disso, como podemos ver pela grande rotatividade destes profissionais. As dificuldades em alocar profissional psiquiatra em serviços tipo CAPS deve ser melhor apreciada, pois a há rotatividade expressiva destes profissionais nestes serviços.

Esta rotatividade de **psiquiatras** acarreta em Inhoáiba constantes discussões entre os profissionais. Ao longo dos três anos de funcionamento a equipe passa por **reestruturações do trabalho** em função destas mudanças. A cada saída de psiquiatra, a equipe organiza grupos e listas sobre os pacientes atendidos, com a criação de estratégias de acompanhamento destes pacientes. A cada chegada de novo profissional há tentativas de traçar diferentes formas de inserção, como parcerias com outros profissionais e participação em acolhimento.

Em registro de ata de supervisão em outubro de 2005, a saída recente de um psiquiatra e o anúncio do afastamento futuro de outro, reagudizam a discussão do **papel do psiquiatra no CAPS**. Alguns lembram que o CAPS já passou períodos sem psiquiatra,

outros falam que o psiquiatra não tem que ser abordado sempre que acontece uma emergência, que a equipe pode dar conta disso sem chamar imediatamente o psiquiatra. Uma psiquiatra coloca que: “há maior dificuldade dos técnicos em desconstruir a demanda do que por parte dos pacientes” (LPII:153).

Essa não-estabilidade dos profissionais psiquiatras no CAPS Profeta Gentileza traz conseqüências para a assistência. Além do óbvio prejuízo para os pacientes que tem de mudar de psiquiatra constantemente, há questões referentes à organização do serviço e do trabalho em equipe. Neste CAPS, as mudanças de psiquiatra trazem reordenações de atividades, como veremos mais adiante, na consideração dos dispositivos Grupo de Medicação e Grupo de Referência, assim como em constantes rearranjos do trabalho de “transcrição de receitas” e da distribuição de medicamentos, como também nas funções do Técnico de Referência.

Não estamos afirmando que a rotatividade do profissional psiquiatra é causa linear e única das transformações no desenho da assistência, mas podemos perceber ao longo do estudo do Livro-Preto que as discussões em relação ao funcionamento de dispositivos do serviço são desencadeadas nos momentos de intermitência de psiquiatra.

Quanto às funções de **coordenação** e **supervisão**, também houveram mudanças ao longo deste período. Em 2004, a primeira supervisora sai para assumir a Assessoria do Estado do Rio de Janeiro, entrando em seu lugar a Professora Ana Cristina Figueiredo (IPUB/UFRJ), por escolha e solicitação da equipe. Em 2005, a coordenadora do serviço é chamada a assumir a coordenação de um outro CAPS e a equipe de Inhoaíba escolhe dentre os seus profissionais a nova coordenadora, que é a assistente social da unidade (após período de tensão com a coordenação de saúde mental do município que tinha um nome de fora da equipe para assumir a coordenação).

As **relações entre os profissionais** da equipe multiprofissional, tiveram fases diferentes. Podemos dizer que no primeiro momento era marcadamente caracterizada pela preocupação em relação ao trabalho dos enfermeiros na saúde mental. Como aparece no registro do Livro-Preto em abril de 2004 sobre como poderia ser feita “uma melhor integração dos auxiliares de enfermagem com o resto da equipe, considerando o grande número de auxiliares”, seguido de comentários da equipe (de profissionais que não fazem parte da enfermagem) no sentido de que os auxiliares de enfermagem poderiam estar junto

com outros técnicos acompanhando os casos, ajudando nos encaminhamentos e contatos diversos, também houveram comentários no sentido de que a enfermagem poderia ajudar com a separação de prontuários, guardar estes posteriormente ao atendimento e ajudar no preenchimento de estatísticas (LPI:82).

Este período é marcado por tensões entre os profissionais, em relação às diretrizes do trabalho em equipe. Por um lado “são todos iguais”, igualmente responsáveis e capazes, por outro lado há o “saber psi” que ganha preponderância nas discussões clínicas e na definição de conduta. Com o objetivo de constituir um trabalho em equipe - mas com predominância de “poder” de alguns em relação ao saber clínico - com número grande de profissionais de enfermagem e com aumento da clientela, havia tensões no cotidiano quanto a realização conjunta dos atendimentos. Nesta época, a coordenadora do serviço considerava que havia uma “cisão” na equipe: de um lado os enfermeiros e do outro os psicólogos. Havia diferenças significativas na condução dos casos entre as duas categorias, sendo que havia um esforço no sentido de um trabalho conjunto. Mas nem todos os profissionais tinham tal disposição. Com o aumento da clientela, alguns achavam que os auxiliares deveriam “auxiliar”, secretariando o trabalho de profissionais não-enfermeiros.

Com a chegada de outros profissionais, como assistente social, musicoterapeuta e terapeuta ocupacional, somado ao incremento da clientela, a relação entre os profissionais passa a ser menos marcada por questões específicas da enfermagem, estando estes mais integrados aos outros profissionais e com maior experiência quanto à assistência em saúde mental. Mas também há o incremento do volume de distribuição de medicação, uma tarefa específica da enfermagem, que causa uma série de transformações no serviço como um todo e principalmente nos enfermeiros, sendo que alguns passam a se dedicar exclusivamente a esta tarefa, enquanto outros tentam organizar seu cotidiano para também participar de atividades e do acolhimento.

Com o aumento substantivo da clientela, assim como a intermitência do profissional psiquiatra, a tarefa específica da enfermagem, na “sala de medicação”, passa a ser algo mais discutido na equipe. Os enfermeiros ficam preocupados com o aumento de responsabilidade sobre as “transcrições de receitas”, ao ponto que no primeiro semestre de 2006, esta tarefa sai da sala de medicação e do atendimento médico tornando-se responsabilidade do Técnico de Referência. Este profissional deve ter controle sobre a

medicação de seus pacientes de referência e cuidar para que o médico o atenda ou forneça a prescrição medicamentosa.

Esta mudança de atribuição dos papéis profissionais também causa problemas, agora não mais somente para a enfermagem e para os psiquiatras, mas para os demais profissionais. Estes têm nas mãos uma função sobre a qual não tem nenhum poder de decisão, pois não tem competência pra isso, não são médicos, não medicam. O papel do Técnico de Referência neste caso é acionado para suprir uma necessidade do psiquiatra e da enfermagem; a partir da intermitência do primeiro que resulta em não atualização de prescrição medicamentosa, deixando os enfermeiros em situação complicada diante dos pedidos de “transcrição” de receitas. Esta nova forma de funcionamento estava em experimentação em agosto de 2006 e alguns profissionais já se autodenominavam “copiadores”⁴⁵.

Este novo desenho na organização do serviço é concebido pela equipe como algo provisório, estando em pauta de discussão e redefinição futura. É interessante observar que isto aconteceu diante do incômodo dos profissionais de enfermagem que são responsáveis pela “sala de medicação”, que lidam diretamente com as prescrições e a distribuição de medicamentos. O que era da alçada concreta da dupla psiquiatra-enfermeiro passa a ser uma questão de todos os profissionais, para além das discussões clínicas, em ações reais de ter de se haver com as “bolinhas”.

Em agosto de 2006 a equipe é composta da seguinte forma: coordenadora – que é a única assistente social do serviço-, dois psiquiatras, três psicólogos (pois dois estão licenciados), sete auxiliares de enfermagem, uma musicoterapeuta, uma terapeuta ocupacional, quatro enfermeiros, um administrador, três auxiliares de administração, duas cozinheiras, dois vigias e a supervisora⁴⁶.

⁴⁵ O termo “copiadores” é emprestado do filme “Estamira”, onde é retratada a história de uma senhora, com passagem pela psiquiatria. Ela utiliza este termo ao se referir aos seus médicos psiquiatras “todos uns copiadores de receita”, filme de realização concluída em 2003, mas apresentado ao grande público, em circuito comercial de cinema no ano de 2006.

⁴⁶ É importante informar que os profissionais de cozinha e de vigilância não participam da reunião de equipe embora tenham contato com os pacientes. Em situações específicas, estes são orientados pela coordenadora e pelo administrador, e eventualmente com conversas informais com os profissionais. Dentre estes, os vigilantes têm maior contato com os pacientes, estando sempre na entrada do serviço, fornecem orientações e travam diálogos com a clientela.

4.5. Formação da Rede de Saúde Mental na Área Programática 5.2

No período inicial da implantação do CAPS Profeta Gentileza tem-se a preocupação de fazer um “reconhecimento” das instituições que fazem parte da área de abrangência. Para tanto, alguns profissionais visitam outras unidades, como postos de saúde, hospitais e centro comunitários de esporte e lazer. A equipe buscou informações sobre os dispositivos assistenciais que fazem parte do seu território de abrangência e, ao mesmo tempo apresentou o projeto de trabalho do CAPS. Foi uma tarefa chamada de “**reconhecimento do território**”. É interessante observar que neste momento, o território incluía outras instituições que não somente as da área da saúde.

Há, logo de início, a constatação de que a clientela se caracteriza por pobreza de todas as ordens, **miséria** material, de condições de vida, com situações clínicas bastante graves, com poucos recursos. Desde o início, chegam ao CAPS pessoas com alto grau de **isolamento**, seja pela condição psicopatológica seja pelos determinantes da pobreza. Também, desde o início, surgem pedidos de familiares ou vizinhos de atendimentos para pessoas que estão trancadas em casa, em situação de **cárcere privado**. Há relatos destes casos, com agenciamento de parcerias com outras instituições (principalmente da assistência social). Os profissionais de Inhoaíba se depararam com pessoas **enjauladas** por anos. Em alguns casos o serviço realmente não conseguiu dar assistência, principalmente pela falta do veículo.

Também desde o início foi evidente a inexistência de **serviços infanto-juvenis**, assim como para a clientela de **álcool e drogas**, sendo que a única instituição específica para tal é filantrópica e só aceita alcolistas após 30 dias de abstinência. A escassez deste tipo de assistência na AP 5.2 é fator de **desassistência**, pois a maior parte das pessoas encaminhadas para serviços mais distantes tem dificuldades para dar continuidade ao tratamento.

A participação no **Fórum de Saúde Mental da AP 5.2** tornou-se importante para o conhecimento e **articulação da rede**, reunindo profissionais de todos os serviços de saúde da região, com a presença de gestor municipal de saúde mental e da gestão local de saúde (CAP 5.2). O Fórum tem forte implicação na condução da formação da rede de saúde mental, discutindo a assistência, as propostas e os problemas. As reuniões são marcadas por discussões temáticas (como a articulação entre a saúde e a educação, resultando em

formulação de uma maneira de trabalhar as demandas das escolas para a saúde mental, a parceria com a assistência social). O Fórum também é importante para a construção da rede de saúde mental assim como para discussão de casos que envolvem mais de um serviço.

Um exemplo de questões discutidas no Fórum, é o registro em Livro-Preto, de junho de 2005, que tratou da clientela ambulatorial, mas principalmente trouxe o resultado das discussões em torno da consolidação da parceria entre saúde mental e educação:

“O intuito era poder finalizar um documento escrito que caracterize o compromisso de parceria de ambos os lados; com os seguintes tópicos: que a escola ficaria impedida de proibir a permanência de crianças e adolescentes que não apresentasse laudo médico e psicológico atestando as condições emocionais; estabelecendo o fluxo de encaminhamento, só viriam para a rede de saúde mental (leia-se os ambulatórios) depois de esgotados os recursos da rede de educação: sala de progressão, escuta familiar, análise pelo pessoal do Pólo de Atendimento da CRE, sendo escutado aí também o professor; o encaminhamento não seria apenas por papel mas a pessoa responsável pelo caso na educação entrará em contato pessoalmente com o pessoal da saúde, estes podem ser agentes comunitários, o PSF, os psicólogos e demais profissionais do ambulatório. Ficou estabelecido que o Posto de Saúde terá como referência o território composto por alguns bairros assumindo para si a responsabilidade de tratar as pessoas encaminhadas pelas escolas da região. Foram apresentados alguns casos que trazem a angústia dos professores e também ficou acordado que o Fórum será espaço de discussão dos casos mais graves. A participação do CAPS seria também no sentido de contribuir nestas discussões” (LPII:82).

As discussões realizadas no Fórum trouxeram resultados na assistência. A partir desta reordenação da demanda escolar para a saúde mental, o CAPS percebeu diminuição deste tipo de caso no serviço. O CAPS participa destes encontros com a presença do coordenador do serviço e alguns profissionais. Em reuniões de fim de ano, a maior parte dos profissionais vai ao Fórum, ficando no serviço apenas uma equipe-mínima, para atender situações mais urgentes e realizar acolhimento.

Para entendermos como se dá a formação da rede de saúde mental no território, considerando a premissa governamental do papel do CAPS como **ordenador** desta rede, interessa destacar do registro do Livro-Preto quais são os contatos e que tipo de relação o serviço mantém com outras instituições. Ao longo do registro, há relação intensa com o

CAPS Pedro Pellegrino (Campo Grande) e também, mas em menor escala, com o **CAPS Simão Bacamarte** (Santa Cruz). A relação com outros CAPS do município é bastante eventual e sempre citados em função de contato feito para encaminhamento de pacientes que mudam de moradia. Diariamente, no Livro-Preto, há registro de telefonemas com **hospitais e clínicas psiquiátricos**. Em menor escala, mas ainda com citações significativas, são feitos contatos com **ambulatórios** de psicologia e de psiquiatria. Também são citadas parcerias com instituições de assistência social.

Dentre todas as instituições que aparecem no registro do Livro-Preto, a mais freqüente é a citação dos **Programas PSF e PACS**. No período inicial a presença de agentes comunitários de saúde no CAPS é freqüente e essa parceria vai ganhando modalidades novas ao longo da história do serviço, culminando na formação de comissões de profissionais do CAPS em relação às equipes de PACS; mas, independente dos formatos desta parceria, o número de registros no Livro-Preto é grande e constante em relação aos contatos com a atenção básica.

4.5.1. Relação com o CAPS Pedro Pellegrino

As relações com o CAPS Pedro Pellegrino sempre foram marcadas por contatos entre as duas equipes. No registro do Livro-Preto há relatos de várias reuniões sobre a **passagem de pacientes**, sobre os pacientes moradores de Inhoaíba. Estas reuniões são sobre os pacientes, com apresentação do caso, discussão do projeto terapêutico e definição de estratégias para mudança de serviço. Há também reuniões específicas para a **delimitação da área de abrangência** de cada unidade, a divisão dos bairros da AP5.2 entre os dois CAPS.

A questão da abrangência do território sempre foi algo em definição, já houve delimitações diferentes da área de cada serviço. Muitas vezes estas **divisões do território** foram relativizadas em função do **acesso** ao CAPS de Inhoaíba: a região central de Campo Grande havia sido inicialmente definida como de responsabilidade do CAPS Profeta Gentileza, pela sua proximidade, mas é preciso utilizar dois ônibus para o trajeto, então uma parte desta área foi redefinida como de responsabilidade do CAPS Pedro Pellegrino.

Até o ano de 2006 ainda aconteciam reuniões entre as equipes com o propósito da passagem de pacientes. Já foram feitas comissões de profissionais para tal tarefa, várias

participações em supervisão, muitas discussões de casos, diversas estratégias traçadas. Fato é que depois de três anos ainda se tenta transferir pacientes de um serviço ao outro.

Quanto a pacientes novos moradores de Inhoaíba, se procuram o CAPS Pedro Pellegrino são encaminhados para o CAPS Profeta Gentileza. Quanto a estes não há problemas. A dificuldade é transferir pacientes que já se tratam no CAPS Pedro Pellegrino. O último relato em Livro-Preto sobre a passagem de pacientes de um serviço para o outro, acontece em fevereiro de 2006. Desta vez a estratégia criada para favorecer esta passagem privilegia o dispositivo do Grupo de Família do CAPS Profeta Gentileza como a “porta de entrada” das famílias dos pacientes que devem ser transferidos de serviço.

A relação com o CAPS Pedro Pellegrino também inclui a realização de eventos conjuntos, como festas de Natal e Junina, assim como há parceria no projeto de geração de renda Patoá, que confecciona colares de sementes da Amazônia.

4.5.2. Outras instituições

No registro do Livro-Preto são citadas diversas instituições com as quais o serviço tem contato, sendo algumas da AP 5.2 e outras não, principalmente quando se trata de internações. Deve-se levar em consideração que somente em março de 2006 foi definido como referência para emergência psiquiátrica da AP 5.2 o Hospital Jurandir Manfredini (Jacarapaguá, AP 4.0), sendo que até essa data, a referência principal era o Instituto Municipal Nise da Silveira (Engenho de Dentro, AP 3.2). A seguir vamos citar as maiores frequências:

- Hospital Estadual Rocha Faria (Campo Grande, AP 5.2). Trata-se de um hospital geral que tem uma equipe de saúde mental. Há encaminhamentos de pacientes do hospital para o CAPS, pois este hospital é o único da região e na emergência surgem casos para a psiquiatria. Há também relatos de encaminhamentos do CAPS para o hospital, com pedidos para que equipe de saúde mental acompanhe pacientes do CAPS com questões clínicas em geral, ou ainda, para que o psiquiatra do hospital atenda e medique pacientes do CAPS (principalmente em situações de falta deste profissional no serviço).
- Hospital Estadual Pedro II (Santa Cruz). Hospital Geral com leitos psiquiátricos. Os contatos são para internações de pacientes do CAPS (sendo o contato feito diretamente com a enfermaria psiquiátrica, não passando pela emergência geral do hospital) e há também encaminhamentos do hospital para o CAPS. Este hospital faz parte de outra área

programática (AP 5.3), mas é uma referência para internações curtas, que o CAPS utiliza quando necessário e é atendido quando tem vaga.

- Instituto Municipal de Saúde Nise da Silveira (Engenho de Dentro). Até março de 2006, os contatos são principalmente sobre acompanhamentos de internações de pacientes do CAPS. Durante todo o período estudado há contatos para o encaminhamento de pacientes do hospital (dos setores de internação, da emergência e do ambulatório) para tratamento no CAPS ou para adequar o tratamento ambulatorial à área de moradia.

- Clínicas Psiquiátricas Conveniadas. Os contatos são na maioria das vezes para desinstitucionalizar pacientes de longa permanência. Também para acompanhar internações de pacientes do CAPS. Nota-se que as clínicas que mais entram em contato com o CAPS são aquelas que possuem supervisor contratado pela gestão pública em saúde mental para atuar na tarefa de desinstitucionalização dos pacientes das clínicas.

- Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (CMDS) com solicitações de ambas as partes para trabalho conjunto, inclusive com realização de visitas domiciliares.

- SEMASI para trabalho conjunto.

- A maior parte dos contatos citados no registro do Livro-Preto é referente a encaminhamentos do CAPS para ambulatório de psicologia e psiquiatria, com agendamentos de consultas e passagens de caso. Há também encaminhamentos dos ambulatórios para o CAPS, em geral em situação de agravamento do quadro, quando se realiza uma parceria entre as instituições no sentido de o paciente frequentar o CAPS em atividades terapêuticas e de convivência, enquanto o psiquiatra e/ou psicólogo continuam o acompanhamento no regime ambulatorial.

A escassez de **psiquiatras** na rede acomete igualmente o CAPS e os ambulatórios, com falta constante de profissionais, havendo uma série de tentativas de minimizar os transtornos que esta situação acarreta para os pacientes e para os serviços. É frequente o retorno ao CAPS de pacientes que já foram encaminhados ao ambulatório e não conseguem a consulta.

Em janeiro de 2005 há a transferência de um psiquiatra do CAPS para um ambulatório da rede. Nesta ocasião é feito um acordo entre os dois serviços de que a agenda deste profissional seria prioritariamente para os pacientes encaminhados do CAPS, dado o grande contingente de pacientes com indicação de tratamento ambulatorial, mas que

permaneciam no CAPS por não conseguir vaga no ambulatório de psiquiatria. De fato, no início, a parceria funciona, vários pacientes do CAPS que estavam em regime ambulatorial conseguem o atendimento no ambulatório. Mas em seguida, a agenda deste médico fica tão lotada quanto a dos outros, a ponto de que no mês de maio acontece o “fechamento” deste ambulatório para novos agendamentos em psiquiatria. Isso, novamente, acarreta a manutenção de pacientes “ambulatoriais” no CAPS.

Já os encaminhamentos para os **psicólogos** são mais bem sucedidos. Já haviam alguns psicólogos nos postos da AP 5.2 e houve incremento substantivo de locação destes profissionais a partir de 2005. Os encaminhamentos são feitos com passagem dos casos por telefone ou pessoalmente em fóruns, reuniões e visitas.

Também existem outros programas para além dos de saúde que fazem parte da rede de parceiros do CAPS Profeta Gentileza, listados abaixo:

- Fundação Lar São Francisco de Paula (FUNLAR). Há o encaminhamento de pacientes com mais de 18 anos da FUNLAR para o CAPS, mas em poucas ocasiões os pacientes foram absorvidos no serviço, como no caso de um paciente com Síndrome de Asperger. Houve um caso em que o CAPS realizou articulações na rede, envolvendo ambulatório de terapia ocupacional, fonaudiologia e psiquiatria, para trabalhar em conjunto com a FUNLAR no tratamento do paciente. Neste caso, a instituição não queria dar continuidade ao tratamento pelo aumento da intensidade das crises de agitação psicomotora. Com a articulação que foi feita entre os demais serviços e o CAPS ficando a disposição para situações mais extremas, o paciente pode retomar o tratamento na FUNLAR. Também há relatos de casos de criança que vem para acolhimento no CAPS com indicação de tratamento pela FUNLAR, mas raramente é conseguida vaga.

- Vicente Moreti. Pertencendo à área 5.1, há tentativas de encaminhamento de crianças e adolescentes que passaram por acolhimento no CAPS, mas dificilmente foi conseguida a vaga. O CAPS tenta buscar os recursos disponíveis na rede, mesmo não pertencendo à mesma AP, principalmente em relação à demanda de tratamento infanto-juvenil que tem poucos serviços no município.

- Em 2003 houve contato com o processo de desmonte da Fazenda Modelo, o CAPS chegou a atender alguns pacientes que foram para Lares Abridados da FUNLAR.

- Profissionais do serviço participam de reuniões sobre diversificados programas da prefeitura, como, por exemplo, sobre População de Rua, Abrigos, etc.
- Convênio entre as secretarias de saúde e de trabalho do município, incluída aí pela primeira vez a saúde mental, com possibilidade de entrar no Programa Fundo Carioca (outubro de 2003). A ONG Henriquecer fez o treinamento com 30 pacientes dos CAPS da Zona Oeste, em Inhoaíba, (dezembro 2003).
- Bombeiros. O CAPS e o Corpo de Bombeiros da região tem interlocução, no sentido de internação de pacientes. Há registros de parceria.
- Centro de Democratização da Informatização (CDI). Um Ong, que trabalha em parceria com a prefeitura, alocando salas de informática em locais carentes, treinando monitores da comunidade. No CAPS de Inhoaíba dois pacientes são monitores e as vagas são oferecidas para usuários, familiares, técnicos e pessoas da comunidade.

A construção da rede de saúde mental em um dado território é uma das indicações normativas do programa nacional de saúde mental, isto inclui o papel do **CAPS como ordenador da rede** assim como de **porta de entrada** no território.

Poderíamos afirmar a partir dos contatos relatados no Livro-Preto, o serviço faz papel de porta de entrada, principalmente com a demanda espontânea, assim como em relação aos encaminhamentos oriundos da atenção básica, mas também fazem esta função os hospitais, principalmente dos setores de emergência (como o HERF).

A função do CAPS como porta de entrada de saúde mental no território é percebida nos registros em que instituições de saúde de outras APs encaminham pacientes para o CAPS, com indicação de tratamento ambulatorial, pedindo que o serviço adeque o encaminhamento à região. Também quanto à função de ordenador da rede, a partir dos registros em Livro-Preto, poderíamos afirmar que os contatos entre os profissionais de serviços diferentes a partir dos casos clínicos, é a uma das formas mais expressivas do CAPS realizar esta função. Ainda na expressão do papel de ordenador da rede, o Fórum de Saúde Mental tem uma função importante, assim como as reuniões entre os serviços (como no caso de tentar melhorar a oferta de psiquiatra na rede ambulatorial).

4.6. Relação com a Atenção Básica: o CAPS e PSF/PACS

O CAPS Profeta Gentileza e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde foram implantados praticamente no mesmo período em Inhoaíba, podemos dizer que são

contemporâneos. As coordenações do Grupo de Apoio Técnico do PSF na A.P 5.2 são realizadas por profissionais que trabalharam no CAPS Pedro Pellegrino, ou seja, por pessoas com experiência da assistência em saúde mental e no serviço tipo CAPS.

Ao longo dos registros no Livro-Preto há relatos constantes de parcerias com os programas PSF e PACS. Vamos apresentar esta parceria em quatro períodos diferentes, subdivididos a partir dos delineamentos diferentes nos modos de organizar o trabalho conjunto entre o CAPS e os programas PSF e PACS.

4.6.1. Primeiro período

No início, são relatadas muitas visitas dos agentes comunitários ao CAPS para discutir casos, assim como reuniões com os coordenadores de Postos de PSF e chefias de equipes de PACS. Tais visitas aconteciam com o objetivo de por em discussão as pessoas cadastradas pelos agentes comunitários como “caso para a saúde mental”. Estes casos trazidos pelos agentes envolviam todo tipo de situação: idosos com discurso incoerente, seqüelados neurológicos de toda ordem, criancinhas agitadas, estudantes que não aprendem, mocinhas faceiras em conflito familiar, e, também, mulheres que acumulam lixo, homens que falam bobagens, uns tentando se matar, outros agredindo vizinhos e aqueles que não dormem nunca.

As “conversas” entre os agentes e os profissionais do CAPS eram longas. Eles apresentavam os casos e em conjunto eram traçadas estratégias de atendimento. Muitos casos não eram considerados pelos profissionais do CAPS como para a saúde mental. Havia muitas indicações para que os agentes procurassem agendar consultas clínicas. As demandas sociais também eram importantes (benefícios, aposentadorias, etc).

Nestas reuniões entre os profissionais do CAPS e os agentes comunitários havia troca de informações, assim como um aprendizado mútuo entre os dois programas de saúde. Os agentes comunitários cadastrando a população local, tentando dar encaminhamentos adequados aos problemas encontrados e os profissionais do CAPS buscando identificar nas situações trazidas pelos agentes quais destes seriam “casos para a saúde mental”, ou seja, buscava-se identificar quais deveriam ou não receber atendimento especializado.

Neste período, os agentes demandaram “compreender melhor” a psiquiatria, o que resultou em um mini-curso ministrado pelo psiquiatra do CAPS para os agentes

comunitários (fevereiro de 2004)⁴⁷. Comumente os profissionais do CAPS identificavam nas demandas do PSF/PACS muitas situações de precariedade das condições sociais que não implicavam em ações de saúde mental, assim como uma leitura de “teor moral” das situações relatadas, como que pedindo da psiquiatria que adequasse comportamentos, tidos como inaceitáveis.

Este período foi marcado por intenso contato entre as duas equipes, assim como por algumas tensões, principalmente quando o CAPS não atendia as demandas do PSF, às vezes por não considerar caso para a saúde mental e outras vezes por falta de recurso do próprio CAPS. Em situação de março de 2004, por falta de profissional psiquiatra no serviço, não foi possível medicar um paciente trazido pelos agentes comunitários. Esta situação gerou crítica da enfermeira coordenadora de PSF sobre o CAPS: “se não tem como atender, porque abriram o serviço”.

4.6.2. O segundo período

Após o período inicial, dadas as frequentes visitas dos agentes comunitários para discutir casos, assim como as dificuldades de manejo dos casos trazidos, a equipe do CAPS toma a decisão de que seria melhor que essas discussões tivessem lugar na reunião semanal de supervisão.

Essa nova maneira de funcionamento da parceria, da discussão em equipe das demandas trazidas pelos agentes comunitários, foi considerada mais propícia para a identificação dos casos com indicação para a saúde mental. Alguma mudança já tinha sido operada, pois era observada uma frequência maior de casos trazidos pelos agentes próprios para a saúde mental, quando comparado ao período inicial. Os agentes comunitários demonstravam maior entendimento em relação à assistência realizada no CAPS. Não apareciam mais os casos que iriam para a clínica médica, por exemplo. Os agentes comunitários vêm ao CAPS e um espaço da reunião semanal é dedicado a esta parceria.

⁴⁷ Este profissional, com reconhecida trajetória na saúde mental e na reforma psiquiátrica, relutou inicialmente em ministrar o tal curso, mas diante da insistência da coordenação do CAPS e dos pedidos dos agentes comunitários, acabou cedendo. O psiquiatra afirmava não ser um bom caminho para a parceria da saúde mental com a atenção básica o oferecimento de “aulas”. A proposição do profissional acabou se confirmando posteriormente, no sentido de que o curso não trouxe nenhuma mudança para a interrelação entre os dois programas. Em nenhum momento foi realizada uma avaliação conjunta das conseqüências do tal curso, mas os profissionais do CAPS ficaram com a impressão de que não trouxe nenhum benefício para o trabalho conjunto.

Podemos citar um exemplo desta prática, a partir do relato no Livro-Preto, em reunião de julho de 2004, com a presença de quatro agentes comunitários. É feita a apresentação dos casos pelos agentes, uma discussão conjunta e, em seguida, há a formulação de estratégias. Como exemplo, podemos citar as estratégias:

“Caso 1: agentes do PACS vão fazer contato para saber mais sobre o caso; caso 2: virá ao CAPS para ser avaliado; caso 3: a agente do PACS vai tentar ganhar a confiança da família para propor uma vinda ao CAPS; caso 4: é um caso para ambulatório de psicologia, encaminhar para o posto de Cosmos; caso 5: o CAPS vai avaliar para fazer o encaminhamento; caso 6: o agente de PACS vai convidar o paciente a vir ao CAPS; caso 7: encaminhar para um psicólogo de criança” (LPI:116).

4.6.3. O terceiro período

Numa terceira fase da relação com os programas PSF e PACS, a equipe do serviço é dividida em duplas de profissionais que ficam responsáveis por trabalhar com equipes de PACS. Esta iniciativa parte do Grupo de Apoio Técnico dos Programas PSF e PACS, em janeiro de 2005, que traz uma proposta de organização da parceria, como vemos no registro em Livro-Preto:

“Trabalho do GAT com os estagiários e residentes de enfermagem do PSF, com a participação destes no levantamento de casos de saúde mental nas diversas comunidades, a partir de um formulário de anamnese produzido pelo grupo. A proposta de trabalho do GAT para o trabalho conjunto CAPS e PSF é começar a trabalhar a partir deste levantamento e em seguida realizar visitas conjuntas, previamente agendadas, com veículo fornecido pelo PSF. A avaliação e acompanhamento dos casos seriam de responsabilidade conjunta das duas equipes. Relata que há uma série de pessoas que não chegam às unidades básicas de saúde, sendo, portanto, fundamental a visita domiciliar” (LPII:16).

As muitas anamneses feitas pelos agentes comunitários são trazidas ao CAPS. A partir disso os profissionais do CAPS são divididos em duplas por áreas do PACS. Cada dupla fica responsável por trabalhar com pelo menos duas equipes de PACS. Algumas duplas conseguem realizar visitas iniciais aos postos sedes das equipes, com veículo próprio, pois o carro do PSF não pôde estar disponível. A maioria das duplas sequer chega a iniciar o trabalho.

Uma das duplas que consegue iniciar esta proposta vai à unidade de PSF/PACS, discute os casos levantados e realiza visitas domiciliares conjuntas. Em um primeiro encontro, realizado em fevereiro de 2005, dentre os casos considerados mais graves, dois já se tratavam no CAPS, mas não iam ao serviço há algum tempo. Havia outros dois casos graves sem tratamento regular, com idas esporádicas ao HERF, e uso de medicação de emergência nestas ocasiões (LPII:29).

Nesta ocasião fica confirmado que há pacientes que realmente não chegam ao serviço de saúde mental, ficam sem tratamento, vivem praticamente isolados, sem sair de casa e utiliza a emergência hospitalar em situações críticas; como pode ser evidenciado por dois casos encontrados nestas visitas. Um jovem rapaz de 19 anos, vivendo praticamente sozinho em um barraco em péssimas condições. Sua avó é empregada doméstica e passa apenas os finais de semana em casa. Ele consegue aparelhos de tv e peças de computador, monta estruturas complexas e exhibe jogos na tela, orgulhoso de seu invento. Mostra algumas prescrições médicas da emergência do Nise da Silveira, mas nunca havia tomado aquelas medicações. Foi acompanhado por alguns meses por profissionais do CAPS, em visitas domiciliares conjuntas com agentes comunitários. Sempre houve a tentativa de fazê-lo ir ao serviço, mas sem sucesso. O outro caso, embora menos grave, traz situação parecida. Um homem de meia idade, morando com os pais, passa todo o tempo dentro de casa. Sua mãe havia insistido no tratamento ambulatorial iniciado há alguns anos, mas ele diz não gostar de sair. Quando os delírios de perseguições se intensificam e ele agride os familiares e vizinhos, é levado ao hospital (HERF): é medicado e liberado. Este caso ficou sendo acompanhado pelas agentes comunitárias sempre com a proposta de que ele vá ao CAPS, com o convite de jogar futebol.

Em ambos os casos, não se sabe se houve encaminhamento das emergências hospitalares no sentido dar continuidade ao tratamento. Em ambos os casos, o CAPS não conseguiu dar prosseguimento às visitas domiciliares. Nenhum deles chegou a ir ao serviço. Não se sabe, também, como foi o acompanhamento dos agentes comunitários. No caso do rapaz, por exemplo, a agente que acompanhava as visitas, deixara claro que tinha “medo” e que não entrava na casa dele estando sozinha.

Com estas visitas, novamente fica confirmada a dificuldade de acesso ao serviço, pois a região visitada era justamente aquela do outro lado da linha de trem. Uma região não

muito distante, mas implicando o uso de duas conduções para ir ao serviço ou ir a pé, utilizando uma passagem “clandestina” (um buraco no muro da linha de trem) de um lado a outro. Esta era a situação dos dois pacientes que já se tratavam no CAPS, mas com frequência esporádica, sem a efetivação do projeto terapêutico.

Em novembro de 2005 há a constatação em equipe de que este trabalho junto à atenção básica, nestes moldes de ir trabalhar com os agentes comunitários em suas regiões, não estava sendo possível sem o veículo para tal. Há também comentários no sentido de que são muitas equipes para o CAPS ser referência, sendo 14 equipes enquanto o Ministério da Saúde recomendaria em torno de seis a nove.

4.6.4. O quarto período

O quarto momento da relação entre a saúde mental e a atenção básica em Inhoaíba, em andamento no ano de 2006, é de dar continuidade às formas de interlocução a partir dos casos, mantendo a proposta das duplas de profissionais de referência do CAPS para as equipes de PSF, quando for possível.

A proposta continua sendo atender aos pedidos feitos pelos agentes comunitários de saúde, seja em contatos dos agentes com o CAPS, seja pela realização de visitas domiciliares em conjunto. Há situações em que os agentes comunitários acompanham o tratamento de pacientes matriculados no CAPS, com auxílio no controle da medicação e de levar ao CAPS pacientes que não conseguem ir sozinhos em um dado momento.

Esse quarto período na relação saúde mental e atenção básica pode ser considerado intenso, no sentido de permanente interlocução e trabalhos conjuntos, seja com determinados pacientes já em tratamento, seja com o encaminhamento para acolhimento, assim como uma importante parceria no agenciamento de consultas clínicas e de especialidades fora da saúde mental.

A premissa do programa nacional de saúde mental, colocando o CAPS com função de apoio matricial das equipes de PSF/PACS, tem sido buscada pelo serviço ao longo de seus três anos de existência, mas um trabalho sistemático de apoio matricial parece não ter se efetivado. A maneira de trabalhar com os programas da atenção básica tem sido a de discutir os casos clínicos e traçar estratégias, seja por demanda do CAPS seja dos agentes. Não podemos afirmar que haja uma lógica de co-responsabilização dos casos nesta parceria.

Apresentamos acima a parceria do CAPS com os programas PSF e PACS a partir de quatro momentos distintos, seguindo a organização para a efetivação do trabalho conjunto. Nota-se que a idéia de apoio matricial é um horizonte, mas que não necessariamente chegou a ser efetivado. Vamos agora passar para a rede de saúde mental na qual o CAPS Profeta Gentileza se insere.

A **rede de saúde mental do território** é uma complexa teia que vai se formando a partir das parcerias entre os profissionais dos diversos serviços de saúde da região. Estas relações de parceria vão se formando ao longo da história do serviço, sendo desencadeadas principalmente pelos delineamentos de projetos terapêuticos e de condutas dos casos. Observamos que embora o Fórum e as reuniões entre serviços sejam iniciativas sistemáticas de articulação entre os serviços da rede, a forma como a “costura da rede” se atualiza no CAPS é a partir dos casos clínicos.

A **rede de serviços de saúde**, que formam a rede de saúde mental da **área programática 5.2**, da qual faz parte o CAPS Profeta Gentileza, segundo levantamento oficial, realizado pela Coordenação do Programa de Saúde Mental, em março de 2006, seria composta por⁴⁸:

- Dois CAPS: Pedro Pellegrino (Campo Grande) e Profeta Gentileza (Inhoaíba);
- CMS Belizário Penna (três psicólogos, três psiquiatras e um neurologista);
- 13 Postos de Saúde (com um total de 15 psicólogos, não distribuídos igualmente, sendo que quatro destes não tem nenhum psicólogo lotado);
- 1 PAM (com um psicólogo e três psiquiatras);
- Hospital Estadual Rocha Faria (HERF), com equipe de saúde mental (dois psiquiatras, duas psicólogas e uma assistente social);
- Programa PSF/PACS, sendo 14 equipes de PACS no território do CAPS Profeta Gentileza.

Com estes serviços formando a rede do CAPS, os profissionais consideram que a maior deficiência da rede é de serviços infanto-juvenis, para a clientela de álcool e outras drogas, assim como as condições bastante precárias da assistência no Hospital Estadual Rocha Faria (HERF).

⁴⁸ Secretaria de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro, Superintendência de Saúde Coletiva, Coordenação de Saúde Mental: “Rede Atual”, 2006 (mimeo).

4.7. A gestão local: Coordenação Municipal de Saúde Mental e Coordenação de Saúde da Área Programática 5.2 (CAP 5.2)

A relação entre o serviço e as instâncias gestoras é fator a ser considerado na análise do contexto do serviço. A gestão em saúde tem duas funções principais: dar a direção política do programa de saúde mental, com as diretrizes institucionais, e fornecer os subsídios necessários para a assistência. A relação entre o serviço e a gestão municipal de saúde mental é principalmente feita através da coordenadora do serviço, em reuniões periódicas. Houve momentos específicos em que a coordenação municipal foi ao serviço, em registro do Livro-Preto há três relatos, que apresentaremos a baixo.

Em julho de 2003 acontece a primeira reunião com a gestão municipal de saúde mental no CAPS de Inhoaíba. Os tópicos tratados são:

“CAPS III como a primeira instituição com características de internação [do município], o desafio é não se caracterizar como uma enfermaria asilar, o trabalho precisa estar em um processo constante de elaboração para que não se perca a dimensão da concepção de um serviço marcado pela igualdade entre os pares. Discussão sobre como será o trabalho de um CAPS III, no sentido de oferecer o acolhimento noturno aos pacientes do território. Ao diferenciar o CAPS III de um pólo de emergência são colocados três princípios da atenção psicossocial: acolhimento, tratamento, inclusão social. É afirmado pela coordenação de que o CAPS dará formação em saúde mental ao PACS e PSF. Também deverá ser cedido espaço físico do CAPS para o PSF, e isso faz parte da estratégia para obtermos os resultados do CAPS III” (LPI:12).

Uma segunda reunião em Inhoaíba com a gestão municipal acontece em fevereiro de 2005, com o objetivo de discutir a proposta de pactuação de metas para os CAPS do município. Esta reunião tem a tônica de promover formas de acompanhamento da assistência por parte da gestão com ênfase a que o serviço mantenha atualizados seus registros. Os itens da pactuação de metas e indicadores propostos nesta ocasião estão apresentados no segundo capítulo.

O terceiro encontro relatado em Livro-Preto ocorre em maio de 2005, com um pedido da coordenação municipal em relação à ida de um psicólogo e um enfermeiro do CAPS de Inhoaíba para o de Santa Cruz. A proposta partia de duas razões: o CAPS de

Santa Cruz estava passando por “momento delicado” (com saída de profissionais e reorganização do serviço em seu território) e o fato de que o CAPS de Inhoaíba não havia se tornado CAPS III, tendo um número maior de profissionais. Esse pedido foi entendido pela equipe como uma indicação de que não haveria mais a possibilidade de fazer o acolhimento noturno, ou seja, da implantação do CAPS III, e causou grande mal-estar ao pedir que um psicólogo fosse deslocado. Quanto ao enfermeiro não foi um problema visto que havia uma profissional que ainda não começara a trabalhar no serviço porque estava terminando a residência em saúde mental, portanto não estava integrada à equipe e foi indicada para assumir no CAPS de Santa Cruz. Após esta proposta, a equipe passa por momento delicado quando tem que “escolher” um psicólogo; é um período caracterizado pelos profissionais como de “luto” e com pouco registro das reuniões sobre esta questão.

Houve outras reuniões no serviço, para tratar de assuntos mais gerais como a instalação da cozinha e projetos de pesquisa de grupos específicos (como PRISMA, em agosto de 2006), mas não há registro em Livro-Preto.

Em relação aos contatos com a gestão local de saúde, a CAP 5.2, não há muitos relatos a respeito. São realizados principalmente através da coordenadora e do administrador do serviço e são relativos ao fornecimento de recursos diversos, como materiais, reformas, sistemas de faturamento de procedimentos.

Como mostram os relatos, a coordenação municipal de saúde mental anuncia ao serviço suas missões, como no caso do projeto inicial do serviço ser um CAPS III, com a inovação do acolhimento noturno e o que isso implica na condução do trabalho em equipe. Trata-se do primeiro serviço tipo CAPS do município implantado já com a missão explícita de função matricial para a atenção básica.

A gestão central também exerce a função de locação de profissionais na rede, como no caso do pedido de transferência de profissionais de um CAPS para o outro. No sentido da provisão de recursos materiais, o oferecido pela administração pública esteve sempre aquém das necessidades do serviço.

4.8. A Assistência no CAPS e a Organização do Trabalho em Equipe

A assistência aos usuários no CAPS Profeta Gentileza começa com o atendimento de pacientes que já estavam em acompanhamento pelos profissionais de Inhoaíba no CAPS

Pedro Pellegrino, principalmente com atendimentos individuais, principalmente por psicólogos. Aos poucos foram chegando moradores da comunidade (as demandas espontâneas), assim como encaminhamentos de outras unidades de saúde. O período inicial é marcado por poucos usuários em tratamento no serviço.

Em dezembro de 2003 chega o primeiro psiquiatra (provisoriamente cedido ao serviço), o que possibilita que pacientes do CAPS Pedro Pellegrino possam ser definitivamente transferidos, assim como permite a manutenção de pacientes novos, sem precisar recorrer a outras unidades.

A vinda de pessoas por demanda espontânea começa a acontecer nos primeiros meses. São pessoas da comunidade que souberam ser ali um “posto de saúde” e trazem as mais diversas demandas de tratamento relacionado à saúde de maneira geral. Aos poucos esse tipo de procura diminui e aumentam as demandas mais próprias de saúde mental. No final do ano de 2003 já existem vários pacientes em tratamento no serviço, e o número de acolhimentos aumenta substancialmente. Há vários relatos de pedidos de VD e de encaminhamentos de pacientes internados que são da área do serviço.

A demanda por atendimento de **crianças** aparece bastante no início do serviço, tanto vindos pelo PACS como por demanda espontânea de pessoas da comunidade. Em situações de demanda espontânea, quando a criança está presente, o serviço realiza o primeiro atendimento, no sentido de identificar a situação e tentar encaminhar para unidade adequada. Esta demanda por atendimento infanto-juvenil vai diminuir nos anos seguintes. O serviço passou a tratar casos de adolescentes próximos aos dezoito anos com indicação para CAPS e sem possibilidade de tratamento em CAPSi, seja por falta de vaga, seja pela distância.

Outra demanda freqüente que aparece no acolhimento, registrado em Livro-Preto ao longo dos três anos de funcionamento, é em busca de **laudos psiquiátricos** em função de afastamento do trabalho e de **benefícios sociais**, como por exemplo LOAS, passe-livre, cestas básicas de alimentação.

Seguidos alguns meses de funcionamento e com instalação do telefone, o serviço passou a receber mais pacientes encaminhados por outras unidades de saúde - hospitais, clínicas conveniadas e postos. O aumento significativo da clientela vai provocando maiores discussões a respeito do desenho do serviço e suas formas de organização.

No final de 2004, no sentido de iniciar uma proposta de tratamento mais abrangente do que esta de um CAPS II, caminhando no sentido da implantação do projeto de CAPS III, a equipe começa a delinear a **abertura do serviço aos sábados**. Não tendo previsão para o início do acolhimento noturno e com a constatação de que a clientela atendida não tem atividades de lazer nos finais de semana, a equipe propõe que o serviço funcione como um Centro de Convivência aos sábados. A idéia é que o CAPS de Inhoaíba se torne local de referência mesmo nos fins de semana. Seria uma proposta gradativamente estendida aos CAPS da Zona Oeste, assim como aos domingos.

Havia um delineamento inicial de como seria a assistência no CAPS Profeta Gentileza que incluía: o modelo de trabalho por **profissional de referência** (e não por mini-equipe), o **acolhimento individual** (não em grupo), as **atividades coletivas** e **oficinas** terapêuticas, os **atendimentos** individuais e em grupo, o trabalho com as **famílias**, a realização de **visitas domiciliares** e **hospitalares**, além de **supervisão** semanal por profissional externo ao serviço. Mas estes são apenas elementos do desenho da assistência, pois o delineamento de cada dispositivo vai sendo traçado de maneira paulatina e coletiva, ao longo dos três anos de funcionamento da unidade, o que implica em modificações.

Como veremos, este desenho da assistência e as maneiras de organização interna do serviço vão sendo refeitos constantemente, às vezes os dispositivos permanecem como foram propostos e outras vezes há constantes redefinições, como é o caso da Porta-de-Entrada. A inclusão do dispositivo do Grupo de Recepção (além do acolhimento) é algo em permanente discussão com diferentes experiências de implantação. O Grupo de Família começa quando a equipe sente necessidade deste dispositivo para o trabalho com os familiares. O Grupo de Usuários é um dispositivo típico do modelo CAPS, mas que neste serviço ganha outro contorno. As oficinas vão sendo propostas a partir da iniciativa dos profissionais, assim como de pacientes. As parcerias entre os técnicos para a realização de atividades são feitas considerando as afinidades e as escalas de trabalho.

Vale ressaltar um item da assistência deste CAPS e que perpassa todos os dispositivos assistenciais é o **acompanhamento** dos pacientes. Isso se refere tanto ao acompanhamento do tratamento de pacientes que estão no serviço como o seguimento dos encaminhamentos. O acompanhamento é apontado pela equipe e pela coordenação, sendo muito grande o número de registros sobre este assunto no Livro-Preto. O acompanhamento

de pacientes sempre foi tido como uma questão problemática para a equipe e houveram tentativas de melhorar o acompanhamento da clientela, principalmente dos pacientes matriculados, seja com **seminários de revisão** de prontuários seja com a busca de maneiras de **registro** para este fim.

A seguir apresentaremos os elementos que compõem a assistência do CAPS, com a história de delineamento e colocação em prática de cada dispositivo da atenção.

4.8.1. A reunião semanal de equipe/ supervisão

As reuniões de equipe/supervisão são momentos privilegiados de formação e discussão do funcionamento do serviço. A formulação do serviço e sua maneira de trabalhar em equipe são construídas coletivamente neste espaço. No registro das atas de reunião aparecem diversos assuntos.

As reuniões de equipe, durante os primeiros meses do serviço, têm três pontos principais: **questões administrativas**, como reformas da casa e usos de materiais; o **desenho do serviço**, com o que se pretende oferecer em termos de **atividades coletivas**, qual será o **formato da porta de entrada** do serviço; e, a condução dos **casos clínicos**.

No ano de 2004 e 2005, a supervisora permanecia em serviço durante um dia da semana. O turno da manhã era dedicado à realização da reunião de supervisão com toda a equipe, estando o serviço fechado para atendimentos, atendendo apenas situações emergenciais. No turno da tarde, com o serviço em funcionamento, a supervisora atendia demandas mais específicas, sejam dos profissionais para discussão mais aprofundadas de casos ou de situações de difícil manejo, sejam demandas do serviço como revisão de prontuários ou preparação de seminários. Como podemos destacar do relatório de supervisão⁴⁹, referente ao ano de 2004, as reuniões tiveram três eixos:

“a) relação da equipe com o trabalho na atenção psicossocial em suas diferentes funções de acordo com o programa do CAPS – construção do trabalho em equipe visando os diferentes procedimentos: acolhimento, encaminhamento interno e externo, avaliação e manejo de visitas domiciliares e hospitalares, parcerias com PSF/PACS e outros serviço;

b) discussão clínica com ênfase nos casos mais complexos e de difícil abordagem – construção dos casos visando a uma conduta

⁴⁹ Relatório Técnico de Supervisão, referente ao ano de 2004. Ana Cristina Figueiredo, 2005 (mimeo).

em equipe preservando as diferentes possibilidades de intervenção de cada um, mas trabalhando numa mesma direção;

c) relação com os pacientes e familiares nos diferentes dispositivos de convivência: oficinas, grupos, atividades de lazer e trabalho assistido”. (Relatório Técnico de Supervisão, 2005:2)

O volume de “informes” e resoluções administrativas que aparecem nas reuniões é tematizada pela equipe, que reconhece a importância do tema, mas solicita que a reunião se divida em momentos para **questões administrativas** e outro momento para a **discussão dos casos clínicos**. Esta tentativa de divisão de temas é citada várias vezes no Livro-Preto ao longo dos três anos de funcionamento, no sentido de não usar muito tempo com “informes” e sim com a discussão de casos e de questões trazidas pela equipe.

Podemos dizer que a dinâmica das reuniões de equipe/supervisão é no primeiro momento de informes e questões administrativas, em seguida abrindo para discussões de caso e situações trazidas pelos profissionais. Há um esforço de apresentação dos acolhimentos da semana.

No relato do Livro-Preto podemos observar que é na supervisão que as questões do serviço são tratadas. Há principalmente discussão sobre os casos e o delineamento de condutas, assim como questões relativas ao desenho do serviço, como por exemplo, a implementação do Grupo de Recepção (uma constante ao longo destes três anos), Grupos de Usuários, Familiares e formulações de propostas de Oficinas terapêuticas.

A participação na supervisão é obrigatória para todos os profissionais do serviço. A enfermagem faz um rodízio referido à sua escala, de modo que cada profissional, em geral, participa quinzenalmente. Houve registro, ao longo destes três anos, de falta de profissionais nas reuniões de supervisão, sejam por que estavam no serviço, mas realizando atendimentos, seja porque usavam este turno para a realização de atividades externas (reuniões, visitas).

As reuniões de supervisão dão lugar, pelo menos uma vez por ano, a realização de **seminários internos** para discutir assuntos específicos como, por exemplo, pacientes matriculados, pacientes de PAM e desenho de oficinas terapêuticas. Nestas ocasiões, há o fechamento do serviço para que a equipe se reúna e se dedique aos trabalhos.

Como exemplo podemos citar o seminário ocorrido em abril de 2005 sobre a organização da assistência, com a definição de comissões de trabalho, cada uma com a

participação de pelo menos dois profissionais. As comissões foram: centro de estudos e biblioteca, parceria com CAPS Pedro Pellegrino, estágio, organização e controle de medicação, eventos, trabalho protegido e proposição da comissão de desinstitucionalização (CADÊ). Todas as comissões são formadas por profissionais de nível superior, com a participação do nível médio nas de medicação, desinstitucionalização e trabalho protegido. É importante observar que os profissionais de nível-médio envolvidos nas comissões foram as auxiliares de enfermagem com maior envolvimento no conjunto da assistência e que o oficinheiro participa somente da comissão de eventos.

Neste seminário foram discutidos os grupos de família, de usuários e de medicação. Também foram discutidos casos de pacientes de PAM com a definição de matrícula ou encaminhamento (LPII: 47-50). Como resultado deste seminário, é agendado o próximo para dali a cinco meses, para discutir os casos matriculados e o desenvolvimento do trabalho das comissões: “Avaliar e analisar os casos tendo todas as pendências já sanadas (paciente sumiu, sem folha verde, precisa de vd), todas as providências devem ser tomadas antes do seminário pelo técnico de referência, a fim de agilizar o trabalho do dia” (LPII:131).

Aqui foi exposta a realização de um seminário, mas aconteceram vários ao longo do período estudado. A realização destes seminários tem o objetivo de **reavaliar** e **atualizar** projetos terapêuticos e condutas. Como consequência destes seminários se tem o aumento de número de matrículas de pacientes de PAM, assim como encaminhamentos destes para ambulatórios. Os seminários também são momentos importantes de atualização de discussões sobre as atividades e oficinas, sobre o desenho do serviço, principalmente da porta de entrada.

4.8.2 A porta de entrada: acolhimento e grupo de recepção

A **porta de entrada** do serviço sempre teve o **acolhimento individual** como dispositivo principal seguido, em alguns períodos, pela existência do **Grupo de Recepção**, sendo dispositivos independentes.

Num primeiro momento o acolhimento era realizado principalmente pelos profissionais psicólogos e em outubro de 2003 há o registro de discussão em equipe sobre “maior inserção dos auxiliares de enfermagem no acolhimento”. A partir disso buscou-se realizar o acolhimento com a participação dos auxiliares. Em fevereiro de 2004 há relato

em reunião de equipe da questão trazida pelos auxiliares de enfermagem: se poderiam realizar acolhimento sem um profissional de nível superior.

No segundo semestre de 2004 há a definição de uma **escala de duplas de profissionais para o acolhimento**. Todas as categorias profissionais são incluídas e todos estão escalados para esta ação no serviço; as duplas são formadas por profissionais de diferentes categorias e níveis profissionais. Desde então, esta escala esteve em funcionamento. Pretende ser um guia para a organização do trabalho, podendo ser flexibilizada em situações que o profissional escalado não está disponível. Ou seja, quando um profissional escalado para o acolhimento não está disponível (estando ocupado com outra atividade ou atendimento) é procurado outro técnico para substituí-lo.

No seminário interno de 2005, discutiu-se o tema do acolhimento, registrado da seguinte maneira:

“Incentivo ao acolhimento em parcerias; destaque para o escalonamento de técnicos de modo a não sobrecarregar a equipe; discussão do encaminhamento (interno e externo) que deve ser acompanhado pelo(s) técnico(s) do acolhimento; importante não encaminhar automaticamente para o psiquiatra; avaliação da situação do paciente; prioridade para o diagnóstico da situação; o diagnóstico psicopatológico pode ser trabalhado mais detalhadamente na construção do caso em equipe; o projeto terapêutico decorre do conjunto desses procedimentos” (Relatório de Seminário Interno, 2005).

O acolhimento é o primeiro atendimento de uma pessoa no serviço. Qualquer pessoa que chegue ao CAPS recebe este primeiro atendimento. Este dispositivo tem a função primordial de identificar a demanda e a partir daí direcionar o tratamento (seja no CAPS ou em outros serviços), ou mesmo tratar da não necessidade de tratamento em saúde mental, orientando para outras instituições, como para a assistência social ou de saúde de maneira geral. O dispositivo do acolhimento é um ordenador central das demandas, orientando os próximos passos em relação à solução do problema identificado. No acolhimento há um “filtro” dos casos que são para o serviço ou que necessitam de avaliação mais aprofundada. Com estes, é feita uma proposta provisória de tratamento no serviço. Como evidencia a citação acima, o “diagnóstico da situação” é mais importante no acolhimento do que o diagnóstico psicopatológico, assim como é de responsabilidade do profissional que realizou

o acolhimento acompanhar o trajeto do paciente, seja dentro do CAPS, seja no encaminhamento para outras instituições.

Com o aumento da demanda de pacientes no serviço ao longo dos três anos de funcionamento, nota-se pelo registro do Livro-Preto que a escala de acolhimento não é necessariamente seguida, sendo muitas vezes decidido no momento de chegada de pacientes para o acolhimento quais os profissionais que podem fazê-lo. Isso pode ser evidenciado pelo registro como um chamado da coordenação assim como por falas de profissionais no sentido de não estar conseguindo tempo para o acolhimento, principalmente dos profissionais de nível superior.

Os psiquiatras nem sempre participam do acolhimento, embora seja esta a proposta. Muitas vezes fazem atendimentos de pacientes de primeira vez quando se trata claramente de um caso em crise psicopatológica e outras vezes são chamados pelo profissional não-médico que está realizando o acolhimento para participar quando há necessidade imediata de medicação. Mais uma vez emerge a questão do profissional psiquiatra no serviço tipo CAPS.

A existência do **Grupo de Recepção** como um dispositivo da porta de entrada do serviço, aconteceu em pequenos períodos. Este grupo é um segundo momento da entrada do paciente no serviço, sendo que o primeiro atendimento é sempre o acolhimento individual. Em março de 2004 é colocado em prática pela primeira vez o Grupo de Recepção, são três grupos ao longo da semana, com duplas de psicólogo e auxiliar de enfermagem. Esta experiência dura poucos meses e é interrompida, tendo em vista a avaliação da equipe de que não está ajudando a “formação” dos profissionais para o acolhimento, pois quase a totalidade dos acolhimentos estava sendo enviada para o Grupo de Recepção. Suspende-se o dispositivo do grupo propondo maior dedicação dos técnicos na avaliação do caso no acolhimento; pois este estava sendo restrito ao preenchimento da folha de PAM com os dados do paciente e um resumo da história clínica, sem a devida apreciação e definição de conduta em relação ao caso.

Em fevereiro de 2005, um psiquiatra chama a atenção para a não efetividade do acolhimento, afirmando que os pacientes têm sido agendados para o psiquiatra, que fica responsável por realizar a avaliação do caso que não tem sido feita no acolhimento, afirmando que há um “retrabalho”. Diante de tal constatação, a sugestão da equipe é a

retomada do Grupo de Recepção (LPII:27). Ainda nesta época, é chamada a atenção para que a dupla que realizar o acolhimento tenha o “hábito” de remarcar o paciente para retorno consigo, independente do atendimento com o psiquiatra (LPII:35). Ou seja, apontando o papel de referência do profissional que acolhe e do acompanhamento do caso.

O grupo de recepção não foi posto em prática naquela ocasião, sendo que em outubro há nova referência a retomada deste dispositivo no sentido de organizar melhor a porta de entrada e evitar encaminhamento direto do acolhimento para o psiquiatra. Novamente não foi efetivado e em janeiro de 2006 há nova discussão para a realização do grupo. Em maio de 2006 discute-se novamente sobre a abertura de grupos de recepção, mais uma vez adiado (LPIII:40). Em junho, há a proposta de abrir um grupo de recepção para pacientes em dúvida de conduta e para os que serão encaminhados ao ambulatório. Em julho 2006 aconteceram alguns grupos de recepção.

O Grupo de Recepção, como se vê, foi discutido várias vezes e implementados em poucas ocasiões. A função esperada de um Grupo de Recepção variou ao longo do tempo no CAPS de Inhoaíba, mas o básico é de que se trata de um dispositivo para o qual deve ser enviado o paciente que necessita de uma avaliação mais cuidadosa e detalhada, precisando de mais tempo, indo além do acolhimento para a definição da conduta. É um dispositivo para pacientes que podem ser trabalhados em grupo, com a presença de seus familiares. Também pode ser utilizado para dar um suporte inicial para pacientes em quadro agudo que devem ser encaminhados posteriormente ao ambulatório.

Ainda pertencente ao item porta-de-entrada, cabe a apresentação de um outro dispositivo assistencial: o **Técnico de Referência**. Este papel profissional pretende ser a mola-mestra do tratamento no CAPS e está relacionado tanto à **porta-de-entrada** como ao **acompanhamento** do tratamento.

A definição do técnico de referência do paciente tem dois momentos: em um primeiro momento, está relacionado com o acolhimento, àquele profissional que o atendeu pela primeira vez, portanto uma designação do serviço; e, num segundo momento, está relacionado com os vínculos (ou a transferência) que o paciente efetiva no serviço, portanto uma escolha do paciente. A função deste profissional é “saber” sobre o paciente e delinear sua trajetória no tratamento; de certa maneira, ele “centraliza” as informações sobre o

paciente e seu tratamento. Para tal, este profissional deve ter contato com o paciente, com seus familiares e discutir com outros profissionais sobre o caso.

No CAPS Profeta Gentileza, estes três dispositivos citados, o **Acolhimento**, o **Grupo de Recepção** e o **Técnico de Referência**, estão em constantes redefinição e mudanças, como é possível perceber ao longo dos relatos no Livro-Preto: nem sempre o acolhimento faz sua função de identificar a demanda e traçar o tratamento, encaminhando diretamente para o psiquiatra; o grupo de recepção como um dispositivo da porta-de-entrada é proposto em várias situações mas eventualmente posto em prática; o técnico de referência é chamado no momento de maior responsabilidade (quando de um paciente que não está sendo acompanhado) mas o médico e/ou profissional que “mais atende” e as oficinas acabam ocupando privilegiadamente o lugar de referência.

4.8.3. Grupo de família

Em março 2004, é comentada em reunião de equipe, pela primeira vez, a necessidade de criar um grupo de família, com o objetivo ainda não muito claro, mas propositando acompanhar em grupo os familiares e para que estes se conheçam. Nesta época, o acompanhamento dos familiares estava sendo feito de maneira individual pelo técnico de referência do paciente ou pelo profissional que o atendia.

Em junho do mesmo ano, depois de algumas reuniões deste grupo, é comentado por profissional que o coordena, que as famílias não sabem como funcionam as atividades no serviço. A partir desta constatação, é sugerido que o trabalho de “informar e explicar” sobre o tratamento no CAPS é da porta-de-entrada (acolhimento e/ou Grupo de Recepção), mas também é sugerido que se realize uma reunião mensal com usuários e familiares no sentido de explicitar como é a assistência do CAPS.

Essa questão de explicitar aos usuários e familiares como se dá o tratamento do serviço e a apresentação de atividades disponíveis aparece em vários momentos ao longo da história, às vezes propondo a realização de grupos de usuários e/ou familiares, às vezes colocando esta tarefa mais nos dispositivos da porta de entrada, como acolhimento e grupo de recepção, e outras vezes ainda propondo encontros semanais com a participação dos pacientes que estão entrando no serviço e todos os profissionais, como por exemplo o “conhecendo o CAPS” (proposto em 2005, a partir do não-funcionamento do grupo de usuários).

A preocupação quanto ao “não-conhecimento” de usuários e familiares em relação ao tratamento no serviço, está ligada com a concepção de que “o tratamento no CAPS não é só medicação”, apresentada por familiares e usuários e percebida pela equipe como falta de informação ou conhecimento sobre o tratamento. Temos aí a explicitação de uma forma de tratar em psiquiatria (hospital e ambulatório – com uso de medicação, quase exclusivamente) em transformação e adaptação para outra, o modo psicossocial. No livro-preto, o relato diz que esta é uma preocupação de psicólogos e psiquiatras.

O grupo de família começa com relativa rotatividade de profissionais, até que se decide que haja uma dupla de profissionais fixos e um rotativo. Houve rápido aumento do número de familiares participando. No seminário interno de abril 2005, o Grupo de Família é discutido, sendo definido como um dispositivo importante da **adesão** do paciente ao tratamento a partir do trabalho e suporte dos familiares. É definido que deve ser ofertado a todos os familiares, não somente aos casos mais graves e aqueles em processo de desinstitucionalização. Também é definido que os coordenadores do grupo devem realizar um atendimento individual aos familiares antes da inserção destes no grupo. Podemos destacar o resumo do seminário interno sobre o grupo de família:

“Deve ser um lugar de discussão dos familiares em diferentes níveis – questões sobre o tratamento de seus parentes, a importância de sua participação nisso, momento de parceria dos familiares entre si e com o CAPS, visando uma mudança de mentalidade sobre a concepção de ‘doença mental’ e seu tratamento, ampliando a participação social dos familiares nas diversas atividades no território” (Relatório de Seminário Interno, 2005:2).

Em agosto de 2006, o grupo de família, com frequência semanal, tem em média vinte familiares por reunião. Tem familiares que participam semanalmente mas a maioria frequenta uma vez por mês. O Grupo de Família se mostrou fundamental no trabalho de desinstitucionalização de pacientes com longa internação e é lugar de suporte para a família e de orientação em relação ao tratamento no CAPS. Também participa da organização de festas e passeios, assim como da abertura do serviço aos sábados.

4.8.4. Grupo de usuários

A primeira menção ao grupo de usuários no Livro-Preto é em setembro de 2004, com a observação de que o grupo está em funcionamento e que a equipe está se

organizando para coordenar com rodízio de profissionais. Em fevereiro de 2005, constata-se que o rodízio de profissionais “não tem dado certo”, então é sugerido que haja um coordenador fixo para o grupo. Em março há um registro em ata de reunião sobre reivindicações dos pacientes que realizam uma lista com assinaturas, pedindo os seguintes itens para o CAPS: o funcionamento da piscina, a manutenção do gramado e o fornecimento de alimentação. Há ainda uma reunião que discutiu a comemoração do dia 18 de maio, “mas não avançou muito”, então a definição é que se deve conversar nas oficinas para decidir como o serviço vai participar deste evento. No seminário interno de abril de 2005, são explicitadas a proposta do grupo:

“Incentivar a participação dos usuários; não se trata de ‘grupo terapêutico’, embora possa ter seus efeitos; deve ser um lugar de circulação da fala para que os participantes se conheçam, convivam, tomem decisões sobre sua participação no CAPS e em suas atividades em geral” (Relatório de Seminário Interno, 2005:2).

No segundo semestre daquele ano o grupo deixa de funcionar, pois havia pequena participação de usuários e os temas de decisões, como, por exemplo, no caso da organização do evento do 18 de maio, são comumente delegado às oficinas.

Em 2006 inicia-se uma nova atividade no serviço, o Céu Aberto, que embora tenha começado com outra proposta acabou se configurando para a equipe como um dispositivo que ocupa o lugar do grupo de usuários. Este grupo se inicia com propósitos predominantemente clínicos, mas ganhou lugar especial na discussão entre os pacientes sobre o seu tratamento no serviço, assim como na definição e organização de eventos. Esta atividade parece ter tomado o lugar do previsto grupo de usuários e a idéia de ter este dispositivo propriamente dito foi adiada pela equipe.

A reunião em grupo de usuários, como existe em outros CAPS (em formatos de assembléias, por exemplo), buscando a participação dos pacientes no serviço e permeadas por discussões de direitos sociais, não chegou a acontecer em Inhoaíba. As discussões sobre o tratamento e sobre o serviço têm lugar nas oficinas com seus coordenadores fixos ou nos atendimentos propriamente ditos. Parece que a idéia de uma reunião específica para discussões sobre o serviço não foi apontada pelos usuários e nem recebeu tentativa insistente dos profissionais, após a uma pequena experiência inicial.

4.8.5. Grupo de medicação

A tarefa de prescrição medicamentosa, exclusiva do psiquiatra, era feita principalmente a partir de consultas individuais com os pacientes, com o auxílio importante da enfermagem no fornecimento e controle dos medicamentos. Com o aumento expressivo da clientela e “saturação” da agenda dos psiquiatras, a prática do atendimento individual foi vista como impossibilitada de dar conta da tarefa, além do fato percebido pela equipe de que havia muitos pacientes que só se tratavam com o psiquiatra, não recebendo outra forma de atenção. Havia a suposição de que se tinha uma clientela ambulatorial, assim como o compartilhamento dos casos entre os profissionais da equipe e os psiquiatras era dificultado pela prática de atendimentos individuais. Desta forma, foi proposta a criação de grupos de medicação.

Em seminário de abril de 2005, há a proposta de realizar três grupos de medicação, um para cada psiquiatra. Os profissionais que coordenariam estes grupos deveriam ter contato com os técnicos de referência dos pacientes e o grupo deveria operar um “canal regulador de pacientes estáveis” (LPII:55). Podemos destacar o resultado deste seminário em relação ao grupo de medicação:

“Deve ser um grupo tipo ‘focal’, ou seja: tematizar diretamente a questão do uso e função da medicação no tratamento, sem dispersar a discussão para outros temas que podem (e devem) ser tratados em outros espaços; não deve se sobrepor à reunião de usuários, por exemplo. O grupo de medicação deve ter a duração em torno de uma hora com no máximo 15 minutos a mais para a distribuição de receitas, de modo a agilizar o trabalho dos psiquiatras e suas agendas. O atendimento individual tem um caráter de avaliação do paciente e definição de uma nova prescrição. O grupo tem por objetivo fazer os usuários tematizarem e se posicionarem quanto ao uso de medicamentos em seu tratamento, relativizando sua importância para manejar seu uso com mais autonomia (o que significa que o medicamento não é a única forma de tratar o sofrimento). Daí a importância da discussão entre os participantes. Podem ser grupos abertos ou fechados, de acordo com a proposta de cada dupla de coordenadores (médico + outro técnico)” (Relatório de Seminário Interno, 2005:2).

Estes grupos chegaram a acontecer como previsto, mas não por muito tempo, pois os três profissionais psiquiatras que trabalharam no serviço saíram da unidade. Enquanto

estava em funcionamento, foi avaliado como uma boa experiência para o acompanhamento dos pacientes estáveis. Havia também queixas dos psiquiatras de que outros técnicos “incluíam” pacientes na agenda dos grupos, ficando um número excessivos de participantes por grupo, que muitas vezes ocupava um turno inteiro de trabalho.

Uma experiência interessante aconteceu em julho de 2005: quando das férias de um psiquiatra, o grupo de medicação continuou sendo realizado pela musicoterapeuta, com a dispensação de medicação feita pela enfermagem. Esta experiência demonstra o papel do grupo de medicação no acompanhamento do tratamento e na organização periódica da prescrição de medicação, mesmo com a ausência do profissional psiquiatra.

Em janeiro de 2006, com a entrada de novos psiquiatras, a equipe tenta se organizar para trabalhar de maneira diferente. Então há a criação do **Grupo de Referência**, uma espécie de grupo de medicação atrelado ao técnico de referência, com o objetivo de que os novos médicos conheçam os pacientes e trabalhem em conjunto com os técnicos de referência.

Nesta mesma época também apareceram vários problemas em relação às prescrições e transcrições de receitas medicamentosas. Com a intermitência de psiquiatras no segundo semestre de 2005, havia pacientes sem reavaliação do esquema medicamentoso por algum tempo, o que causava insegurança nos profissionais de enfermagem em relação à liberação da medicação, questionando sua responsabilidade sobre isso. A partir disso, foi decidido que a tarefa de controlar as prescrições medicamentosas passaria a ser do técnico de referência do paciente.

Então, no primeiro semestre de 2006, são os técnicos de referência que ficam responsáveis por averiguar e controlar as prescrições. Isso tem causado problemas no cotidiano do trabalho em equipe. Quando a tarefa de prescrever não é feita no Grupo de Referência, os pacientes buscam o técnico de referência, um profissional não-médico que está tendo de se haver com o controle de medicação.

4.8.6. Oficinas e atividades

As oficinas foram se consolidando paulatinamente a partir de propostas dos técnicos e também de usuários, como no caso da oficina de Arte e Jardinagem que foi sugerida por um paciente. Havia necessidade de fazer oficinas, como um dos dispositivos da assistência

do serviço tipo CAPS. Em setembro de 2003, há propostas da equipe em relação a possibilidade de realizar oficinas fora do espaço do CAPS, na comunidade.

No ano de 2003, com poucas atividades coletivas em funcionamento no serviço, há queixa de usuários e familiares no sentido de dispor de mais oficinas. O relato em Livro-Preto, em dezembro, fala em “ociosidade no CAPS”, no que a equipe tem a preocupação de efetivar novas propostas, mas com o cuidado de não promover o “entretenimento”, chamando a atenção para o fato de que cada oficina deve ter projeto com objetivos definidos. Também há preocupação em acelerar a implantação de novas atividades tendo em vista o processo de credenciamento do serviço, pois segundo a coordenação, é necessário um maior número de atividades e participantes para o credenciamento.

Neste momento do serviço, a preocupação com a criação de novas oficinas tem então duas razões: 1) o processo de credenciamento do serviço exige que haja maior número de atividades coletivas e participantes da convivência; 2) a constatação em equipe de que muitos pacientes vêm ao serviço apenas para os atendimentos com psiquiatra e psicólogo, não tendo outras formas de tratamento e acompanhamento.

Esta última razão citada coloca em questão o fato de haver uma clientela ambulatorial em atendimento no serviço, assim como o fato de que há pacientes que precisam de outros dispositivos da atenção psicossocial - principalmente de atividades coletivas e de situações de convivência - que não estavam sendo oferecidos. A partir disso, começam a surgir propostas de realização destas atividades pelos profissionais.

Ao longo dos três anos de funcionamento as atividades foram criadas, sendo que todas as categorias profissionais coordenam, com exceção dos profissionais psiquiatras, o que só ocorre em julho de 2006. Apenas a oficina de futebol foi realizada fora do espaço do serviço, em uma quadra na comunidade, por mais de um ano, até que passou a funcionar no gramado da unidade. Segue a baixo um quadro com as atividades e oficinas do serviço, com as categorias profissionais de seus coordenadores, assim como seus objetivos e maneiras de funcionamento. Este quadro foi feito pela equipe em ocasião do seminário de oficinas em 2005 e atualizado pela pesquisadora, a partir da observação participante, em agosto de 2006.

OFICINAS (2004 a agosto de 2006)

OFICINA COORDENADOR(ES) (início das atividades)	OBJETIVOS E MÉTODO	CARACTERÍSTICAS E PARTICIPANTES (horário e modo de funcionamento)
<p><u>Arte e Jardinagem</u> Coordenadores: dois psicólogos até janeiro de 2006, sendo um substituído pela terapeuta ocupacional. Início: agosto de 2003. Primeira oficina do CAPS, começou a partir do acompanhamento de um paciente grave que iniciava seu tratamento no serviço.</p>	<p>O objetivo é fazer girar os discursos facilitando os laços sociais através das falas dos participantes para traçar as metas de trabalho na oficina, trabalhando inclusive com pacientes em crise e com alguns familiares, principalmente daqueles com longo tempo de internação psiquiátrica. A oficina visa a produções coletivas e traz efeitos terapêuticos em cada caso no acompanhamento de vários pacientes. Seguindo o ritmo de cada um, esta oficina pretende futura-mente ser instrumento de geração de renda, na medida em que comercialize seus produtos ou dê suporte para o usuário realizar este tipo de atividade fora do espaço de tratamento.</p>	<p>2as feiras de 10h às 12h. Oficina aberta: participam em média 25 pacientes matriculados ou não. A oficina começa com uma roda de conversa com as apresentações de novos participantes e uma programação da atividade daquele dia. A seguir, o grupo vai para o terreno do CAPS, onde são realizados trabalhos como: cuidados com o jardim, fazer mudas de plantas, o cuidado contínuo com a horta além de atividades que envolvem pinturas. A oficina também realiza eventos como almoços coletivos com a colheita da horta, passeios fora do CAPS e festas temáticas.</p>
<p><u>Bazar</u> Coordenadores: duas auxiliares de enfermagem. Início: março de 2004.</p>	<p>O objetivo principal é promover a convivência entre usuários e incentivar o cuidado com o vestuário. O bazar recebe doações de roupas e acessórios para troca e/ou venda e desenvolve atividades afins como o fuxico.</p>	<p>3as feiras de 10:00 às 12:00 e 5as feiras de 14:00 às 16:00 hs. Usuários matriculados. A oficina pretende incentivar aqueles que querem retomar ou iniciar atividade laborativa. Observa-se que todos os participantes atualmente são do sexo feminino.</p>
<p><u>Bijouteria</u> Coordenadores: duas auxiliares de enfermagem Início: março de 2004.</p>	<p>Construção de uma atividade manual que possibilite a criação de peças de bijuterias de escolha do usuário, orientada pelos técnicos. Exposição na Oficina do Bazar das peças produzidas para a venda. Participação em cursos dirigidos à aprendizagem de técnicas.</p>	<p>4as feiras à tarde. Oficina integrada ao Bazar. Tem objetivo também de realizar vendas das peças.</p>
<p><u>Culinária</u> Coordenadores: uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional. Nazaré Início: agosto de 2004. (obs: parou de funcionar em 2005)</p>	<p>Ser um local facilitador para trocas de experiências, uma vez que o espaço físico de cozinha possibilita a troca de receitas, e suscita naturalmente assuntos pertinentes à realidade feminina. Além desse objetivo a prática culinária pode ser um meio de geração de renda</p>	<p>2 feira das 14:00 às 16:00. Para pacientes que o projeto terapêutico esteja relacionado com os objetivos da atividade.</p>

	autônoma, e organizador do ambiente sócio familiar.	
<u>Vídeo</u> Coordenadores: um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Início: novembro de 2004	Proporcionar um espaço de convivência, onde os usuários possam compartilhar suas idéias, impressões com o grupo. Possibilitando o estabelecimento de vínculos.	3as e 6as à tarde A Oficina de Vídeo exhibe filmes escolhidos pelos usuários. Ao término há comentários em grupo sobre o filme.
<u>Oficina da Vida (leitura)</u> Coordenadores: dois auxiliares de enfermagem. Início: julho de 2004	Desenvolver uma reflexão sobre o cotidiano e a experiência de cada um a partir de leituras e discussões.	6as de 9:30 às 10:30. São trabalhados temas atuais trazidos pelos pacientes matriculados. Recursos materiais: livros, revistas, jornais e material de papelaria.
<u>Música (O Bando)</u> Coordenador: musicoterapeuta. Início: agosto de 2004	Criação e a recriação de melodias e letras.	4as feiras pela manhã. Oficina aberta a usuários do CAPS e familiares. A maior participação é de usuários do sexo masculino.

<p><u>Musicoterapia</u> Coordenador: musicoterapeuta. Início: agosto de 2004</p>	<p>A proposta do grupo é trabalhar a subjetividade através do som e do corpo, utilizando a música (estímulos táteis, visuais, sonoro-visuais, do movimento, do equilíbrio, entre outros).</p>	<p>3as feiras pela manhã Oficina aberta a usuários com entrevista prévia com coordenador mediante indicação de técnico de referência do CAPS</p>
<p><u>Costura</u> Coordenadores: uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional e uma auxiliar de enfermagem. Início: setembro de 2005. (parou de funcionar em fev de 2006)</p>	<p>A oficina de costura realiza atividades de corte, costura e reformas em geral. Busca estimular o processo criativo e a geração de renda.</p>	<p>3as feiras, pela manhã, sob a coordenação de uma usuária. 4as feiras, pela manhã, sob coordenação de uma familiar.</p>
<p><u>Alfabetização</u> Coordenadores: duas auxiliares de enfermagem. Início: agosto de 2005. Oficina surge a partir de demanda de uma usuária. (parou de funcionar em março de 2006)</p>	<p>Desenvolver noções de leitura e interpretação de textos e escrita, matemática e atividades livres.</p>	<p>4as feiras pela manhã, usuários matriculados.</p>
<p><u>Projeto Patoá Bijou</u> (Projeto Sementes da Amazônia) Coordenador: terapeuta ocupacional. Início: janeiro de 2005</p>	<p>O uso das sementes da Amazônia como matéria prima principal, se deu a partir do tema da preservação ambiental e da importância da valorização do produto brasileiro, para a criação e confecção de bijouterias e acessórios em parceria com cooperativas da região.</p>	<p>O projeto funciona na sede do CAPS Gentileza e atende aos 5 CAPS da Zona Oeste - Lima Barreto (Bangu), Pedro Pellegrino (Campo Grande), Profeta Gentileza (Inhoaíba) e Simão Bacamarte (Santa Cruz). Trata-se de um projeto gerador de renda, e por isso tem uma proposta diferenciada das oficinas terapêuticas.</p>
<p><u>CDI – Informática</u> Coordenadores: terapeuta ocupacional e dois usuários com treinamento para a monitoria. Início: maio de 2005.</p>	<p>Objetivos: oferecer o básico da informática visando a promover a cidadania e a inclusão social.</p>	<p>2as e 6as feiras – 10:00 às 12:00 / 13:30 às 15:30 Oficina aberta a usuários, familiares e técnicos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.</p>
<p><u>Oficina Beleza Pura</u> Coordenadores: duas auxiliares de enfermagem. Início: março de 2005.</p>	<p>Estimular o cuidado de si através de práticas e discussão de temas ligados à higiene pessoal, beleza, cuidados com a pele, escovação de dentes e outros. Existe um projeto de capacitação profissional para os pacientes.</p>	<p>2as e 6as feiras Usuários matriculados São oferecidas as atividades de manicure, lavagem e escovação de cabelo, maquiagem.</p>
<p><u>Futebol</u> Coordenador: um psicólogo desde o início, com a entrada de um auxiliar de enfermagem no ano de 2006. Início: março de 2004</p>	<p>Objetivo principal: reinserção social. A oficina promove jogos de futebol dentro ou fora da instituição com pacientes, familiares e pessoas da comunidade.</p>	<p>4as feiras pela manhã Oficina aberta</p>

Oficina de Expressão Coordenadores: um psiquiatra e uma auxiliar de enfermagem. Início: agosto de 2006.	Trabalhar com o uso da arte como expressão para os pacientes mais regredidos.	5 feira, a tarde. Pacientes matriculados.
---	---	--

Há algumas pontuações sobre o quadro acima: a) apenas em agosto de 2006, um psiquiatra coordena uma oficina; b) duas atividades são propostas por pacientes (jardinagem e alfabetização); c) duas oficinas tem propostas explícitas de geração de renda e inclusão social (Patoá e CDI). As oficinas não precisam ser fixas e eternas, como podemos ver acima algumas deixaram de acontecer, como a culinária, a alfabetização e a costura.

4.8.7. Desinstitucionalização dos egressos de longas internações psiquiátricas

A desinstitucionalização é uma das tarefas previstas do serviço tipo CAPS. Trata-se de atender pacientes com história de longa internação psiquiátrica. Em geral, o CAPS participa de todo o processo, com o paciente ainda internado, trabalhando com este e os familiares, realizando licenças da internação para que o paciente fique em casa com a família e freqüente o CAPS, até a alta hospitalar definitiva. Este trabalho é normalmente feito em parceria entre as equipes do CAPS e da internação.

O trabalho de receber paciente em processo de desinstitucionalização é tido como uma missão do CAPS desde o início deste serviço, com a designação clara de que esta é uma das funções primordiais do serviço tipo CAPS. O processo de desinstitucionalizar um paciente com longa internação psiquiátrica não é apenas uma questão de desospitalizar, embora faça parte do processo, mas envolve o uso de uma série de procedimentos com o paciente, com sua família, muitas vezes com os vizinhos, com outras instituições de saúde, além de trabalho com a clínica ou hospital de origem do paciente.

O primeiro paciente, vindo da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi (clínica sob intervenção do estado), chega em novembro de 2003. Com sua chegada, a equipe toma contato com a história dos asilos no país. O paciente de 40 anos havia sido internado ainda adolescente com diagnóstico de epilepsia. A equipe toma contato com uma pessoa bastante “desabilitada para vida” e começa um trabalho de reabilitação, com um projeto terapêutico de cuidados psicossociais com o paciente (atendimentos psicológicos individuais, atividades grupais, sentar à mesa para comer com talheres, cuidado com seus objetos

peçoais, etc) e reuniões com a família, além de condução de questões como documentação e agilização de bolsa do Programa De Volta Para Casa.

Nesta ocasião, os profissionais da enfermagem, que conheceram a psiquiatria a partir da lotação no CAPS e através de textos estudados pela equipe, além de conversas com os profissionais psi, tiveram um verdadeiro susto. Perguntavam insistentemente “porque ele havia sido internado?”, “como ele havia ficado assim?”, entre outras questões que demonstravam espanto em relação ao confinamento hospitalar e suas conseqüências para o sujeito. Foi uma situação bastante rica para o compartilhamento do trabalho entre os profissionais, principalmente com enfermeiros.

Daí em diante, a equipe realiza processos de desinstitucionalização de pacientes ao longo dos três anos estudados. Em maio de 2005, com o aumento do número de usuários saídos de longas internações, é destacada uma comissão de profissionais para tomar a frente desta tarefa, chamada Comissão de Desinstitucionalização, vulgo “CADÊ” (“Cadê o paciente?” Uma pequena inflexão bem humorada diante do trabalho de desinstitucionalização, como uma empreitada de busca e resgate). Após o período de trabalho com o paciente na instituição hospitalar, quando do momento de o paciente ir para o CAPS, é aberto o prontuário, deixando de ser responsabilidade desta comissão.

4.8.8. Organização interna do cotidiano do CAPS

As questões referentes à organização do serviço foram discutidas em equipe ao longo dos três anos de funcionamento. As referências à organização do serviço são destacadas a partir de constatações da equipe em relação a dois fatores principais: 1) o **acompanhamento** de pacientes, seja ao longo do tratamento no CAPS, seja do seguimento de pacientes encaminhados; 2) os **registros em serviço**, seja em prontuários, em planilhas ou em fichas de faturamento por procedimento. Há várias destas situações citadas no registro do Livro-Preto, como, por exemplo, o não retorno de pacientes em acompanhamento e a percepção tardia por parte da equipe, pacientes que voltam depois de mais de ano do encaminhamento e que não deram continuidade ao tratamento, sumiços de PAMs, além de um número considerado grande pela equipe de registros “incompletos”. Estas situações são atribuídas a questões de organização do trabalho em equipe, sendo buscadas soluções neste sentido.

As maneiras de organizar o cotidiano tiveram várias tentativas como, por exemplo, a implantação de **sub-coordenadores** por período de quinze dias (em setembro de 2003), a tentativa de que escalar um técnico “**pivô**” ou “organizador do dia” (em 2004 e 2005), a instauração de **reuniões de fim-de-tarde** (de 2003 a 2006), além do destaque de um profissional para realizar especificamente o trabalho de **coordenador técnico da equipe** (em 2006). De todas estas experiências, a única que se manteve como proposta constante foi a reunião de fim-de-tarde, mas que a equipe só consegue realizar eventualmente. A finalidade desta reunião é conversar sobre os atendimentos e acontecimentos, com o objetivo de trocar informações entre os profissionais para que todos saibam o que está acontecendo e trabalhem em conjunto na condução do trabalho.

Quanto à organização do trabalho da equipe do dia, acontece comumente que os profissionais escalados para o acolhimento estão realizando esta função. Estes profissionais estão mais atentos às situações do dia e procuram organizar o trabalho do conjunto dos técnicos. A organização interna do serviço está interligada com as maneiras de registrar o trabalho, tópico que veremos em seguida.

4.9. Os registros

A questão dos registros em serviço perpassa toda a assistência, tendo relação com todos os dispositivos da atenção, mas principalmente com o acompanhamento dos pacientes e com a organização do trabalho em equipe. Não é apenas uma questão “burocrática” de ter o trabalho realizado impresso em folhas de papel para comprovação, mas é algo que influencia a ação em saúde, sendo item importante da assistência. Por isso é apresentado aqui como um tópico.

O assunto **registro** está constantemente presente no Livro-Preto, tendo dois vetores principais: 1) os registros em prontuário e PAM, referentes ao tratamento dos pacientes; 2) os registros de planilhas de atividades e de fichas de faturamento, referentes explicitamente à contabilidade do serviço, à prestação de contas.

Primeiramente, é preciso explicitar as **formas de registro** e suas maneiras de organização no CAPS de Inhoaíba. Embora os instrumentos de registro sejam padronizados (como a ficha de Pronto Atendimento Médico - ou ficha de PAM - e a ficha de anamnese dos pacientes matriculados - ou “folha-verde”, que abre os prontuários dos pacientes

matriculados), portanto, comuns a todos os CAPS do município do Rio de Janeiro, cada serviço guarda diferenças na maneira de utilização destes documentos.

Existem duas possibilidades de registros de atendimentos de pacientes nos CAPS cariocas: **Pronto Atendimento Médico (PAM)** e **Prontuário**. Ambos são individualizados e únicos. Individualizados, pois cada paciente tem o seu registro próprio, seja em PAM ou em Prontuário. Estes registros são únicos porque os profissionais das diferentes especialidades que compõem a equipe escrevem (registram) suas condutas em um PAM ou Prontuário, (único, referente ao paciente).

Todo primeiro atendimento (acolhimento) de uma pessoa que procura o serviço é registrado em uma ficha de PAM. A partir deste primeiro atendimento, o paciente que continuar no serviço se torna “paciente de PAM”, o que significa, teoricamente, que esta pessoa está em avaliação, devendo ser futuramente encaminhada a outro serviço ou matriculada no CAPS. Tecnicamente, o PAM é uma forma de registrar, de ter um “prontuário” do paciente, que supõe um momento transitório no tratamento, um momento de avaliação.

Um paciente de PAM tem o seu registro da seguinte maneira: no primeiro atendimento é aberta uma ficha de PAM e os atendimentos subseqüentes vão sendo anotados em folhas de evolução que vão sendo grampeadas a esta ficha de PAM. A ficha de PAM é uma página com quatro quadros, com itens a serem preenchidos, na ordem a seguir. Quadro 1: unidade de saúde, data, escolaridade, nome completo, data de nascimento, idade, sexo, nacionalidade ou naturalidade, profissão, ocupação atual, situação conjugal, residência, bairro, cep, telefone, responsável/acompanhante, residência deste e parentesco. Quadro 2: motivo do atendimento, encaminhado por, primeiro atendimento em saúde mental: sim ou não, número de internações, diagnóstico inicial, exames solicitados. Quadro 3: opções para marcar: retornar, matricular, internar, encaminhar a, técnico responsável - carimbo. Quadro 4: contrato provisório: sim ou não, dias da semana (marcar x nos dias da semana), resumo da história clínica, data, técnico responsável – carimbo⁵⁰.

⁵⁰ Como veremos mais adiante (nos capítulo dos dados quantitativos e das discussões do caso em equipe) o preenchimento desta ficha de PAM é bastante incompleto. Em geral não há o preenchimento nesta ficha inicial e os dados mínimos sobre o caso tem de ser recuperados com a leitura de todo o relato. Esta má qualidade deste registro questiona não somente o trabalho dos profissionais mas também a adequação deste material para cumprir esta função.

Parece exaustivo tal descrição aqui, mas é importante a explicitação do conteúdo previsto neste material, visto que é a ficha que orienta o acolhimento. Também é importante esta descrição do conteúdo visto que esta ficha será usada na coleta dos dados quantitativos sobre os pacientes e o serviço, apresentados em etapa posterior desta pesquisa.

Todo o primeiro atendimento realizado tem uma folha de PAM. Esta folha não deve ser confundida com “número de PAM”, que é um número atribuído pela administração àquele atendimento, após o atendimento realizado pelo técnico. Estes números seguem a ordem de acontecimento dos atendimentos do conjunto do CAPS; referentes a todos os tipos de atendimento (inclusive de familiares, visitas domiciliares, atendimentos realizados por todos os profissionais, independente da especialidade). Então, este número do atendimento, atribuído pela administração, é diferente do que chamamos de “PAM do paciente”, no sentido da folha (ou conjunto de folhas) de uma determinada pessoa. O número atribuído pela administração a cada atendimento de “paciente de PAM” é a maneira de contabilizar os atendimentos (traduz a produtividade do serviço).

Então, segue um exemplo, com a explicitação do uso dos registros PAM e prontuário. Maria da Silva vem para um primeiro atendimento (acolhimento). O profissional que a atender vai “abrir um PAM”, o que significa que ele vai registrar os dados pessoais de Maria da Silva, um resumo de seu relato, os dados principais do atendimento e a conduta inicial que foi tomada. Após o acolhimento a administração vai receber esta ficha de PAM e atribuir um “número de PAM” a este atendimento. A partir do acolhimento, Maria pode: 1. Ser encaminhada a outra unidade de saúde; 2. Receber marcação de retorno para atendimento no serviço; 3. Ter indicação para ficar no CAPS naquele mesmo dia; 4. Interromper os procedimentos e ir embora sem encaminhamento e sem agendamento de retorno. Em qualquer uma destas situações, Maria tem o PAM colocado nas “pastas de PAM”. Se Maria voltar ao CAPS para outros atendimentos, novas folhas – de evolução – serão grampeadas a esta folha de PAM, onde os relatos continuarão a ser realizados (e a cada relato a administração vai posteriormente atribuir um número de PAM).

O que nos interessa saber é que o PAM de Maria é um. O PAM de Maria é um só, seja uma folhinha avulsa ou um grampeado de vinte páginas. Se Maria continuar a ser atendida pelo serviço e, se após a avaliação for definido que ela deve se manter tratando no

CAPS, ela será matriculada. Então o seu PAM ganhará uma pasta com o seu nome e um número de matrícula. Maria passa a ser uma paciente matriculada e seu registro passa a ser feito em prontuário. O procedimento de abertura de prontuário é acrescido da folha-verde, de anamnese, que deverá ser realizada pelo técnico de referência. Em relação à produtividade do serviço, os atendimentos de Maria passam a ser do tipo Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC).

Os **relatos em prontuários** e **PAMs** são fundamentais para o acompanhamento do tratamento do paciente, assim como para o trabalho em equipe. Ao longo do Livro-Preto há uma série de situações que apontam dificuldades do serviço neste sentido. Podemos citar algumas situações: PAMs que não são encontrados, causando a abertura de um novo, com perda de informações importantes e causando busca de informações verbais entre os profissionais para a reconstituição da história do paciente e da conduta de seu tratamento; paciente que está sendo acompanhado mas que não há registro em prontuário, causando a avaliação de outros profissionais de que o paciente não tem vindo ao serviço e nem realizado seu projeto terapêutico; prescrições medicamentosas sem registro em prontuário atualizada, de maneira que causam confusão com a saída constante de psiquiatras; não explicitação do projeto terapêutico; dentre outras. Temos, portanto, situações de perda de registro, de não-realização do relato de atendimento, assim como questões quanto à qualidade deste relato.

É comum no CAPS de Inhoaíba, profissionais saberem sobre o acompanhamento de um paciente, mas isto não estar relatado. Aparece ao longo do Livro-Preto uma série destas situações, em geral a equipe percebe a perda ou a falta de informação em prontuários e é constante o pedido da coordenação do serviço em relação à atualização dos relatos em prontuários, principalmente dos pacientes matriculados, sendo comum o não preenchimento da folha-verde, ficha de amannese padronizada, e do projeto terapêutico.

Esta situação é tomada pela equipe como um obstáculo ao trabalho. Dada a percepção da precariedade dos registros em julho de 2005 é criada uma comissão de profissionais para a revisão de PAMs, chamada de “**CPI**”, ou Comissão dos Prontuários Incorretos. A menção de “incorretos” diz respeito à falta de informação nos registros dos pacientes que causam problemas no acompanhamento do tratamento, como pacientes sumidos, outros para matricular e adequar o projeto terapêutico. Como conseqüências desta

CPI tem-se: contatos telefônicos com pacientes para retomar o tratamento, matrícula de pacientes de PAM, definições de condutas clínicas e definições de procedimentos de encaminhamento.

A realização de **seminários internos**, ao longo destes três anos, teve o objetivo de discutir oficinas e a porta-de-entrada, mas principalmente de realizar “revisão” de PAMs e de prontuários. Estes seminários de revisão têm teor **clínico** e também de **organização do serviço**. Clínico porque possibilita que a equipe trabalhe em conjunto os casos, sob supervisão, com definição coletiva da conduta. São de organização de serviço na medida em que implicam a organização do material básico de uso dos profissionais para a realização da assistência.

Além disso, os seminários sobre os PAM e prontuário tem um papel importante na identificação de pacientes que não estão vindo ao serviço, que abandonaram o tratamento, como é visto nos relatos em Livro-Preto, e que muitas vezes justificam a realização destes seminários: eis a conhecida questão do seguimento ou acompanhamento da clientela.

Um exemplo radical deste fato pode ser citado aqui: em uma revisão de prontuários, em setembro de 2005, descobre-se que o primeiro paciente em processo de desinstitucionalização (aquele que o CAPS recebeu em novembro de 2003, que participou de atividades e da convivência, sendo que a grande maioria dos profissionais estava, de alguma forma, envolvida em seu tratamento) não havia vindo ao serviço nos últimos doze meses. Ninguém sabia dele, ninguém se lembrou. Nesta ocasião foi realizado contato telefônico com os familiares que o trouxeram de volta ao serviço e foi feito um novo projeto terapêutico, não-intensivo. O que havia acontecido? Um profissional do CAPS o encaminhou para uma consulta com o neurologista, no sentido de uma reavaliação. Ele foi à consulta e a família entendeu que ele deveria se tratar somente com o neurologista, que passou a medicá-lo. Ele não voltou ao CAPS e a equipe não percebeu, foi preciso uma revisão de prontuários para que o paciente fosse “encontrado”⁵¹.

É situação comum no serviço que a revisão de prontuários identifique muitos pacientes que não retornaram, principalmente dos pacientes de regime tipo PAM, como veremos na primeira etapa do trabalho de campo desta pesquisa, quando foi necessário

⁵¹ Este caso caiu no sorteio da coleta de dados quantitativos, será discutido em outra etapa da pesquisa.

realizar uma revisão sistemática dos PAMs para dar início ao estudo (etapa descrita em anexo).

Quanto aos **registros em planilhas** de atividades e **fichas** de faturamento de procedimentos, também são objeto de relatos constantes no Livro-Preto, oriundos unicamente da coordenação do serviço. Tentativas de organizar este tipo de registro foram feitas em vários momentos, assim como houve dedicação exclusiva de técnicos para estas tarefas, em momentos específicos.

Os registros de números de PAM começaram a ser feitos em outubro de 2003, com a abertura do “livro de PAM”. Em dezembro haviam 120 números de PAMs registrados e em junho de 2004 haviam 198 PAMs. Os números de PAM que eram registrados pelos profissionais, dada a constatação pela coordenação da precariedade deste registro, passam a ser tarefa da administração. Então, o profissional registra o atendimento no PAM do paciente e o entrega à administração que lança o número de PAM. A constatação da coordenação do serviço sobre esta deficiência aponta para instalação de um “livro de presença” na porta da unidade, sob responsabilidade do segurança, para que cada pessoa que entre no CAPS assine. Comparando estas frequências com o número de atendimentos registrados, fica clara a sub-notificação do trabalho.

Mesmo com tentativas de melhorar a qualidade dos registros em prontuários e PAMs e de adequar o faturamento ao real número de atendimentos que a equipe realiza, o problema continua e é motivo de tensão na equipe, como podemos ver com a citação a baixo, de um recado dado pela coordenação em abril de 2005:

“Atenção equipe: Após longa discussão, optamos por colocar os [números de] PAMs sob responsabilidade da administração. Porém os registros continuam sendo feitos de forma precária. Acordamos que: os técnicos ficam com a responsabilidade de relatar no PAM e encaminhar para a administração para anotação em planilha com número e demais informações. Tal procedimento vem sendo feito apenas por alguns [técnicos]. No mês de março foram registrados 108 atendimentos. Acho que produzimos mais! O número de atendimentos será encaminhado à SMS/ Coordenação de Saúde Mental. Com isso corremos o risco de perder profissionais, pois não se justifica uma equipe enorme com pouca produtividade” (LPII:46).

De fato, pouco tempo depois, é pedido pela coordenação o deslocamento de profissionais deste serviço para outro CAPS da rede municipal.

Em fevereiro de 2006, ainda com problemas relativos ao registro das planilhas de atividades é destacado um auxiliar de enfermagem que se dedica exclusivamente a esta tarefa, por alguns meses. Com o início do faturamento tipo APAC, também é destacado uma enfermeira para se dedicar exclusivamente a tal empreitada. Notamos que questões de registro tomam tempo e trabalho da equipe. No ano de 2006, além destes dois profissionais dedicados aos registros também foi contratado mais um profissional para a administração, no sentido de ajudar nesta tarefa.

Concomitantemente às tentativas de solução da questão dos registros, há queixas dos profissionais em relação ao número de papéis a serem preenchidos a cada dia, visto como “excesso de burocracia”. A percepção da equipe sobre estas tentativas de soluções, principalmente a partir do envolvimento maior da administração, é de que houve um certo alívio para os profissionais. Ainda assim, considera-se que restam muitos papéis a serem preenchidos.

Em janeiro de 2006, há ainda acréscimo de uma ficha a ser preenchida pelos profissionais. A partir de muitas queixas dos profissionais de que alguns técnicos são referência de muitos pacientes enquanto outros não o são, de que alguns realizam muitos atendimentos e atividades enquanto outros não, a coordenação do serviço cria uma ficha/formulário de atividades diárias que deve ser preenchido diariamente por cada técnico, com o procedimento e o nome dos pacientes atendidos.

A qualidade dos registros em prontuário, feito pelos profissionais, é tema de discussões em equipe, sendo que os técnicos atribuem tal precariedade nos registros à falta de tempo. Pela leitura sistemática de prontuários realizada para a pesquisa podemos identificar que não há uma maneira padrão de relatar o acolhimento, dependendo substancialmente do técnico que escreve. Além do estilo pessoal de cada um, não há rigor em relação aos dados sugeridos na folha de PAM, na maior parte das vezes os itens não são preenchidos, ou pior, há preenchimento incorreto de dados, como, por exemplo, marca-se “zero” internações anteriores e quando se lê o relato há história de mais de uma internação.

Indo além do CAPS Profeta Gentileza, um pequeno exemplo da problemática de registro dos dados dos pacientes, é que os dados coletados nos serviços tipo CAPS do

município, compilados pelo IFB (referente ao ano 2004) há 18% de falta dos dados referente à variável sexo.

Além da qualidade do registro, quando este é realizado, temos a problemática da quantidade de registros exigidos no serviço tipo CAPS. Nota-se que para cada procedimento há um tipo de registro (planilhas de atividade, atas de oficina, atendimento de PAM, etc). Para cada nova questão (quantos atendimentos são realizados, como quem trabalha quanto, por exemplo) é criada uma nova forma de registro, como o “livro de presença” na portaria para que os pacientes assinem, como a ficha de atividades diárias para cada profissional.

Está claro que os registros no serviço (assim como nos outros CAPS do município), não são unificados, sendo necessário um formulário para cada tipo de procedimento. Esta situação sobrecarrega os profissionais com a exigência de preenchimento de papéis diversos.

Enfim, a qualidade dos relatos em prontuário e a organização do conjunto de registros existentes no CAPS é um dos problemas do serviço. Tem-se buscado soluções locais na tentativa de minimizar o problema, mas, tendo em vista que os serviços tipo CAPS do município registram desta mesma forma, o mais apropriado seria tomar a sério esta questão e buscar maneiras de aprimorar as formas de registro da atenção psicossocial. Isso seria um ganho para gestão em relação ao monitoramento dos serviços e um ganho qualitativo para a assistência: a equipe teria maior conhecimento sobre seu próprio trabalho, ajudaria sobremaneira no acompanhamento dos pacientes e pouparia tempo de profissionais.

Mesmo com todos estes registros, a opinião majoritária no serviço, tanto da coordenação como dos profissionais, é o serviço está sempre sub-registrando o seu trabalho. Assim como não se tem real conhecimento sobre o número de atendimentos realizados e nem consegue-se ter auxílio de meios que ajudem no acompanhamento da clientela.

4.9.1. O registro no Livro-Preto

Como explicitado no início deste capítulo, a construção da história e do contexto do CAPS Profeta Gentileza, está baseada na pesquisa do **Livro-Preto**, o material de **registro do cotidiano** do serviço e na observação participante na unidade.

Considerando que se trata de um **documento da administração pública**, exige o que deve ser feito, além daquilo que está sendo realizado. Portanto, os relatos deste livro têm **teor prescritivo**, assim como um **teor descritivo**. Os critérios e categorias usados para relatar são os considerados mais objetivos e hegemônicos. É preciso considerar que neste material está apontado aquilo que é considerado relevante, mesmo que não chegue a ser efetivado na prática, com uma linguagem que pretende ser compartilhada pelo conjunto dos profissionais.

A partir deste fato, podemos fazer duas considerações iniciais: 1) sobre as diferenças dos relatos dependendo de cada categoria profissional, e 2) sobre a enorme referência a planos ou propostas que não chegam a se concretizar.

Quanto às diferenças nas **maneiras de registrar** e de usar o Livro-Preto em função da categoria profissional, podemos destacar que os relatos dos profissionais da enfermagem são mais presentes do que de outros técnicos. Estes relatam uma infinidade de coisas que acontecem a cada turno. Já os profissionais das outras categorias usam o Livro-Preto majoritariamente para dar recados a outros profissionais e informar sobre mudança de condutas de casos.

As **atas de reunião**, embora se tenha decidido que os profissionais se revezariam para escrever a ata, é escrita normalmente pelo pessoal administrativo, com poucas exceções. Nota-se nestes relatos que as questões administrativas são relatadas com detalhes, enquanto as discussões de caso clínico e desenho do serviço são pontuadas de maneira breve. Já quando a ata de supervisão é escrita por um técnico há maior descrição das discussões clínicas.

Outra coisa que salta aos olhos no registro do Livro-Preto é que é citada a discussão, mas não o teor das questões discutidas, como no seguinte exemplo em relação ao Grupo de Recepção: está anotada a sugestão de reiniciar este dispositivo e em seguida é anunciada que não será retomado, sem dizer o teor da discussão, o porque da não retomada. Isso torna dependente quase que exclusivamente da memória dos profissionais as discussões anteriores sobre as razões de implementação ou não deste dispositivo.

Quanto às referências constantes a **planejamentos** diversos feitos pela equipe, destacam-se a frequência com que é discutido o desenho da porta-de-entrada do serviço, com a possibilidade de realização do **Grupo de Recepção**, além do acolhimento, e muitas

propostas de **oficinas** que não chegaram a ser realizadas. Nota-se que o tema Grupo de Recepção está presente ao longo da história do CAPS, mas com pequenos períodos de realização efetiva, assim como projetos de oficinas e atividades que são discutidas mas nunca chegaram a acontecer: o caso mais marcante é de proposta de uma oficina de “Corporalidade”, citada de 2003 à 2005, que nunca efetivou-se.

Cabem ainda outras considerações sobre o conjunto de registros em Livro-Preto, além destas iniciais. No primeiro ano de funcionamento do serviço o registro neste livro é intenso, tudo é registrado, tanto porque ainda não havia outras maneiras de relatar as atividades e os atendimentos. Muitos detalhes administrativos também aparecem no livro, assim como pequenos episódios do cotidiano: quem pagou a caixinha, quem faltou, quem disse o que sobre o que. Tudo o que acontece é relatado. Com o aumento do número de pacientes e o conseqüente aumento do volume de trabalho, além da implementação de formas específicas de registro (cadernos para as oficinas, planilhas de atividades, pastas das comissões), as “pecuinhas” deixam de aparecer no Livro-Preto (o que não quer dizer que tenham desaparecido).

O Livro-Preto funciona como **meio de comunicação da equipe**. É recheado de recados entre os profissionais: avisos em geral, mudanças de condutas de casos clínicos, telefonemas recebidos, agendamentos realizados de um técnico para outro, entre outros. De fato, este material havia sido proposto para ser veículo de comunicação, considerando que todos os profissionais trabalham 20 horas semanais, o que significa que estão presentes na metade da semana. Sempre foi recomendado que os técnicos lessem o Livro-Preto ao chegar na unidade, para atualização do trabalho em equipe.

É constante ao longo dos três anos de funcionamento o registro de contatos com o **PSF/PACS**. Enquanto outros assuntos passam a ser registrados em meios próprios, o contato com a atenção básica continua no Livro-Preto.

É bastante notável no registro o fato das questões do serviço serem substancialmente discutidas na **reunião de equipe/supervisão**. É um momento privilegiado de discussão e de tomada de decisão, tanto de condutas clínicas como de transformações na organização do serviço. Não há registro de nenhuma mudança em relação ao trabalho em equipe que tenha sido tomada fora deste espaço. Portanto, podemos dizer que a formação do serviço é uma **construção coletiva** e que **a supervisão é carro-chefe**.

As questões da **rede de saúde mental** são freqüentemente debatidas em reunião, sobre as parcerias possíveis com os outros serviços e os recursos disponíveis na região, o **território**. O que mais aparece são as formulações de possíveis parcerias entre diferentes serviços, em função da discussão de casos clínicos.

Aparecem também com freqüências as tentativas de solução de encaminhamentos e prescrição de medicação com relação à falta de profissional psiquiatra, tanto no próprio CAPS como nos ambulatórios, sendo este identificado como um problema da rede que acarreta prejuízos ao trabalho do CAPS. Quanto à composição da rede aparecem também, mas com menor freqüência, a não existência de serviços infanto-juvenis e especializados em álcool e outras drogas. A falta deste tipo de serviço e de profissionais psiquiatras não é um problema exclusivo da região de Inhoaíba, compartilhado com outros CAPS do município.

4.10. Considerações finais sobre a história e o contexto do CAPS

Temos com esse capítulo a construção de um contexto historicizado do CAPS Profeta Gentileza, com destaque dos recursos disponíveis, a formação do desenho institucional e a construção do trabalho em equipe. Podemos a partir deste material fazer um panorama de como os dispositivos previstos da atenção psicossocial se atualizam neste serviço tipo CAPS e quais são as questões discutidas na equipe para a efetivação da assistência.

O **contexto social** em que se insere o serviço marca a maneira de trabalhar no território. Em uma região marcada pela pobreza e pela violência, com circulação restrita na região, tanto para pacientes como para profissionais, a assistência ganha contornos não necessariamente previstos, como, por exemplo, não haver atividades externas ao serviço e haver dificuldades em relação a realização de visitas domiciliares. O contexto de inserção da unidade, como vimos, traz questões referentes ao **acesso**, assim como interfere na construção dos **projetos terapêuticos** e no seguimento dos casos. Isto somado à não disponibilidade de alguns **recursos**, notadamente o veículo (carro), traz marcas na assistência deste CAPS principalmente no que tange ao **acompanhamento** do tratamento dos pacientes.

Os recursos materiais, tanto para a assistência (prontuários, pastas, etc) quanto para a utilização cotidiana da equipe (água, cafezinho, almoço, papel higiênico, sabonete, etc) foram mais fonte de **insatisfação dos profissionais** do que obstáculos à assistência. Aparentemente nada deixou de ser feito por falta destes itens, embora tenham causado transtornos no cotidiano e mal-estar nos profissionais. Mas não temos como saber o efeito dos itens estruturais do serviço para os profissionais e clientela. Qual é a dimensão desta insatisfação? Quais seriam suas conseqüências? Será que o fato de estar provendo os itens básicos do CAPS faz com que os profissionais modifiquem seu trabalho na assistência? Enfim, são questões a serem abordadas. Embora o provimento de alguns itens tenha sido efetivado os técnicos desta equipe continuam provendo o mínimo das condições de trabalho necessárias.

Apesar de problemas de recursos materiais no serviço, a equipe continua mantendo a proposta do CAPS III, com acolhimento noturno, adiado nos últimos três anos. A equipe deu um passo em direção à ampliação do período de funcionamento com a abertura do serviço aos sábados. Esta proposta não se sustentou por muito tempo, embora os profissionais relatassem que as experiências dos sábados foram muito interessantes e que os pacientes e familiares gostaram bastante. Porque o serviço não continuou com propostas funcionamento aos sábados? Não sabemos. Poderíamos apontar que não definição sobre a transformação em CAPS III, apesar da aposta da equipe, é um elemento de “desestímulo” para a continuidade do funcionamento aos sábados, assim como causa uma certa “desistência” por parte dos profissionais. A não definição da proposta de acolhimento noturno e a falta de alguns recursos (como, água, por exemplo) deixam uma impressão na equipe de que o CAPS pode ser um projeto provisório, de que pode não receber estes recursos, de que pode acabar; uma sensação de abandono e desolamento. São comuns frases dos profissionais, do tipo: “isso vai se transformar em outro serviço”, “nunca será implantado o CAPS III”, “eles [a gestão] esqueceram deste CAPS”, dentre outras falas que demonstram um descrédito em relação à continuidade do projeto assistencial.

Portanto, mesmo que questões estruturais, de recursos materiais, não influenciem diretamente na assistência, com certeza imprime sua marca no trabalho dos profissionais, no investimento e na dedicação ao CAPS.

Os recursos materiais que mais apontados pela equipe como fundamentais para a assistência, e sem os quais, o trabalho fica prejudicado, são: **carro e telefone**. Como vimos ao longo do capítulo, estes recursos são de fundamental importância para o trabalho na assistência e modificam seus resultados: o contato telefônico com os pacientes e com outras unidades, assim como a realização de visitas domiciliares e hospitalares, são fatores de **adesão, de continuidade e seguimento** no tratamento, assim como possibilitam trabalho de **construção da rede de saúde mental no território**. O carro é colocado como recurso imprescindível para a realização do **apoio matricial a atenção básica**, especificamente no trabalho com as equipes de PSF e PACS.

Uma das questões que mais aparece nos registros do Livro-Preto é o seguimento dos casos, seja de pacientes em tratamento no serviço seja dos que foram encaminhados. A cada situação em que a equipe percebe fragilidades no acompanhamento, isso é tomado como algo a ser resolvido e é tido pela equipe como um “dificultador” da assistência. Inclusive, a questão do acompanhamento apareceu na etapa qualitativa desta pesquisa (na discussão de casos em equipe) como algo importante em relação à qualidade do serviço. Apareceu claramente como um indicador de qualidade.

Já a questão da **responsabilização pelo território** aparece no Livro-Preto de maneira esporádica, quando se tem um chamado para um caso específico e a equipe considera que é de sua responsabilidade abarcar a situação, mas os recursos materiais para tal (o carro) são um impedimento. Embora a lógica prevista para este tipo de serviço seja a de tomada de responsabilidade pelo território, a realidade da assistência no CAPS é mais próxima de uma **lógica da demanda**. A equipe tem consciência deste fato, inclusive não é raro ouvir comentários entre os profissionais no sentido de que “se atende bem os pacientes que vem ao CAPS”, mas não se sabe sobre aqueles que estão na área de abrangência e que não chegam ao serviço.

A formação da **rede de saúde mental** na área de abrangência do serviço é tema discutido pela equipe, tanto nas reuniões internas como nos Fóruns de A.P. Percebemos a partir da pesquisa no registro Livro-Preto e através da observação participante que é considerado importante **ter conhecimento sobre a rede** de serviços disponíveis e que as relações entre os serviços vão sendo constituídas predominantemente **a partir dos casos clínicos**. Em relação ao conhecimento da rede, vimos que a informação dos recursos

institucionais e de profissionais disponível é um determinante para a articulação de parcerias e de encaminhamentos. Também vimos que os contatos entre os serviços de saúde da área se dão principalmente a partir do delineamento do tratamento dos pacientes.

Como este CAPS funciona em relação à função de ser Porta de Entrada da saúde mental no território? Vamos apreciar esta questão ao término do conjunto do trabalho de campo, mas nesta etapa já podemos observar que o CAPS recebe demandas espontâneas, encaminhamentos da atenção básica, de clínicas e hospitais, parece que vários serviços de saúde partilham desta função de ser Porta de Entrada da saúde mental no território.

Ao longo da observação participante, assim como na pesquisa do Livro-Preto, nota-se que houve **contenções físicas** apenas em situação de internação à revelia, quando o paciente teve de ser contido na maca da ambulância. Os relatos de **agressão física** de pacientes a profissionais também ocorreram raramente e em situações bastante específicas. Sobre os dois assuntos a equipe considera que estes fatos são indicadores de **bom manejo** dos casos em equipe. A equipe se orgulha disso e considera o pequeno número destas ocorrências como indicadores de uma “**boa clínica**” do CAPS.

A necessidade de ter de realizar **internações** de pacientes, aparece no Livro- Preto, com registro da situação apresentada e os recursos acionados para tal. A partir da observação participante nota-se que as situações de internação são conversadas entre os profissionais do dia para a tomada esta decisão e que posteriormente é discutido em reunião de equipe. Observa-se que há tentativas no sentido de evitar a internação e que esta é vista como o “último recurso”, sendo buscado alternativas do paciente ficar em regime intensivo no serviço, de alteração do esquema medicamentoso e de suporte familiar durante a noite. A discussão sobre a internação vai aparecer na etapa qualitativa da pesquisa, a partir de discussão sobre acompanhamento dos pacientes e das implicações de proceder à internação.

A premissa de realização de trabalho multiprofissional é valorizada pela equipe. As situações de trabalho não integrado de profissionais (notadamente em relação aos psiquiatras e enfermeiros, mas também direcionada as outras categorias), quando citadas no Livro-Preto e em situações cotidianas do serviço, são apontados como não desejável, buscando-se o **trabalho coletivo** para a condução dos casos, assim como da construção do trabalho em equipe. Nota-se a preocupação com o trabalho multiprofissional nos

dispositivos da porta-de-entrada e na realização das oficinas e atividades, assim como o desenho do serviço é considerado uma tarefa coletiva de delineamento e transformação.

A questão da **medicação**, seja referente ao questionamento quanto as formas de usar, seja em relação à avaliação periódica, seja ainda em relação a dispensação de medicamentos, é um tema que aparece ao longo da história do serviço. Este tópico se refere tanto à **clínica** do serviço como à sua **organização**. Os momentos mais intensos de discussão sobre a medicação estão relacionados com a entrada e saída de **psiquiatras** no serviço. Ou seja, é em momentos de intermitência deste profissional que a equipe aponta questões sobre a dispensação de medicamentos, principalmente no que diz respeito a repetição da prescrição medicamentosa. Como vimos neste capítulo, as mudanças (ou falta) de psiquiatra transformam o trabalho em equipe, como no caso da implantação do dispositivo Grupo de Referência e no caso de passagem da responsabilidade de “prescrever” (ou, no caso “copiar receita”) para o técnico de referência. Podemos dizer que a medicação é um recurso da assistência que modifica a organização do serviço. Já a discussão da medicação referente à clínica, propriamente dita, aparece ao longo das condutas dos casos clínicos e a partir do tema “subjeter e desmedicalizar”; que será apresentada na discussão dos casos em equipe.

Os **registros** sobre o serviço e em serviço são considerados pela equipe como algo importante na assistência. A forma como vem sendo realizados são apontados como elementos de **obstáculo** ao trabalho, sendo objeto de queixas dos profissionais e da coordenação. Vimos que há problemas de qualidade dos **registros em prontuários**, assim como há uma quantidade considerada grande de **registros de faturamento**. A questão mais importante deste último tipo de registro é que as informações aí contidas não retornam para os profissionais como dados sobre o trabalho do CAPS e, portanto, são tidos apenas como “burocráticos”. Outro aspecto em relação aos registros é que estes não permitem a apreciação do conjunto da assistência, havendo coletas independentes para tipo de “situação” (planilha de pacientes matriculados, número de atendimentos de PAM, etc).

Chegamos ao fim deste capítulo, que pretendeu apresentar o contexto de implantação do CAPS Profeta Gentileza no bairro de Inhoaíba, buscando destacar as questões apontadas pela equipe ao longo dos três anos de funcionamento. Esta etapa foi dedicada ao que em avaliação se chama **contextualização do serviço**, buscando apontar os

elementos principais que formam a assistência neste CAPS, incluindo os **recursos institucionais**, como parte da **estrutura** e das **variáveis-sombra**. Os elementos apontados neste capítulo serão discutidos em conjunto com as próximas etapas da pesquisa qualitativa no CAPS, apresentadas a seguir.

Capítulo 5 – Dados Quantitativos: o perfil da clientela e a utilização do serviço

Neste capítulo apresentaremos os resultados da **etapa quantitativa** da pesquisa, com a coleta de dados feita em serviço. A partir dos objetivos da pesquisa de descrever o perfil da clientela que busca o serviço e a utilização dos dispositivos terapêuticos da unidade, foram coletadas informações dos dois universos de pacientes: 1. Pessoas que foram atendidas na unidade e foram encaminhadas a outros serviços (**pacientes encaminhados**); 2. Pessoas matriculadas na unidade, portanto avaliadas como casos de indicação para tratamento no CAPS (**pacientes matriculados**).

Estes dois estatutos de pacientes que a pesquisa utilizou segue a separação de registros e de tipos de paciente que é utilizada no serviço, não sendo uma categoria própria da pesquisa. Estas categorias foram seguidas ao longo da pesquisa, de modo que tanto na etapa qualitativa como na etapa quantitativa são consideradas as duas categorias de pacientes: encaminhados e matriculados. O que diferencia os dois tipos de pacientes é que uns são avaliados no CAPS e encaminhados para outras unidades de saúde (os pacientes encaminhados) enquanto que os outros são avaliados e é indicado que o tratamento deve ser realizado no CAPS, portanto é realizada a matrícula (pacientes matriculados).

O trabalho de coleta de dados começa com **a identificação pacientes encaminhados e matriculados no período contemplado pela pesquisa**. Para a identificação dos pacientes encaminhados foi preciso proceder a uma revisão sistemática do conjunto de PAMs existentes na unidade. Esta revisão foi feita com a leitura da totalidade dos PAMs existentes no serviço para, então, identificar aqueles que haviam sido encaminhados. No conjunto de PAMs existiam desde as fichas daqueles pacientes que haviam sido encaminhados para outras unidades de saúde, até fichas de pacientes que não voltavam ao serviço há mais de um ano e de pacientes que estavam em tratamento regular. A revisão sistemática teve como resultado uma nova forma de organização deste material dentro do serviço e o início de um processo de retomada de alguns casos que estavam sem tratamento. Esta revisão sistemática dos registros tipo PAM, reordenando a forma de lidar com este material na unidade e a conseqüente busca de pacientes que estavam sem tratamento pode ser considerada como uma intervenção no serviço a partir da realização de uma pesquisa avaliativa. Pra maiores detalhes sobre como feito este trabalho ver descrição

em anexo. Após a revisão dos PAMs foi possível identificar aqueles pacientes que haviam sido encaminhados no período definido pela pesquisa.

Quanto aos pacientes matriculados foi preciso apenas identificar dentre o total de matriculados aqueles em que a matrícula havia sido realizada entre 01/01/06 e 10/08/06. A identificação dos pacientes matriculados no período de interesse da pesquisa foi realizada em alguns minutos, com a colaboração da secretária do CAPS, ao olhar um “caderno” em que há o registro das matrículas; ou seja, onde há o número da matrícula (que é temporal e seqüenciado), o nome do paciente e a data em que foi matriculado. Portanto, foi preciso apenas dedicar alguns minutos para identificar quais os pacientes que fariam parte da pesquisa.

Como podemos ver, houve uma diferença marcante no manuseio dos PAMs e dos prontuário, sendo que para os PAMs foi necessário realizar uma revisão sistemática do conjunto do material para identificar os encaminhados no período estudado, enquanto que para os prontuários foi necessário apenas uma secretária disposta a identificar a informação já digitalizada e imprimir uma folha com os pacientes matriculados.

Os dados quantitativos coletados na pesquisa são referentes a todos os itens de informações contidos na ficha de PAM. Além disso, foi coletado, para cada atendimento efetuado, alguns elementos: datas, profissional e conduta. O profissional que realizou o atendimento está classificado pela categoria. Estes itens podem informar sobre a **assistência no CAPS e a utilização dos dispositivos do serviço.**

As variáveis coletadas a partir da ficha de PAM são as seguintes: Nome (iniciais do nome ABC, apenas para controle), Escolaridade, Idade, Sexo, Naturalidade, Profissão, Ocupação atual, Situação conjugal, Residência, Primeiro atendimento em Saúde Mental, Número de internações anteriores, Diagnóstico inicial, Motivo do atendimento, Origem do encaminhamento e Destino do encaminhamento. Estes itens vão fornecer um **perfil da clientela.**

A seguir apresentaremos os resultados obtidos com a coleta de dados quantitativos. Separaremos em três partes: pacientes encaminhados, pacientes matriculados e comparação entre os perfis e a utilização do serviço para pacientes encaminhados e matriculados. Vamos descrever os resultados por cada variável.

5.1. Pacientes encaminhados

A coleta de dados referentes aos pacientes encaminhados foi realizada em serviço, com auxílio de um computador portátil, utilizando planilhas do programa excel. Foi realizada a coleta da totalidade dos pacientes que foram encaminhados no período entre 01/01/06 e 10/08/06, em número de 87 sujeitos; independente da data que deram entrada na unidade.

5.1.1. Escolaridade

A variável escolaridade foi coletada como estava registrada no PAM. Portanto foi coletado “primeira série do primeiro grau” que entra na categoria “fundamental incompleto”. Segue abaixo uma tabela com a distribuição dos sujeitos encaminhados por faixas de escolaridade, com as respectivas percentagens, assim como a percentagem corrigida, não considerando o contingente de falta de informação.

ESCOLARIDADE	freq abs	freq %	freq % corr	freq % corr acum
Sem escolaridade	4	4.6%	5.6%	5.6%
Fundamental incompleto	43	49.4%	59.7%	65.3%
Fundamental completo	2	2.3%	2.8%	68.1%
Médio incompleto	5	5.7%	6.9%	75.0%
Médio completo	12	13.8%	16.7%	91.7%
Superior incompleto	2	2.3%	2.8%	94.4%
Superior completo	2	2.3%	2.8%	97.2%
Educação especial	2	2.3%	2.8%	100.0%
Sem informação	15	17%	0%	0%
Total	87	87	72	72

A maioria dos pacientes encaminhados pelo CAPS Profeta Gentileza não chegou a terminar o ensino fundamental (65,3% corrigidos) e existem mais pacientes sem escolaridade do que aqueles com nível superior.

5.1.2. Idade

A variável idade foi coletada em anos, tendo sido agrupado posteriormente em intervalos. Não temos falta de informação neste quesito, pois quando os anos não constavam no item referente à idade, esta informação foi incluída na pesquisa a partir da data de nascimento. Portanto, para este quesito, temos 100% de existência de informação, ao contrário de outras variáveis em que se tem mais de dez por cento de falta de registro.

Idade	encaminhados		
	freq	%	%acum
Até 19 anos	5	6%	6%
20 a 29	16	18%	24%
29 a 39	15	17%	41%
39 a 49	22	25%	67%
49 a 59	16	18%	85%

60 ou mais	13	15%	100%
Total	87	100%	-

A média de idade dos sujeitos encaminhados foi em torno de 43 anos, enquanto a maior frequência (25%) foi de pacientes com idade entre 39 e 49 anos, seguido dos pacientes com idade entre 20 e 29 anos e daqueles entre 49 e 50 anos, igualmente com 18% dos sujeitos.

5.1.3. Sexo

A variável sexo foi coletada como “masculino” e “feminino”. É importante considerar que neste item, quando em branco no registro, foi respondido pela pesquisadora a partir da leitura do PAM, portanto temos 100% de resposta a esta variável. Distribuição de frequência por sexo dos sujeitos encaminhados, com média de idade:

Sexo	Freq	%	Média de idade
Feminino	48	55%	46.5
Masculino	39	45%	39.4
Total	87	100%	43.3

Há um pouco mais de mulheres do que homens procurando o CAPS e a média de idade das mulheres é um pouco maior do que esta dos homens.

Os dados apontam a tendência geral de que as mulheres procuram mais atendimento em saúde do que os homens. A média de idade por sexo responde à impressão de alguns profissionais de que haveria busca de “mulheres quase idosas” procurando o serviço para acolhimento, na medida em que a média de idade das mulheres é um pouco maior do que a dos homens.

5.1.4. Naturalidade

A variável naturalidade foi coletada como estava registrada. Os resultados demonstram que naturalidade é confundida com nacionalidade.

Naturalidade	Freq	%
Brasileira	16	18,39%
Rio de Janeiro	54	62,06%
Outros Estados	8	9,19%
Sem informação	9	10,34%
Total	87	100%

A maioria dos pacientes encaminhados é nascida no Estado do Rio de Janeiro. Uma parcela da clientela (18%) está descrita como brasileira, portanto sem informação quanto à

naturalidade, mostrando uma confusão sobre o que deve ser respondido (por parte do paciente) ou daquilo que deve ser perguntado (por parte do profissional).

Alguns profissionais relatam no cotidiano do serviço, que têm a impressão de que há muitos pacientes de origem de fora do estado do Rio de Janeiro, inclusive de pessoas cujo surto psicopatológico é desencadeado em momento de mudança de estado de domicílio. Esta percepção é de que haveriam pacientes nascidos em estados do norte e nordeste, assim como de Minas Gerais. Os dados coletados sobre os pacientes encaminhados não corroboram esta impressão dos profissionais.

Podemos atribuir a esta diferença algumas hipóteses explicativas. Pode haver uma percepção superestimada dos profissionais sobre pacientes vindos de fora do estado, sendo estes em menor número, mas que chamam atenção dos profissionais. Outra possibilidade é de os próprios pacientes não estejam dizendo que nasceram em outro Estado. Mas, confiando nos dados coletados e mesmo supondo que o contingente de falta de informação quanto à naturalidade e que aqueles classificados como brasileiros fossem de fora do Estado do Rio de Janeiro, teríamos ainda assim um número maior de pessoas do próprio estado (54 do Estado e 33 de fora do Estado do Rio de Janeiro). A outra possibilidade é que esta impressão dos profissionais esteja relacionada aos pacientes matriculados.

5.1.5. Profissão

A variável profissão foi coletada como estava registrado de maneira nominal. São citada uma série de profissões diferentes: 11 mulheres se dizem “**do lar**”, outras 10 são **domésticas ou diaristas**, 3 sujeitos são **estudantes**, 4 **auxiliares de serviços gerais**, 4 são **técnicos** (informática, administração, nutrição, contabilidade), 2 são **funcionários públicos**, 2 **professores**, 2 **motoristas**, 2 **pedreiros**, 3 afirmam não ter profissão, uma série de respostas com apenas uma frequência (catador de papel, cozinheira, porteiro, segurança, entre outros) e **16 sem informação sobre profissão**.

5.1.6. Ocupação atual

A variável ocupação atual foi coletada como estava registrado na ficha de PAM, de maneira nominal, agrupados posteriormente nas seguintes categorias: **empregado** (n = 23), **desempregado** (n = 19), **do lar** (n = 10), **aposentado** (n = 9) e **sem informação** (n = 26).

A categoria “empregado” agrupa aqueles que relataram estar trabalhando (formal ou informalmente), na categoria “desempregado” temos os que estão sem trabalho. A categoria

dos aposentados inclui os termos “pensionista”, “INSS”, “encostado” e “aposentado”. Seria interessante podermos distinguir quais destes sujeitos estariam “aposentados” por situação de saúde, mas isto não foi possível a partir da ficha de PAM e nem mesmo pela leitura deste material.

Não há informação sobre a ocupação atual de 29% dos sujeitos. Dentre aqueles que se dizem empregados (26%) e as mulheres que são “do lar” (11%), temos que 37% dos sujeitos têm ocupação atual. Os sujeitos aposentados representam 10% dos sujeitos.

5.1.7. Situação conjugal

A variável situação conjugal foi coletada como registrada e classificada nas seguintes categorias: solteiro, casado, separado, viúvo. Esta variável não diz respeito necessariamente ao estatuto do estado civil oficial do sujeito, portanto a categoria casado inclui termos como “amigado” e a categoria separado inclui os desquitados e os divorciados. Temos abaixo a tabela com as frequências da situação conjugal em função da média de idade, sendo que foram agrupados os separados (n=9) e os viúvos (n=6), pois são aqueles que não tem cônjuge.

Situação conjugal	freq	%	Média de idade
Solteiro	35	40,2%	33.6
Casado	31	35,6%	47.1
Viúvo/separado	15	17,2%	57.8
Sem informação	6	6,8%	-
Total	87	100%	43.3

Os sujeito solteiros (40%) e casados (35%) são os mais frequentes, sendo que a média de idade dos solteiros (33 anos) é menor do que a dos sujeitos casados (47 anos).

5.1.8. Residência

A variável residência na pesquisa busca responder a questão da **área de abrangência do serviço**, à **territorialização** do CAPS. A coleta de dados foi feita com o auxílio de uma lista composta pelos sub-bairros pertencentes à abrangência territorial do serviço: os sub-bairros de Campo Grande e Inhoaíba, assim como trechos dos bairros de Paciência, Santíssimo e Nova Iguaçu. A tabela abaixo mostra os resultados.

Residência	Freq
Área de Inhoaíba	83
Fora da área	1
Sem informação	3

A grande maioria dos sujeitos, em número de 83, tem residência na área de abrangência do CAPS de Profeta Gentileza, aqui designado como “área de Inhoaíba”. Há três sujeitos sem informação: um PAM em que estava escrita a rua, número da casa, mas não foi possível identificar o bairro, e os outros dois estavam sem nenhuma informação de endereço e nem bairro na ficha de PAM.

O único sujeito que reside fora da área de abrangência do serviço é um homem de 48 anos, casado, de profissão “cabista”, com o segundo grau completo, nascido no estado do Rio de Janeiro e morador do bairro de Bangu (AP 5.1). Ele veio ao serviço por demanda espontânea, relatando “fobia de lugares fechados”, foi acolhido por um psicólogo que o encaminhou para um profissional psicólogo em Posto de Saúde da área de Inhoaíba. Ou seja, ele não é morador da área de abrangência do CAPS e terá atendimento psicológico ambulatorial em outra Área Programática que não é de sua residência.

Este resultado nos informa que as demandas espontâneas que chegam ao serviço e os encaminhamentos feitos por outras unidades de saúde são de pessoas que moram na área de abrangência do serviço. Este fato demonstra que o serviço está **regionalizado**, como previsto normativamente. Mas poderíamos analisar estes dados de maneira contextual e supor algumas situações que tornariam relativa a conclusão acima.

O serviço só está atendendo quem é da área, mesmo para o acolhimento? Ou seja, aparece um sujeito e a primeira coisa perguntada é sua moradia, não sendo da área de abrangência do serviço, não é realizado o acolhimento. A única exceção, considerando esta hipótese, seria o caso do senhor que mora em Bangu. Esta hipótese pode ser considerada apenas em relação aos pacientes que buscam o serviço por demanda espontânea (n=44).

Estamos realizando esta suposição, porque ao longo da observação participante no serviço, foram observadas situações como a suposta acima. O paciente foi ao serviço, por demanda espontânea, procurando atendimento. Um profissional, na sala do CAPS, pergunta sobre sua moradia. Como não era local de abrangência do serviço, foi indicado ao sujeito que procurasse outro CAPS, fornecendo um papel com endereço e telefone. Ou seja, não foi realizado o acolhimento, deixando este procedimento para o outro serviço. Portanto, temos uma situação em que o serviço está, *a priori*, seguindo o princípio da regionalização da clientela. Considerando esta hipótese, não seria possível saber se pessoas de outras áreas estariam procurando o CAPS Profeta Gentileza. Ou seja, não seria possível saber a real

demanda que aparece no serviço, visto que já haveria uma “triagem” dos pacientes para o acolhimento a partir da abrangência da unidade.

Uma outra situação hipotética é a possibilidade de que os próprios sujeitos que buscam atendimento, já conhecedores do princípio de regionalização do SUS, forneçam um endereço próximo ao serviço, que não necessariamente corresponde a sua moradia. Esta hipótese pode ser considerada já que o serviço não pede comprovante de residência (embora eventualmente aconteça).

O questionamento da área de moradia dos pacientes só pode se referir aos pacientes de demanda espontânea, portanto não há dúvida quanto aos sujeitos que vem ao CAPS encaminhados de outras instituições de saúde (n=39), pois, em geral, os Postos Saúde, hospitais e o PSF têm maior controle sobre a regionalização - na medida em que solicitam comprovante de residência no momento de “abertura de prontuário” ou tem o cadastramento da população como princípio da assistência (como os programas PSF e PACS).

5.1.9. Primeiro atendimento em saúde mental

Esta variável responde com “sim” ou “não” a informação de ser o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em Saúde Mental.

Primeiro Atendimento em Saúde Mental?	freq	%	%corr
Sim	25	29%	52%
Não	23	26%	48%
Sem informação	39	45%	0%
Total	87	100%	100%

A falta de informação relacionada a esta variável é grande, representando 45% do total, em número de 39 sujeitos para os quais não sabemos se o acolhimento no CAPS é ou não o primeiro atendimento em saúde mental.

A tabela mostra que 29% dos sujeitos afirmam que o acolhimento no CAPS é o seu primeiro atendimento em saúde mental, enquanto 26% consideram que já tiveram atendimento em saúde mental anteriormente (considerando o total dos sujeitos, com 45% sem informação).

Dado o problema de registro na ficha de PAM, que aparece claramente pela falta de informação (identificada também em outras variáveis), para podermos fazer inferências sobre os resultados encontrados, vamos trabalhar com o que temos de informação, ou seja

com as percentagens corrigidas. Vamos trabalhar, portanto, com 55% do total de 87 sujeitos, sobre os quais existe informação para este quesito. A tabela abaixo mostra as percentagens de “sim” (o acolhimento no CAPS é o primeiro atendimento em saúde mental) e “não” (o acolhimento no CAPS não é o primeiro atendimento em saúde mental) em função da ocorrência de **internação anterior** (ter ou não internação anterior).

Primeiro Atendimento em Saúde Mental?	sim	não
Tem internação anterior	8,6%	50%
Não tem internação anterior	91,3%	50%
total	100%	100%

A tabela mostra que:

- Dentre os sujeitos que tem internação anterior, 8,6% afirmam que o acolhimento no CAPS é o primeiro atendimento em saúde mental;
- Dentre os sujeitos que não tem internação anterior, 91,3% afirmam que o acolhimento no CAPS é o primeiro atendimento em saúde mental;
- Daqueles que afirmam que o acolhimento no CAPS não é o primeiro atendimento em saúde mental há uma proporção igual de 50% para o fato de ter ou não internação anterior.

Temos, portanto, que a maioria (91%) dos que não tem internação anterior afirmam que o acolhimento no CAPS é o primeiro atendimento em saúde mental. Então, trata-se de um conjunto de pessoas cujo primeiro atendimento em saúde mental é num serviço tipo CAPS. Este dado nos remete ao papel do CAPS como **ordenador da rede**, no sentido de avaliar os pacientes que buscam atendimento na saúde mental e indicar o tratamento adequado (portanto o serviço adequado e encaminhar). Assim como remete ao papel do CAPS como **Porta de Entrada**, ou seja, a “entrada” destes pacientes na saúde mental está sendo a partir do CAPS.

Um dado curioso que esta tabela nos mostra é que dos pacientes que afirmam ser o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em saúde mental 8,6% já tiveram internação psiquiátrica. Conseqüentemente, **não consideram a internação psiquiátrica como “atendimento em saúde mental”**.

A tabela abaixo mostra o quesito “primeiro atendimento em saúde mental” em função da **origem do encaminhamento**. A origem do encaminhamento será considerada, para este item, a partir das seguintes categorias: 1) demanda espontânea; 2) Atenção Básica:

Posto de Saúde e PSF/PACS; e 3) Equipes de saúde mental (serviços propriamente da saúde mental ou unidades tem equipes de saúde mental; no caso dos sujeitos analisados neste item, os serviços são especificamente: CAPS, HERF e IMAS Nise da Silveira).

Primeiro Atendimento em Saúde Mental	Sim	Não
Demanda Espontânea	64%	56,5%
Atenção Básica	35%	21,7%
Equipes de saúde mental	0	21,7%
total	100%	100%

Dentre os que afirmam ser o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em saúde mental 64% vieram por **demanda espontânea**, um pouco a mais do que aqueles que afirmam não ser o primeiro atendimento em saúde mental (56,5%).

Dentre aqueles que afirmam não terem tido atendimento em saúde mental anteriormente, sendo o acolhimento no CAPS o primeiro, 35% vieram com encaminhamento de **serviços da atenção básica**, enquanto nenhum veio com encaminhamento de serviços que tem equipe de saúde mental.

O fato de nenhum sujeito que vem de serviços que tem equipe de saúde mental afirmar que o acolhimento no CAPS é o primeiro atendimento em saúde mental significa que **todos reconheceram seus tratamentos anteriores como sendo pertencentes à área da saúde mental**; diferentemente daqueles que tiveram internações psiquiátricas. Corroborando esta interpretação, todos os pacientes com origem do encaminhamento de serviços com equipes de saúde mental responderam como não sendo o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em saúde mental.

Os sujeitos que afirmam não ser o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em saúde mental têm iguais proporções de encaminhamentos da Atenção Básica e de serviços com Equipes de Saúde Mental (21%).

As interpretações sobre estes achados devem ser relativizadas tendo em vista o grande contingente de falta de informação em relação a esta variável, portanto são apenas especulações a partir das informações existentes.

Sem deixar de lado esta consideração, vemos que o CAPS recebe de maneira quase eqüitativa pessoas que já tiveram algum tipo de atendimento em saúde mental (48%,

corrigido) e pessoas cujo acolhimento no serviço representa o primeiro atendimento em saúde mental (52%, corrigidos).

Considerando este resultado, é interessante observarmos que estas pessoas que estão tendo o seu primeiro atendimento em saúde mental (52%, corrigido) estão em um serviço destinado para tratar tanto de pacientes graves como para ser porta de entrada em saúde mental em seu território.

Uma interpretação importante que estes resultados permitem, é chegarmos a uma conclusão em relação aquilo que estaria sendo considerado “**atendimento em saúde mental**”. Esta pergunta surgiu na etapa qualitativa da pesquisa, a partir da constatação de que alguns pacientes que afirmavam ser o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em saúde mental já tinham passado por consultas ambulatoriais com profissional psiquiatra e/ou psicólogo. Na ocasião, questionamos o que estava sendo interpretado como “atendimento em saúde mental” (por parte dos profissionais e dos pacientes) e, diante da incongruência lógica que se apresentava, chegamos a cogitar que os pacientes não queriam dizer que já haviam passado por consulta psiquiátrica.

Com a inclusão dos dados quantitativos para analisar esta questão, podemos dizer que a “incongruência lógica” estava somente na nossa cabeça a partir de uma concepção de que atendimentos com profissionais psiquiatras e psicólogos em unidades ambulatoriais são da alçada da saúde mental. Agora, com os dados quantitativos, podemos afirmar que a concepção de “saúde mental” não inclui atendimentos com o profissional psiquiatra e/ou psicólogo, mas abrange atendimentos realizados em serviços onde há equipes de saúde mental (como CAPS e o HERF) e atendimentos realizados em serviços tradicionalmente da psiquiatria (como o IMAS Nise da Silveira, famoso Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro). Portanto, temos que a concepção de “saúde mental” parece estar sendo definida a partir do **serviço** em que o atendimento foi realizado e não pela especialidade do profissional. Também deve haver influência do fato de que os serviços de origem dos pacientes que reconheceram seus tratamentos anteriores como “da saúde mental” o termo “saúde mental” é utilizado institucionalmente (CAPS, HERF e IMAS Nise da Silveira).

5.1.10. Número de internações anteriores

A variável “internação anteriores” responde em número se os sujeitos tiveram internações anteriores ao acolhimento no CAPS. Podemos ver na tabela abaixo os

resultados em frequência, porcentagem e a porcentagem corrigida, desconsiderando o contingente de falta de informação (n = 26, representando 30% do total).

Número de internações	freq	%	%corr
ZERO	46	53%	75%
1	7	8%	11%
2	1	1%	2%
3	3	3%	5%
4	1	1%	2%
5 a 10	2	2%	3%
Mais de 10	1	1%	2%
Sem informação	26	30%	-
Total	87	100%	100%

A tabela acima nos informa que 46 sujeitos não têm internação anterior ao acolhimento no CAPS, representando 53% das pessoas. Há 7 pessoas com apenas uma internação. Desconsiderando o contingente de falta de informação, utilizando as porcentagens corrigidas temos, então, que **75% dos sujeitos não tem internação anterior** e que apenas 3 pessoas tem mais de cinco internações.

5.1.11. Diagnóstico inicial

A variável “diagnóstico inicial”, normativamente deve ser preenchida na ficha de PAM com referência a Classificação Internacional de Doenças (CID X), havendo um espaçamento para tal informação. Dos 87 pacientes encaminhados no período estudado, apenas 16 tem a informação do diagnóstico inicial, representando 18%.

Apresentaremos abaixo uma tabela com as informações sobre o diagnóstico (tal como estava escrito na ficha de PAM) com a frequência, a origem do encaminhamento e o destino do encaminhamento realizado pelo CAPS.

Diagnóstico	freq	Origem do encaminhamento	Destino do encaminhamento
F19 (substância psicoativa)	1	Posto de Saúde	NEPAD e CREDEC
F20 (esquizofrenia)	4	a) PSF, b) demanda espontânea, c) PS (médico), d) IPUB	a) Psiquiatra CMS Belizário Pena + Neurologista, b) psicólogo, c) Reencaminha (médico), d) reencaminha IPUB + CDI no CAPS
F29 (psicose)	1	IMAS Nise da Silveira	Psiquiatra no CMS Belizário Penna
F32 (episódio depressivo)	2	a) IMAS Juliano Moreira, b) CAPS Pedro Pellegrino	a) Psicólogo, b) psiquiatra CMS Belizário Penna
F33 (episódio depressivo recorrente) + F50 (transtorno alimentar)	1	Demanda Espontânea	Psiquiatra no CMS Belizário Penna

F32 (episódio depressivo) + F10 (álcool)	1	Demanda Espontânea	Psiquiatra no PAM Bangu + Psicólogo no CMS Belizário Penna
F72 (retardo mental grave)	1	HEPII (Santa Cruz)	Psiquiatra ambulatorial em Santa Cruz
Autismo	1	Demanda espontânea	Reencaminhado ao CAPS i
Neurológico	1	Demanda espontânea	Neurologista
Senilidade	1	PSF	Neurologista HEPII (SC)
Dependência química	1	CMS Belizário Penna	Psiquiatra no CMS Belizário Penna + Psicólogo no PS
Síndrome de Down	1	Demanda espontânea	Vicente Moreti (Bangu)

A tabela mostra que há mais diagnósticos que estão no campo das **psicoses**, seguidos de diagnósticos de episódios **depressivos** e por uso de **substâncias psicoativas**. Devemos observar que das 6 hipótese diagnósticas relacionadas à psicose apenas 2 sujeitos foram ao CAPS com encaminhamentos oriundos de serviço de saúde mental (IPUB e Nise). Dos pacientes com hipótese diagnóstica no campo das psicoses, um sujeito recebeu encaminhamento do CAPS para um profissional psicólogo, enquanto os outros tiveram encaminhamentos que incluíam profissionais médicos. Assim como um paciente com hipótese diagnóstica de depressão também recebeu encaminhamento somente para a psicologia ambulatorial, mesmo tendo sido encaminhado ao CAPS pelo IMAS Juliano Moreira.

O diagnóstico inicial pode ter vindo escrito na guia de encaminhamento assim como ter sido atribuída pelos profissionais do serviço. Não é prática comum neste serviço a atribuição de hipótese diagnóstica, principalmente em um primeiro atendimento. Então vamos ver quais foram os profissionais que atribuíram uma hipótese diagnóstica inicial em acolhimentos por demanda espontânea. Dentre estes, o de autismo pode ter sido anunciado pelo familiar, pois já estava em tratamento em um CAPS infantil, o de síndrome de Down é visível, assim como poderia ser o caso atribuído como neurológico. Sobram duas demandas espontâneas com diagnóstico inicial, supomos, portanto, que o diagnóstico foi atribuído pelos profissionais do acolhimento: sendo o F33 + F50 tendo sido atribuído por dois profissionais psicólogos e o F32 + F10 tendo sido atribuído por um psiquiatra e um musicoterapeuta.

5.1.12. Motivo do atendimento

A variável motivo do atendimento foi coletada de maneira nominal ao que foi possível identificar a partir da leitura da totalidade do registro, pois em sua grande maioria não havia nada escrito no espaço reservado para tal informação na ficha de PAM. Embora vamos proceder à apresentação deste item, não devemos considerá-lo substantivo quantitativamente, mas apenas como situações que permitem fazer alusão ao motivo do atendimento e à resposta que o CAPS oferece, mas de modo algum é um item com poder de generalização sobre a assistência no CAPS. Isto por três razões: a) são informações coletadas ao longo dos relatos de atendimento, sem nenhuma padronização da forma de registro; b) foram desmembradas para a análise (ou seja, os números que vão aparecer aqui são de cada “motivo” apresentado, sendo que um sujeito pode ter apresentado mais de um motivo, então, as frequências que vamos apresentar não são correspondentes ao número de pessoas); e c) as respostas encontradas referentes a este item podem ser uma fala literal do paciente ou uma atribuição do profissional, ou ainda algo que foi construído conjuntamente ao longo do atendimento. Para melhor legibilidade dos motivos alegados para o atendimento subdividimos este item em dois: “motivo queixa” e “motivo pedido”.

Em relação ao “**motivo queixa**” temos expressões como: violência, nervoso, agitação, depressão, ansiedade, álcool e drogas, dores de cabeça e no corpo, agressividade, mudanças de comportamento.

Em relação à resposta dada pelo serviço a partir do motivo queixa, o destino em relação à especialidade a que foram encaminhados são os seguintes:

- Dentre as 7 pacientes que alegaram que seu sofrimento tem relação com situações de **violência** local (sete mulheres, todas sem internação): 4 receberam encaminhamento para a psicologia, 1 para a psiquiatria, 2 para a dupla psiquiatra + psicólogo. Vemos, então, que são as mulheres que alegam violência como motivo de sofrimento e que a resposta que o serviço ofereceu foi fundamentalmente o encaminhamento para **profissional psicólogo** (não estando presente em apenas um caso).

- Daqueles pacientes que alegavam “**nervoso**” (sete mulheres e dois homens): 4 receberam encaminhamento para o psicólogo, 1 para o psiquiatra, 1 para o neurologista, 1 para psiquiatra + neurologista e o 1 para psiquiatra + psicólogo (1 sem informação quanto ao destino). Vemos então que o profissional **psicólogo** está presente em 5 encaminhamentos.

- Os “**agitados**” (quatro homens e quatro mulheres) foram encaminhados da seguinte forma: 1 para o psiquiatra, 1 para o psicólogo, 3 com duplo encaminhamento para psiquiatra + psicólogo, e 1 para o neurologista + psicólogo (dois sem informação da especialidade do destino). Os profissionais **psicólogo e psiquiatra** aparecem com igual frequência no encaminhamento dos que alegam ter agitação.
- Dos dez sujeitos que tinham “**depressão**” (oito mulheres e dois homens) foram encaminhados da seguinte maneira: 6 para o profissional psiquiatra e 2 para o psicólogo (2 sem esta informação). Temos então que a resposta preferencial que o serviço oferece aos que alegam depressão como motivo do atendimento é preferencialmente o profissional **psiquiatra**.
- Dos cinco pacientes que colocaram “**ansiedade**” (três homens e duas mulheres): 2 receberam encaminhamento para a dupla psiquiatra + psicólogo, 2 para o psiquiatra e 1 para o psicólogo.
- Os sete pacientes (todos homens) que tinham menção de problemas com **álcool e outras drogas** no motivo do atendimento receberam os seguintes encaminhamentos: 1 para o psiquiatra, 1 para clínica médica, 2 para serviços específicos de tratamento de álcool e drogas e 1 recebeu encaminhamento duplo para psiquiatra + psicólogo (2 sem informação quanto ao destino). Vemos que alegação de problemas de álcool e drogas só aparece como questão masculina e que todos os encaminhamentos oferecidos pelo CAPS contemplam atendimento com **profissional médico**.
- Dos quatro pacientes (dois homens e duas mulheres) que falavam em “**dor**” como motivo do atendimento: 3 foram encaminhados para o psicólogo (sendo que dois são reencaminhamentos) e 1 foi encaminhado para o psiquiatra. Então foram encaminhados fundamentalmente para profissionais **psicólogos**.
- Dentre aqueles três (duas mulheres e um homem) que mencionaram a “**agressividade**” como motivo do atendimento: 1 foi reencaminhado para o neurologista, 1 foi encaminhado para o psiquiatra e 1 recebeu duplo encaminhamento para psiquiatra + psicólogo.
- Dos três pacientes (todos homens) que mencionaram ter tido alguma “**mudança de comportamento**”: 1 foi reencaminhado ao IPUB, 1 ao seu psiquiatra de origem e 1 encaminhamento duplo psiquiatra + psicólogo.

Devemos ressaltar, novamente, que estes dados não têm poder de generalização, podendo ser considerados apenas como inferências. Também devemos considerar que os motivos alegados para o atendimento se referenciam às concepções da população em relação ao sofrimento e à doença. As categorias “nervoso”, “agitado” e “dor de cabeça” são muito comumente apresentado pelos pacientes como queixas na saúde e não estão necessariamente ligadas à nosologia médica. O que pode ser destacado destes resultados é que as questões de álcool e drogas são masculinas e recebem encaminhamentos que incluem profissionais médicos enquanto queixas relacionadas à violência são femininas e recebem encaminhamentos fundamentalmente para profissionais psicólogos.

Como explicitado anteriormente, o item “motivo do atendimento” foi dividido em “motivo queixa” e “motivo pedido”, vamos agora passar para este último, sempre considerando que estes dados não têm poder de generalização.

Em relação ao “**motivo pedido**” temos: laudo médico (dois homens e quatro mulheres), atendimento (três homens), medicação (dois homens e cinco mulheres, sendo que três mulheres alegam fazer uso próprio de medicação), continuidade do tratamento (quatro homens e quatro mulheres, sendo uma saída de internação no Nise).

Em relação à resposta que o CAPS deu a estes “pedidos” poderíamos dizer que **os pedidos dos pacientes foram atendidos**. Todos que pediram laudos foram encaminhados para um profissional médico, seja um psiquiatra, seja um neurologista, ou ainda um médico do PSF. Ou seja, foram encaminhados para profissionais que poderiam dar os laudos (sendo que um dos sujeitos que pediu laudo ganhou um encaminhamento para duplo para psiquiatra e psicólogo). Todos os sujeitos que pediram continuidade do tratamento foram encaminhados para locais onde poderiam realizar isto, a maioria para a psiquiatria ambulatorial. Daqueles que pediam continuidade da medicação, a totalidade foi encaminhada para profissional médico. Os pacientes que pediram atendimento psicológico (n=6) foram encaminhados para profissionais psicólogos e psiquiatra em igual frequência. Um sujeito que pediu “atividade” ganhou um encaminhamento para um psicólogo.

Então, apenas como inferência a partir destas informações, dizemos que o CAPS atendeu aos pedidos dos pacientes, no sentido em que foram encaminhados para profissionais ou serviços que tinham o potencial de fornecer o que foi solicitado. Esta afirmativa pode questionar **a qualidade do trabalho de acolhimento** na avaliação dos

casos, pois: ou os pacientes estão bastante adequados em relação às respostas na saúde para suas queixas, neste caso o CAPS está concordando com eles e realizando um papel de secretariar o encaminhamento; ou o CAPS não está necessariamente avaliando os casos e sim respondendo àquilo que os pacientes demandam. É uma questão que poderá ser contemplada ao final deste trabalho.

Uma dos pacientes que alegou como “motivo pedido” a continuidade do tratamento deve ser aqui ressaltada, pois traz informações importantes em relação à **trajetória** do paciente na rede e ao **acompanhamento** do tratamento.

No motivo do atendimento está marcado que a paciente está saindo de uma internação no IMAS Nise da Silveira e busca continuidade do tratamento. No relato de PAM temos o seguinte percurso da paciente: ela se trata com psicólogo em um Posto de Saúde da área, foi internada no Nise, passou pelo CAPS Pedro Pellegrino, chegou ao CAPS Profeta Gentileza e posteriormente foi acompanhada por Agentes Comunitários de Saúde. Não sabemos se foi o psicólogo do posto que encaminhou para a internação, não sabemos se o Nise encaminhou para o CAPS Pedro Pellegrino, mas sabemos que este CAPS encaminhou para o CAPS Profeta Gentileza, assim como sabemos que o PACS acompanha este sujeito. Após leitura cuidadosa dos relatos contidos no PAM, supõe-se que o trajeto da paciente tenha sido o seguinte: Ela vem ao acolhimento no CAPS em dezembro de 2004, logo em seguida à saída de internação. Deve ter sido encaminhada pelo Nise ao CAPS Pedro Pellegrino por seu endereço indicar uma rua do bairro de Campo Grande, mas como esta rua é da área de abrangência de Inhoaíba, foi então referenciada ao CAPS Profeta Gentileza. No que deveria ter sido o segundo atendimento da paciente no CAPS, há o registro de que a paciente “não compareceu”. A terceira anotação em prontuário é de um ano e meio após o primeiro atendimento e trata-se de um telefonema de uma enfermeira do PACS pedindo atendimento para a paciente. O quarto registro em PAM é de um atendimento com o psiquiatra do CAPS, dois dias após o telefonema. A conduta tomada é de reiniciar medicação para Transtorno do Humor, com a perspectiva de encaminhar para o ambulatório de psiquiatria, o que é feito no quinto e último registro, três meses após o anterior. Na trajetória desta paciente observamos o **uso de mais de um serviço/ programa de saúde** (Posto de Saúde, Hospital Psiquiátrico, PACS e CAPS) e, apesar disso, **não houve acompanhamento do caso**.

5.1.13. Origem do encaminhamento

A variável origem do encaminhamento foi coletada como estava em registro, com referência ao serviço de origem do encaminhamento ao CAPS. Do universo dos 87 sujeitos encaminhados no primeiro semestre de 2006, temos que 44 alegam procurar o serviço por demanda espontânea, enquanto 39 apresentam encaminhamento e quatro não têm esta informação registrada. Na tabela abaixo podemos visualizar estas frequências segundo a origem dos pacientes que chegaram ao CAPS.

Origem do Encaminhamento	Freq	%
Demanda Espontânea	44	50.6%
PACS/PSF	5	5.7%
Posto de Saúde da AP5.2	18	20.7%
CAPS Pedro Pellegrino	2	2.3%
CAPS Simão Bacamarte	1	1.1%
HERF	3	3.4%
IMAS Nise da Silveira	3	3.4%
IMAS Juliano Moreira	1	1.1%
Hospital Estadual Pedro II - SC	1	1.1%
Posto de Saúde de Seropédica	1	1.1%
CPRJ	1	1.1%
PAM Bangu	1	1.1%
FUNLAR	1	1.1%
IPUB	1	1.1%
Sem informação	4	4,6%
Total	87	100%

Podemos ver que 50,6% dos sujeitos vêm ao CAPS por **demanda espontânea**, enquanto que a frequência de encaminhamento mais significativa é a oriunda de **Postos de Saúde da AP 5.2**, representando 20,7% dos encaminhamentos.

Os 50,6% dos pacientes que vieram por demanda espontânea tem idade média de 40,6 anos e tem mais ou menos a mesma distribuição em relação ao sexo (23 mulheres e 21 homens). Os 18 pacientes (20,6%) que vieram ao CAPS encaminhados por Postos de Saúde da área tem idade média de 46,8 anos e são representados pelo dobro de mulheres (12 mulheres e 6 homens). Já os pacientes que vieram encaminhados por outros serviços de saúde, em número de 21, tem idade média de 47 anos e distribuição equivalente entre os sexos (11 mulheres e 10 homens). Estes resultados estão demonstrados nas tabelas abaixo.

Origem do Encaminhamento	freq	%	Média de idade
Demanda Espontânea	44	50.5%	40.6
Postos de Saúde da AP 5.2	18	20.6%	46.8
Outros Serviços de Saúde	21	24.1%	47.0
Sem Informação	4	4.6%	38.0
Total	87	100%	43.3

Os resultados mostram que os pacientes que vão ao CAPS por demanda espontânea são em média mais jovens do que aqueles que vêm encaminhados. A distribuição por sexo dos pacientes é praticamente equivalente na demanda espontânea e de encaminhamentos oriundas de outros serviços de saúde, exceto de Postos de Saúde onde a frequência de encaminhamentos de sujeitos do sexo feminino é o dobro da masculina, como mostra a tabela abaixo:

Origem do Encaminhamento	Mulher		Homem		Total	% total
Demanda Espontânea	23	47,9%	21	53,8%	44	50,5%
Postos de Saúde da AP 5.2	12	25%	6	15,3%	18	20,6%
Outros Serviços de Saúde	11	22,9%	10	25,6%	21	24,1%
Sem Informação	2	4,1%	2	5,1%	4	4,55
Total	48	100%	39	100%	87	100%

Há 44 pacientes que vem ao CAPS por **demanda espontânea**. Deste total há 5 casos que estavam em tratamento em outros serviços e foram reencaminhados (estes são tratados no próximo item). Sobram, portanto, 39 pacientes que vem por demanda espontânea e que não fazem nenhum tratamento. Abaixo apresentaremos informações sobre os pacientes que vieram ao CAPS encaminhados:

- Dos 18 pacientes que vem encaminhados de **Postos de Saúde**, 3 tem uma internação anterior e 1 tem dez internações devido ao uso de drogas. Seus encaminhamentos foram os seguintes: 7 para o psiquiatra, 2 para psicólogo, 2 reencaminhados ao Posto de origem, 2 para o neurologista, 2 para a dupla psiquiatra + psicólogo, 1 para a dupla clínica médica + psiquiatria e aquele com uso de droga foi encaminhado para o NEPAD.

- Dentre os 5 pacientes encaminhados pelo **PSF/PACS**, apenas um foi reencaminhado ao serviço de origem, outro recebeu encaminhamento para o psiquiatra no CMS Belizário Penna, um para o psiquiatra no CMS Lincoln de Freitas em Santa Cruz, outro para o neurologista no HEPII em Santa Cruz e um recebeu encaminhamento duplo para psiquiatra e neurologista (não sabemos em qual serviço).

- Dos três pacientes que vieram do **IMAS Nise da Silveira**, um tinha três internações e foi reencaminhado ao ambulatório de origem. Um recebeu encaminhamento para o psiquiatra no CMS Belizário Penna e o outro recebeu orientação para retornar ao seu psiquiatra do plano de saúde privado e um encaminhamento para psicólogo em um posto de saúde da área.

- Os dois pacientes com origem do encaminhamento do **CAPS Pedro Pellegrino**: não é possível saber se estes pacientes chegaram a se tratar no CAPS de origem ou apenas foram lá uma vez e referenciados ao CAPS Profeta Gentileza por questões de abrangência do serviço. Ambos tiveram em torno de 10 atendimentos no CAPS Profeta Gentileza, sendo um encaminhado ao psiquiatra ambulatorial e outro recebeu o duplo encaminhamento psiquiatra + psicólogo.
- O paciente oriundo da **FUNLAR**, diagnosticado com paralisia cerebral, tem atendimentos regulares com o neurologista no CMS Lincoln de Freitas em Santa Cruz. Foi orientado no CAPS a permanecer com ambos os tratamentos. Há registro de telefonema de profissional do CAPS para a FUNLAR, no sentido de manter seu tratamento naquela instituição.
- O paciente oriundo do **CAPS Simão Bacamarte** em Santa Cruz, tem em torno de quinze registros de atendimento no serviço, tendo sido encaminhado para a dupla psiquiatra + psicólogo, em regime ambulatorial.
- O paciente com origem do encaminhamento do **IPUB** vem procurando inserção na atividade do CDI, enquanto afirma que quer continuar o tratamento ambulatorial no IPUB, onde é acompanhado há trinta anos. Consta no PAM que já passou por 22 internações e tem diagnóstico F20 (esquizofrenia). O paciente participa do curso do CDI no CAPS e eventualmente é atendido no serviço, por pedir medicação. Há registros no PAM de telefonemas de profissionais do CAPS para o IPUB no sentido de confirmar ou remarcar as consultas psiquiátricas do paciente.
- O paciente oriundo do **Hospital Estadual Pedro II em Santa Cruz** foi encaminhado pelo CAPS para um psiquiatra ambulatorial também em Santa Cruz. Não sabemos qual o serviço. Sabemos que seu endereço é da abrangência do Inhoaíba.
- O paciente vindo do **IMAS Juliano Moreira** foi encaminhado do CAPS para um psicólogo em Posto de Saúde da AP 5.2.
- O paciente oriundo do **PAM Bangu**, veio com um encaminhamento do setor de clínica médica, sendo uma senhora de 70 anos, com endereço de Inhoaíba. Foi encaminhada pelo CAPS para um psiquiatra no CMS Belizário Pena e para um psicólogo ambulatorial (sem especificação do serviço). Devemos sublinhar neste caso que a paciente veio de um PAM (em Bangu, AP 5.1), unidade que tem profissional psiquiatra e que é vizinho imediato do

CAPS Lima Barreto. Portanto, podemos supor que o motivo do encaminhamento para o CAPS foi o de adequar o tratamento à sua área de moradia, exatamente o que foi realizado.

Quanto à origem dos 39 encaminhamentos de outras instituições de saúde os resultados mostram que 29 são da área da abrangência do CAPS, enquanto 10 não o são. Os resultados também mostram que 29 encaminhamentos são serviços de saúde não-hospitalares, enquanto 10 são oriundos de instituições hospitalares (mesmo que não possamos saber de qual setor da unidade hospitalar vieram estes pacientes, seja internação, ambulatório ou emergência).

5.1.13.1. Sobre os sujeitos que são “reencaminhados” ao local de origem.

Dentre o total de encaminhamentos efetuados pelo CAPS há um grupo de **16 sujeitos que foram reencaminhados ao seu serviço de origem**. Vamos ver quais são as situações que estes apresentam.

- Deste contingente, 5 sujeitos foram designados como **“demanda espontânea”** na ficha de PAM, sendo que a partir da leitura do relato foi possível identificar que tinham algum tratamento e que foram “reencaminhados”⁵² aos seus serviços de origem. Podemos supor que estes sujeitos vieram por conta própria buscar atendimento no CAPS, sem guia de encaminhamento, por isto a designação de “demanda espontânea”. Destes cinco casos, um era um rapaz de 16 anos em tratamento em um CAPS infantil, outro fazia tratamento ambulatorial com psicólogo no IPUB e pedia encaminhamento na área para um tratamento psicológico da linha comportamental, um homem de 26 anos já tinha atendimentos com um neurologista e um psicólogo, ambos ambulatoriais. Estes três sujeitos foram “reencaminhados” no primeiro atendimento no CAPS, sendo que ficaram para um segundo atendimento dois pacientes que foram posteriormente “reencaminhados”. São estes: uma mulher de 67 anos, que relata várias internações há 30 anos e tendo abandonado tratamento psiquiátrico ambulatorial no IASERJ, para onde foi “reencaminhada” no segundo atendimento no CAPS após avaliação de um profissional psiquiatra; e, o outro caso é de um homem de 52 anos que foi “reencaminhado” ao HERF, no quarto atendimento no CAPS,

⁵² O termo reencaminhado está aqui entre aspas por ter sido o termo utilizado no PAM e principalmente por que não se tratar exatamente de um reencaminhamento, visto que o sujeito veio ao serviço por demanda espontânea, ou seja, sem guia de encaminhamento de outro serviço de saúde. Trata-se, na realidade, de uma orientação de permanecer no tratamento em que o sujeito já se encontra e não de um reencaminhamento formal.

após a identificação de alcoolismo e orientação para procurar o Alcoólicos Anônimos (AA).

- Deste conjunto de 16 pacientes que foram reencaminhados aos serviços de origem, **13 foram reencaminhados no primeiro atendimento** no serviço (acolhimento) e apenas **3 recebem atendimentos posteriores**, sendo que apenas um caso permaneceu por mais tempo no CAPS. Este último caso tem relato de onze atendimentos, tendo sido encaminhado por um psicólogo ambulatorial ao CAPS, foi avaliado pelo psiquiatra do serviço que encaminhou para a neurologia solicitando avaliação, foi diagnosticado um tumor com indicação cirúrgica. O CAPS acompanhou o paciente, com a introdução de uso de medicação, ao longo da avaliação neurológica e anteriormente ao procedimento cirúrgico, tendo sido reencaminhado para o psicólogo do posto de saúde e encaminhado para tratamento de psiquiatria ambulatorial no CMS Belizário Penna.

- Dos 16 reencaminhamentos, temos que 4 recebem reencaminhamento para psicólogo ambulatorial, 2 para psiquiatra ambulatorial, 3 recebem duplo reencaminhamento (psiquiatra + psicólogo, neurologista + FUNLAR, psicólogo + neurologista), e 7 tinham um tratamento (CAPSi, IPUB, HERF, IASERJ, PSF, neurologista e clínica médica).

- Em relação há existência de **internações anteriores**, deste contingente de 16 pacientes, temos que: 7 sujeitos nunca tiveram internações, 2 sujeitos tinham uma internação (o rapaz de 16 anos em tratamento em CAPSi, com diagnóstico de autismo e um paciente que segue tratamento neurológico), 1 sujeito com três internações (homem de 73 anos, encaminhado pelo Nise, que foi orientado a permanecer em tratamento ambulatorial na instituição de origem), 1 sujeito com quatro internações (aquele identificado como alcolista), 1 sujeito que declarava várias internações (aquela mulher com internações há trinta anos atrás) e 4 sujeitos sem a informação sobre internações anteriores.

Dos 16 pacientes que foram reencaminhados aos serviços de origem, vamos ver o surge com relação ao item **“primeiro atendimento em saúde mental”**.

- Para 9 sujeitos não há a informação referente a este item, sendo que 1 tem atendimento com terapeuta ocupacional, 1 com neurologista e o restante tem psiquiatra e/ou psicólogo em regime ambulatorial.

- Dos 4 sujeitos em que está registrado como sendo o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em saúde mental (resposta “sim”): dois tem atendimento com psicólogo no posto de saúde, enquanto um vem do PSF e outro da clínica médica.

- Dos 3 sujeitos que constam como não sendo o primeiro atendimento em saúde mental, um tem psicólogo no IPUB, outro se trata num CAPS i e um outro tem algum tratamento no HERF.

Podemos ver que dois pacientes que afirmam ser o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em saúde mental têm atendimentos com psicólogos em ambulatório. Ou seja, não consideram tais atendimentos como de saúde mental. Enquanto que os três sujeitos que afirmam não ser o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em saúde mental são provenientes de instituições que tem equipe de saúde mental. Ou seja, consideram estes atendimentos como pertencentes à saúde mental.

5.1.14. Número de atendimentos no CAPS

Dentre os 87 sujeitos encaminhados pelo CAPS temos que 62 foram encaminhados no acolhimento, ou seja, foram acolhidos no CAPS e encaminhados a outros serviços de saúde no mesmo dia, em um único atendimento; como podemos ver na tabela abaixo:

Número de atendimentos	Freq	%
1	62	71,1%
2	5	5,7%
3	2	3,4%
4	5	5,7%
5	4	4,5%
De 6 a 9	5	5,7%
De 10 a 20	3	3,4%
Mais de 20	1	1,1%
total	87	100%

Estes resultados podem apontar tanto para interpretações em relação à eficiência e resolutividade do serviço, no sentido de que, em um único atendimento houve a identificar a demanda, a avaliação da situação do paciente e a efetivação do encaminhamento para o serviço adequado de tratamento; assim como pode apontar para a realização apresada dos acolhimentos, no sentido de “despachar” o paciente. Assim como no item sobre o motivo-pedido do atendimento (item 5.1.12) a questão em jogo é a **qualidade do acolhimento**, ou ainda, a **qualidade do acesso da clientela ao serviço tipo CAPS**. A partir destes dados não

podemos fazer inferência sobre esta questão, mas buscaremos contemplá-la na análise do conjunto da pesquisa.

Quanto aos outros 25 pacientes que têm mais de um atendimento no CAPS (indo de dois atendimentos até mais de vinte) podemos mostrar algumas informações interessantes.

- Há registro em 14 destes casos de “**fornecimento de medicação**” no serviço. Sendo que em cinco destes casos não há registro de atendimento psiquiátrico e nem anotação de um profissional psiquiatra⁵³.

- Em 8 PAMs (dentre os 25 pacientes que não foram encaminhados no acolhimento) há registro de profissional do CAPS telefonando para o serviço ao qual o paciente foi encaminhado no sentido de auxiliar na marcação da futura consulta, ou seja **agenciando o encaminhamento** com o serviço destinado. Em 3 PAMs há registro de confirmação de que o paciente conseguiu o realizar o encaminhamento proposto pelo CAPS.

- Dentre os 25 pacientes que não foram encaminhados no acolhimento, veremos quantas categorias profissionais diferentes estavam envolvidos. Em 12 destes casos, os pacientes tiveram atendimento com pelo menos três categorias profissionais diferentes. Em 9 casos houve atendimento com duas categorias profissionais distintas e 4 tiveram atendimento com apenas uma categoria profissional. Ou seja, dentre os casos encaminhados que permaneceram no CAPS após o acolhimento, a maioria foi atendida por profissionais de categorias diferentes, apontando para a multidisciplinaridade esperada em um serviço CAPS.

- Dentre estes pacientes que não foram encaminhados no acolhimento, apenas 1 teve familiar participando do Grupo de Família, enquanto 2 participaram de atividades coletivas no serviço (oficinas) e 1 foi inserido no CDI. Ou seja, a minoria dos pacientes encaminhados que ficou no CAPS após o acolhimento participou de dispositivos coletivos.

Estes resultados mostram, portanto, que o maior dispositivo utilizado pelos pacientes entre o acolhimento e o encaminhamento é a **medicação** (por 14 dos 25

⁵³ Podemos supor que estes pacientes tenham vindo já com o uso de medicação e que o CAPS forneceu esta medicação enquanto o paciente esperava a consulta com o psiquiatra na unidade para a qual foi encaminhado. É uma prática comum neste CAPS que esta ação de fornecer medicação seja feita em conjunto com o profissional psiquiatra. O que não é prática neste serviço é registrar as condutas tomadas. Ou seja, supõem-se que houve atendimento conjunto de um profissional não médico e um profissional psiquiatra, mas o que está registrado é apenas o fornecimento de medicação pelo profissional de enfermagem que ministra/fornece a medicação.

pacientes). Também vimos que a maioria destes pacientes (21 em 25) teve atendimento com profissionais de **mais de uma categoria**.

Dentre o total de pacientes (87) encaminhados pelo CAPS no período estudado: **11 tiveram atendimento no serviço após a data de encaminhamento**. Ao analisar os casos especificamente encontramos uma única situação: estes pacientes não conseguiram vaga no serviço aos quais foram encaminhados, em tempo hábil, e, portanto, continuaram a ser atendidos no CAPS até o momento de viabilização dos encaminhamentos. Este dado mostra que nestes casos o CAPS **acompanhou** estes pacientes, após a realização do encaminhamento até sua concretização.

5.1.15. Destino do encaminhamento feito pelo CAPS

A variável destino se refere ao encaminhamento dado pelo CAPS aos 87 sujeitos que foram encaminhados pelo serviço, no período estudado⁵⁴. Apresentaremos os resultados do destino dos encaminhamentos em função das **especialidades** para os quais os pacientes foram encaminhados e em função do **serviço**.

Os resultados apresentam três situações em relação ao destino dos pacientes encaminhados pelo CAPS no período estudado: A) não há especificação sobre as especialidades profissionais, mas há especificação sobre o serviço ou tipo de serviço do destino (11 pessoas); B) pacientes que receberam encaminhamento para uma especialidade profissional (62 pessoas); e C) pacientes que receberam encaminhamento para duas especialidades (14 pessoas). Para estas duas últimas situações apresentaremos as especialidades e os serviços.

A) Para as 11 pessoas em que não há informação sobre a especialidade, mas há a especificação do serviço ou tipo de serviço para os quais foram encaminhados, temos os seguintes resultados: PSF, Posto de Saúde (2), PAM Comari, PAM Bangu, Instituto Vicente Moreti (Bangu), FUNLAR, CMS Belizário Penna, CMS Lincoln de Freitas (Santa Cruz), uma referência a serviço ambulatorial e uma orientação para os Alcoólicos Anônimos. Para estes 11 casos temos o endereço do encaminhamento, mas não a especialidade. Devemos considerar que FUNLAR e Instituto Vicenti Moreti são unidades com equipes multiprofissionais, especializados no público infanto-juvenil com problemas

⁵⁴ Embora haja um espaço específico para o registro desta informação na ficha de PAM, em geral, a informação não foi encontrada no espaço que lhe é reservado, mas ao longo do relato dos atendimentos.

de ordem neurológica, psicológica e de adaptação social. O Programa de saúde da Família também tem a prerrogativa de trabalho multiprofissional e trata-se de uma estratégia da atenção básica em saúde.

B) Os resultados mostram que 62 pessoas receberam um encaminhamento, para uma especialidade profissional. A tabela abaixo traz estes resultados em função da especialidade e do serviço.

Especialidade	freq	Serviço	freq
Psiquiatria	22	CMS Belizário Penna	14
		PAM Comari	2
		CMS Lincoln de Freitas (SC)	1
		IASERJ	1
		Sem informação	4
Psicologia	21	Posto de Saúde AP 5.2	14
		CMS Belizário Penna	2
		Sem informação	5
Neurologia	9	CMS Belizário Penna	2
		HEPII (SC)	2
		PAM Bangu	1
		Sem informação	4
Saúde mental	4	IPUB	2
		CAPSi	1
		CAPS Pedro Pellegrino	1
Clínica médica	4	Posto de Saúde	1
		CMS Belizário Penna	1
		Sem informação	2
Álcool e drogas	2	NEPAD	2

Vemos que as maiores frequências de especialidade do encaminhamento que o CAPS realizou são para a **psiquiatria** (22 encaminhamentos) e para a **psicologia** (21 encaminhamentos). Sendo que os serviços preferenciais são **CMS Belizário Penna** para o profissional psiquiatra e **Postos de Saúde da AP5.2** para o profissional psicólogo.

C) Os resultados mostram que 14 pessoas receberam dois encaminhamentos, para duas especialidades. A tabela a baixo traz as frequências em função das especialidades e dos serviços.

Especialidades	freq	Serviço	freq
Psiquiatra + Psicólogo	10	CMS Belizário Penna + Posto de Saúde AP 5.2	6
		Sem informação + CMS Belizário Penna	1
		Sem informação + PAM Comari	1
		Sem informação	2
Psiquiatra + Neurologista	2	CMS Belizário Penna + sem informação	1
		Sem informação	1
Psiquiatra + Clínica Médica	1	Sem informação	1

Psicólogo + Neurologista	1	Sem informação	1
--------------------------	---	----------------	---

Vemos na tabela que a maior frequência de especialidades para as pessoas que receberam dois encaminhamentos é para a dupla **psiquiatra + psicólogo**. Assim como os serviços preferenciais foram o CMS Belizário Penna para o profissional psiquiatra e os Postos de Saúde da AP 5.2 para o profissional psicólogo.

Como mostram as tabelas acima, **o encaminhamento mais realizado no CAPS Profeta Gentileza é para psiquiatra e psicólogo**, respectivamente para os **serviços CMS Belizário Penna e Postos de Saúde da AP 5.2**. (independente de ser ou não um encaminhamento duplo).

Os destinos dos encaminhamentos quanto aos serviços demonstra o uso da rede de saúde como prevista, no sentido em que o CMS Belizário Penna é o serviço de referência para a psiquiatria ambulatorial da região de abrangência do serviço e os Postos de Saúde da AP 5.2. tem incrementado progressivamente o quadro de profissionais psicólogos. E mesmo quando se trata de encaminhamento duplo para psiquiatria e psicologia ambulatorial, o encaminhamento é feito para estes serviços, ou seja, o paciente terá atendimento em duas unidades de saúde. Apesar de o CMS Belizário Penna ter atendimento nas duas especialidades, os encaminhamentos oriundos do CAPS para este serviço são preferencialmente para a psiquiatria, ficando os encaminhamentos para a psicologia referidos aos Postos de Saúde. Essa situação aparece na etapa qualitativa desta pesquisa, na discussão de caso de pacientes encaminhados.

Para chegarmos a uma representatividade numérica sobre as especialidades dos encaminhamentos, vamos somá-los simplesmente (ou seja, um duplo encaminhamento será desmembrado e se tornará dois). Então este número não é referente às pessoas, mas ao procedimento de encaminhamento. Fazendo esta conta, temos: 35 encaminhamentos para o **psiquiatra**, 32 encaminhamentos para o **psicólogo**, 12 encaminhamentos para o **neurologista** e 5 encaminhamentos para a **clínica médica**.

Os dados sobre o destino do encaminhamento dado pelo CAPS Profeta Gentileza mostraram uma frequência maior para **ambulatório de psiquiatria e de psicologia**, nos **serviços de referência pertencentes à abrangência do serviço**.

5.1.16. O acolhimento e a relação entre: o destino do encaminhamento e a especialidade profissional do técnico do acolhimento no CAPS

5.1.16.1. O acolhimento

Primeiramente vamos ver a **participação das categorias profissionais dos técnicos do CAPS no procedimento de acolhimento**. Nesta etapa vamos nos dedicar ao **acolhimento** dos 87 pacientes que foram encaminhados no período estudado.

Temos que a disposição normativa do procedimento de acolhimento é que este seja realizado por duplas de técnicos de categorias profissionais diferentes. Os resultados mostram que: 35 acolhimentos foram realizados em duplas e 52 acolhimentos foram realizados por apenas um profissional. Portanto, a **maioria dos acolhimentos foi realizada por apenas um profissional (59,77%)** e não em duplas como é previsto.

Este resultado também apareceu em falas de técnicos ao longo da observação participante, apontando que os acolhimentos estavam sendo feitos por apenas um técnico. Em registro do Livro-Preto, aparecem apontamentos sobre o não-cumprimento da escala de acolhimento, onde as duplas estão determinadas. Então, não somente a escala de profissionais previamente determinada para a realização do acolhimento não é necessariamente seguida, como a maioria dos acolhimentos é realmente feita por um só profissional. A partir destes elementos, deveremos questionar o porquê do não cumprimento da escala de acolhimento, assim como o fato de que a maioria dos acolhimentos é realizada por um único técnico: Os profissionais concordam com esta norma? Se estão de acordo, porque não é possível efetivá-la? Porque o acolhimento está sendo realizado majoritariamente por um único profissional? Não está sendo relevante para a equipe o trabalho interdisciplinar no acolhimento? Mais uma vez, os resultados apontam para a questão da **qualidade do acolhimento**, como mencionado acima (itens 5.1.12 e 5.1.14).

Nas tabelas abaixo mostramos as participações das categorias profissionais no acolhimento. A primeira tabela mostra as frequências das categorias profissionais nos acolhimentos feito por somente um técnico e a segunda tabela mostra as categorias profissionais que formaram dupla para o acolhimento.

Participação das categorias profissionais no acolhimento, quando realizado por um técnico:

Categoria profissional	freq	%
Psicólogo	15	28,84%

Auxiliar de Enfermagem	12	23,07%
Enfermeiro	11	21,15%
Musicoterapeuta	7	13,46%
Psiquiatra	3	5,76%
Terapeuta Ocupacional	2	3,84%
Assistente social	2	3,84%
total	52	100%

Este resultado deve ser relativizado em função do número de profissionais existentes em cada categoria. Neste período tinha-se na equipe: 3 psicólogos, 7 auxiliares de enfermagem, 4 enfermeiros, 1 musicoterapeuta, 2 psiquiatras, 1 terapeuta ocupacional e um assistente social. Dividindo-se o número de acolhimentos realizados por categoria profissional pelo número de profissionais de cada categoria, temos a ordem proporcional decrescente de participação das categorias profissionais no acolhimento: **musicoterapeuta** (7), **psicólogos** (5), **enfermeiro** (2,75), **assistente social** (2), **terapeuta ocupacional** (2), **auxiliar de enfermagem** (1,71) e **psiquiatra** (1,5). Há, então, uma maior participação proporcional do musicoterapeuta, sendo que o profissional psiquiatra é o que menos tem participação no acolhimento quando realizado por um técnico.

Participação das categorias profissionais no acolhimento, quando realizado por duplas de técnicos:

Duplas de categorias profissionais	freq	%
Auxiliar de Enfermagem + Enfermeiro	13	37,14%
Auxiliar de Enfermagem + Auxiliar de Enfermagem	6	17,14%
Auxiliar de Enfermagem + Psicólogo	4	11,42%
Psicólogo + Psicólogo	2	5,71%
Psicólogo +Psiquiatra	2	5,71%
Psiquiatra + Enfermeiro	2	5,71%
Auxiliar + Musicoterapeuta	1	2,85%
Musicoterapeuta + Enfermeiro	1	2,85%
Musicoterapeuta + Psiquiatra	1	2,85%
Psicólogo + Enfermeiro	1	2,85%
Auxiliar + Psiquiatra	1	2,85%
Auxiliar de Enfermagem + Terapeuta Ocupacional	1	2,85%
total	35	100%

Estes dados nos mostram que as categorias profissionais mais representativas quando da formação de duplas para o acolhimento são: **auxiliar de enfermagem + enfermeiro**. A segunda dupla com maior representatividade é composta por profissionais da mesma categoria: **auxiliares de enfermagem**.

A norma do serviço em relação à formação de duplas para o acolhimento considera como válida a dupla auxiliar de enfermagem e enfermeiro. Mesmo considerando que o serviço diferencie estes dois grupos a partir do nível de formação profissional, para a pesquisa devemos considerar que os profissionais enfermeiros e auxiliares de enfermagem fazem parte da mesma categoria profissional. Sendo assim, vemos que a maioria dos acolhimentos feitos em duplas é realizada por profissionais da enfermagem. E devemos considerar ainda que, de todos os acolhimentos realizados por duplas de profissionais, **apenas um não tinha a participação de profissional da enfermagem**. Então, podemos concluir que os profissionais da enfermagem são os que mais tem participação no acolhimento realizado por dupla de técnicos. Observamos, também, que quando o acolhimento é realizado por um técnico, os profissionais da enfermagem têm menor participação, enquanto nos acolhimentos realizados em duplas estes técnicos têm participação maciça. Ou seja, os profissionais de enfermagem parecem trabalhar mais em duplas e menos sozinhos.

Estes dados mostram que não há participação equitativa no acolhimento entre as categorias profissionais presentes no CAPS, assim como não há necessariamente um trabalho interdisciplinar no dispositivo de acolhimento, apontando para a **qualidade do acolhimento** que está sendo feito no CAPS Profeta Gentileza.

5.1.16.2. Relação entre a categoria profissional do técnico do acolhimento e o destino do encaminhamento

Agora que já vimos a participação das categorias profissionais no acolhimento e os resultados sobre os destinos do encaminhamento, cabe questionar se a definição deste destino tem relação com o profissional que acolhe. Há uma tendência geral da equipe multiprofissional quanto ao destino dos encaminhamentos, independente da especialidade profissional? Ou a categoria do profissional que acolheu influencia diretamente na especialidade do destino do encaminhamento?

Supondo que haja relação entre a especialidade do profissional que acolheu e o destino do encaminhamento, surgem algumas perguntas, como por exemplo: O profissional do CAPS que acolhe o paciente tende a encaminhar para a sua especialidade? Ou seja, será que psicólogos no CAPS tendem a encaminhar para psicólogos no ambulatório? O psiquiatra quando faz acolhimento tende a encaminhar para a especialidade psiquiatria? E

como encaminham aqueles profissionais do CAPS que não são psicólogos e nem psiquiatras? Para qual especialidade os profissionais da enfermagem tendem a encaminhar? E os profissionais terapeuta ocupacional, assistente social e musicoterapeuta, para qual especialidade tendem a encaminhar?

Feita a pergunta, vamos buscar respostas analisando a especialidade do destino do encaminhamento em função da especialidade profissional do técnico que realizou o acolhimento no CAPS.

Há duas ressalvas preliminares à apresentação destes resultados:

1) A primeira ressalva é que, para esta etapa, vamos considerar tanto o acolhimento como o encaminhamento como ações únicas. Para o acolhimento, a participação das categorias profissionais será considerada individualmente, mesmo quando se tratar de uma dupla de profissionais. Ou seja, para um acolhimento feito por psicólogo e enfermeiro, vamos considerar a participação dos dois profissionais, então teremos a frequência 1 para o psicólogo e a frequência 1 para o enfermeiro; então, mesmo que se trate de um único acolhimento haverá duas participações. Para o encaminhamento, será contabilizado como única cada especialidade de destino. Ou seja, se o paciente foi encaminhado para o psicólogo e para o psiquiatra, serão contados dois destinos mesmo se tratando de uma única pessoa encaminhada. Decorrente desta abordagem, o número de participação de categorias profissionais e o número de destinos do encaminhamento serão maiores do que o número dos procedimentos em si.

2) A segunda ressalva é especificamente em relação à decisão de considerar a categoria profissional do técnico que realizou o acolhimento como aquela que definiu o encaminhamento. Nos casos em que os pacientes foram encaminhados no mesmo dia em que foram acolhidos isto é francamente verdadeiro. Mas a informação não é tão segura quando se trata de pacientes que não foram encaminhados no acolhimento. Já sabemos que, dos 25 pacientes que tiveram mais de um atendimento no CAPS antes de serem encaminhados, 21 tiveram atendimentos com profissionais de mais de uma categoria (como vimos no item 5.1.14). Ou seja, no caso destes 21 pacientes não sabemos se foi o profissional do acolhimento que definiu o destino do encaminhamento, podendo ter sido um outro profissional e de categoria diferente deste do acolhimento. Apesar da não-exatidão dos resultados que podemos encontrar, uma aproximação da relação entre a

categoria profissional do técnico que realizou o acolhimento e a especialidade do encaminhamento nos parece suficiente para fazer uma apreciação estimada.

As ressalvas foram longas, mas necessária para a compreensão de como chegaremos a realizar tais considerações. Em contrapartida, a apresentação dos resultados será breve e as tabelas com o detalhamento numérico poderão ser vistas em anexo.

Como resultado deste malabarismo contábil das participações das categorias profissionais no acolhimento e as especialidades de destino do encaminhamento temos alguns elementos interessantes. Vamos apresentar aqui somente as proporções mais significativas.

- Dentre os acolhimentos que tem a participação de **psicólogos**, temos que 42% tiveram destino de encaminhamento para a psicologia, 17% para neurologia, 13% para saúde mental, 8% para clínica médica e 8% encaminhamento duplo para psicologia e psiquiatria.

- Dentre os acolhimentos com participação de **enfermeiros**, temos que 29 % tiveram destino de encaminhamento para a psicologia e 25% para a psiquiatria (7% encaminhamentos duplos para psicologia e psiquiatria).

- Dentre os acolhimentos com participação de **auxiliares de enfermagem**, temos que 30% são encaminhados para a psiquiatria, 16% para a psicologia e outros 16% para a neurologia.

- Dentre os acolhimentos com participação do **musicoterapeuta**, temos que os encaminhamentos aparecem em igual frequência para a psiquiatria (20%) e para a psicologia (20%), sendo que 40% dos encaminhamentos feitos por esta categoria são duplos para psiquiatria e psicologia.

Como respostas as nossa perguntas, podemos observar que a maior parte (42%) dos encaminhamentos realizados por psicólogos foi para a psicologia. Os enfermeiros encaminham um pouco mais para a psicologia (29%) do que para a psiquiatria (25%). Já os auxiliares de enfermagem encaminham substancialmente mais pacientes para a psiquiatria (30%). Enquanto que o musicoterapeuta encaminha de maneira exatamente equitativa para a psiquiatria (20%) e para a psicologia (20%), sendo que este profissional, na maior parte das vezes, realiza encaminhamentos duplos (ou seja, para a psiquiatria e para a psicologia: 40%). Portanto, há sim uma tendência dos psicólogos a encaminhar para o setor de psicologia. Enquanto que os enfermeiros parecem não ter nenhuma tendência específica, os

auxiliares de enfermagem dão preferência aos encaminhamentos para a psiquiatria. Já o musicoterapeuta privilegia os encaminhamentos para as duas especialidades.

5.1.17. Síntese dos resultados referentes aos pacientes encaminhados

Agora que chegamos ao fim da apresentação dos dados referentes aos pacientes encaminhados, cabe um resumo sobre o perfil destes pacientes e a utilização do serviço.

Quanto ao **perfil dos pacientes encaminhados**, a maioria não chegou a terminar o ensino fundamental, está entre os 20 e 59 anos, está um pouco mais representada por mulheres do que por homens e é carioca. Os pacientes encaminhados têm profissões que exigem pouca qualificação, sendo que somente 37% têm ocupação atual. Apenas 35% destes pacientes vivem com um cônjuge.

A metade (52%) destes pacientes já teve algum atendimento em saúde mental antes do acolhimento no CAPS e a maioria (75%) nunca teve internação psiquiátrica.

Dos poucos casos para os quais existe hipótese diagnóstica (18%) há atribuições de psicoses, depressão e uso de substâncias psicoativas. Os motivos-queixas alegados para o atendimento no CAPS são, em ordem decrescente: de “depressão”, “nervoso”, “agitação”, sofrimento atribuído à violência e pelo uso de álcool e outras drogas. Já os pedidos apresentados para a busca do atendimento são: continuidade do tratamento, medicação e laudo médico.

Devemos observar que não há valorização da atribuição de hipótese diagnóstica psicopatológica, sendo que na maioria dos relatos há descrição da situação atual do paciente, ou seja, é valorizado o **diagnóstico da situação**. Em geral, quase não há registro sobre a impressão do profissional sobre o caso, sobre o que o paciente está buscando no serviço e nem sobre sua queixa principal; havendo pouca informação neste sentido e com citações literais de falas dos pacientes.

Como vimos, a totalidade dos pacientes é moradora de sub-bairros da área de abrangência do serviço, demonstrando o respeito ao princípio de **regionalização** do atendimento. Mesmo que haja uma “triagem” anterior ao acolhimento no CAPS em função da residência do paciente (como questionamos no item 1.8), isso não questiona a territorialização da clientela atendida.

Dentre os pacientes encaminhados, 50% procurou o CAPS por demanda espontânea, enquanto 20% foram encaminhados por Postos de Saúde da AP 5.2, e 5% por profissionais dos programas PSF/PACS. Sendo que a maior parte dos encaminhamentos é oriunda de serviços da área de abrangência do CAPS e de instituições não-hospitalares.

Vimos que o CAPS recebe em números quase equivalentes pessoas que já tiveram atendimento em saúde mental e aquelas de “primeira vez”. Assim como 50% das pessoas que procuraram atendimento no CAPS e foram encaminhadas a outros serviços são de demanda espontânea, apontando o CAPS como **porta de entrada** da saúde mental no território para a metade dos sujeitos (mesmo considerando que algumas destas demandas espontâneas já tenham tido tratamentos anteriores com psicólogos e/ou psiquiatras em ambulatório).

Quanto ao dispositivo de **acolhimento** no CAPS Profeta Gentileza, observa-se que a maioria (71%) é acolhida no serviço e encaminhada para outra unidade de saúde no mesmo dia, tendo um único atendimento no CAPS. Dentre o restante, que não é encaminhado no acolhimento e ficam mais tempo no serviço, a maioria foi atendida por técnicos de mais de uma categoria profissional, mais da metade teve uso de medicação fornecida pelo CAPS, uma pequena minoria utilizou dispositivos de atividades coletivas e para alguns há registro de que o CAPS agenciou o encaminhamento em outras unidades de saúde. Do total de pacientes encaminhados 12% utilizou o CAPS após o encaminhamento, na maioria das vezes por não conseguir vaga no ambulatório de psiquiatria.

O acolhimento foi realizado na maioria das vezes (59%) por um único profissional e não em duplas de técnicos de categorias profissionais diferentes como indicado pelo desenho do serviço. Nos acolhimentos realizados por único técnico, os profissionais que mais participam são, em ordem decrescente: musicoterapeuta, psicólogo e enfermeiro, sendo que o psiquiatra é o que menos tem participação no acolhimento. Já naqueles acolhimentos realizados por dois profissionais, a dupla mais expressiva é composta por enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

Embora a maioria dos acolhimentos não tenha sido realizada por dupla multiprofissional, nota-se que os pacientes que permaneceram mais de um atendimento no serviço antes do encaminhamento foram atendidos por pelo menos por duas categorias

profissionais, demonstrando que, nestes casos, houve a perspectiva de realizar o trabalho de maneira interdisciplinar.

Como foi destacado ao longo da apresentação dos resultados, há informações que questionam a qualidade do acolhimento realizado no CAPS Profeta Gentileza, seriam estas: 1) o fato de que o CAPS **atendeu ao motivo-pedido dos pacientes** (mesmo considerando que este item possa não ter significado quantitativamente representativo, sendo apenas uma estimativa), contemplado no item 5.1.12;

2) o fato de que **71% dos encaminhamentos foram realizados no acolhimento**, ou seja, a partir de apenas um atendimento; presente no item 5.1.14;

3) **o acolhimento não é realizado de maneira interdisciplinar**, pois na maioria das vezes é feito por somente um técnico, além de não haver uma participação equitativa entre as categorias profissionais do CAPS no dispositivo de acolhimento; como visto no item 5.1.16.

Esperamos que estas questões possam ser analisadas em conjunto com a etapa qualitativa da pesquisa, abordando a questão da qualidade do acolhimento que remete diretamente à qualidade do acesso ao serviço.

O **destino do encaminhamento** que o CAPS oferece em função da categoria profissional presente no acolhimento mostra que: 42% dos encaminhamentos feitos por psicólogos são para psicologia ambulatorial, enquanto que os enfermeiros encaminham quase com a mesma proporção para psiquiatras (29%) e para psicólogos (25%), os auxiliares de enfermagem encaminham 30% dos pacientes que acolhem para o psiquiatra, enquanto o musicoterapeuta encaminha em igual proporção para psiquiatra e psicólogo. Vimos que há uma tendência dos psicólogos do CAPS de encaminhar para a psicologia, enquanto os auxiliares de enfermagem privilegiam os encaminhamentos para a psiquiatria.

Os destinos dos encaminhamentos são em sua maioria para tratamentos ambulatoriais com psiquiatras e psicólogos, sendo que os serviços mais utilizados são o CMS Belizário Penna para a psiquiatria e os Postos de Saúde da AP 5.2 para a psicologia.

Também vimos que há “reencaminhamentos”, ou seja, pessoas que procuram o CAPS e são orientadas a permanecer no tratamento no local de origem. Notamos que a maior parte destes são relativos ao tratamento ambulatorial de psiquiatria, embora haja atendimentos com psicólogos, com neurologistas e na clínica médica.

Após este resumo dos dados sobre os pacientes encaminhados, apresentaremos, no próximo item, os resultados referentes à amostra de pacientes matriculados.

5.2. Pacientes matriculados

Os pacientes matriculados somam um total de 46 pessoas que, independentes da data que deram entrada na unidade, foram matriculadas entre o período de 01/01/06 e 10/08/06, intervalo de tempo abordado pela pesquisa. Deste universo de 46 pessoas foram coletados dados quantitativos de **14 pacientes**, sobre os quais apresentaremos os resultados abaixo. Para os pacientes matriculados coletamos o referente a **30% do total de paciente matriculados** no CAPS ao longo do período estudado, diferentemente dos encaminhados, cuja coleta de dados foi referente a **100% dos pacientes encaminhados** pelo CAPS neste período, sendo em número de **87 pacientes**.

5.2.1. Escolaridade

A escolaridade dos pacientes foi coletada como estava escrito no prontuário e posteriormente ordenada em faixas, como apresentado na tabela a baixo.

Escolaridade	freq	%	% corrigida	% corrigida acumulada
Sem escolaridade	2	14%	15%	15%
Fundamental incompleto	8	57%	62%	77%
Fundamental completo	0	0%	0%	77%
Médio incompleto	2	14%	15%	92%
Médio completo	1	7%	8%	100%
Superior incompleto	0	0%	0%	100%
Superior completo	0	0%	0%	100%
Educação especial	0	0%	0%	100%
Sem informação	1	7%	-	-
Total	14	14	13	13

A maioria dos pacientes matriculados (77%) tem escolaridade até o fundamental incompleto. Dois pacientes não têm nenhuma escolaridade e nenhum tem nível superior.

5.2.2. Idade

A tabela abaixo mostra a frequência de idade da amostra dos pacientes matriculados, em função de faixas de idade.

Idade	freq	%	% acumulada
Até 19 anos	0	0%	0%
20 a 29	2	14%	14%
29 a 39	7	50%	64%
39 a 49	3	21%	86%

49 a 59	2	14%	100%
60 ou mais	0	0%	100%
Total	14	100%	100%

A média de idade dos pacientes matriculados é de 37 anos. A metade dos pacientes está na faixa dos 29 aos 39 anos e 64% dos pacientes têm até 39 anos.

5.2.3. Sexo

A amostra de pacientes matriculados é dividida entre 6 mulheres (representando 43% da amostra) e oito homens (57%).

5.2.4. Naturalidade

O resultado obtido em relação à naturalidade da amostra dos pacientes matriculados é de que 7 são nascidos no Estado do Rio de Janeiro, 5 são de outros estados da federação, enquanto 2 estão classificados como de nacionalidade brasileira.

5.2.5. Profissão

Para o quesito profissão, temos 12 respostas que citam 10 profissões. Podemos agrupar seis sujeitos com profissão de “auxiliares” (de cozinha, de serviços gerais, etc), duas domésticas, uma professora primária, um cobrador de ônibus, um aeroviário, uma “do lar”, um sem profissão e um sem informação.

5.2.6. Ocupação atual

Quanto à ocupação atual da amostra de pacientes matriculados, temos cinco desempregados, uma doméstica, uma do lar, um aposentado, um que não tem ocupação e cinco sem informação.

5.2.7. Situação conjugal

A situação conjugal da amostra de pacientes matriculados é de 8 são solteiros, 4 casados e dois separados.

5.2.8. Residência

A residência do total da amostra de pacientes matriculados é pertencente à área da abrangência do serviço.

5.2.9. Primeiro atendimento em saúde mental

Quanto a ser o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em saúde mental dos sujeitos, a amostra dos pacientes matriculados traz os seguintes resultados: 10 pacientes que afirmam que o acolhimento no CAPS não teria sido o seu primeiro atendimento em saúde

mental, enquanto apenas um afirma ser o seu primeiro atendimento. Há três prontuários sem esta informação.

A maioria dos pacientes matriculados afirma que o acolhimento no CAPS não foi o primeiro atendimento em saúde mental. Vamos analisar estas respostas em função da origem do encaminhamento destes pacientes (como foi feito em relação aos encaminhados), para darmos seguimento à nossa pergunta sobre o que é entendido como “atendimento em saúde mental”.

Origem do encaminhamento	Sim (freq)	Não (freq)	Sem informação	total
Demanda espontânea	1	3	-	4
Atenção Básica	-	-	-	0
Equipes de saúde mental	-	6	3	9
Justiça	-	1	-	1
total	1	10	3	14

Com a tabela acima podemos ver que:

- Dos quatro pacientes que vem ao CAPS por demanda espontânea, 3 afirmam não ser o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em saúde mental.
- Dos nove pacientes encaminhados ao CAPS por serviços de saúde que contém equipes de saúde mental (exceto os três sem informação) seis pacientes afirmam não ser o acolhimento no CAPS o primeiro atendimento em saúde mental.
- O paciente que vem da justiça também afirma que o acolhimento no CAPS não é o seu primeiro atendimento em saúde mental.

Portanto, **os pacientes que vem de serviços em que há equipes de saúde mental reconhecem os atendimentos anteriores como de “saúde mental”.**

Em resposta a esta pergunta, apenas um paciente afirmou que o acolhimento no CAPS foi o seu primeiro atendimento em saúde mental. Esta paciente vem ao CAPS por demanda espontânea, não tem internação anterior, o “motivo queixa” é “depressão”, tem história de algum tratamento ambulatorial anteriormente.

5.2.10. Número de internações anteriores

A tabela abaixo mostra o número de internações anteriores ao tratamento no CAPS:

Número de internações	freq	%
Zero	8	57%
1	1	7%
2	0	0%

3	1	7%
4	2	14%
De 5 a 10	2	14%
Mais de 10	0	0%
Sem informação	0	0%
total	14	100%

A amostra de pacientes matriculados em relação ao número de internações anteriores ao acolhimento no CAPS traz o seguinte resultado: 8 pacientes não tiveram internação anterior, enquanto 1 sujeito teve uma internação, 1 teve três internações, 2 tiveram quatro internações, 1 teve cinco e 1 teve seis internações. Ou seja, 57% da amostra não têm nenhuma internação anterior ao acolhimento no CAPS.

5.2.11. Diagnóstico inicial

A tabela abaixo mostra a distribuição dos pacientes matriculados em função da atribuição de hipótese diagnóstica.

Diagnóstico	freq
F 20 (esquizofrenia)	4
F 20 (esquizofrenia) e F 32 (episódio depressivo)	1
F 20.5 (esquizofrenia residual)	1
F 25 (esquizoafetivo)	1
F 29 (psicose não-orgânica)	1
F 71 (retardo moderado) e epilepsia	1
Sem informação	5
Total	14

Como podemos observar, as hipóteses diagnósticas pertencentes ao grupo F20 representam 2/3 da amostra (66%), considerando dentre os que têm informação. Devemos observar que há cinco pacientes matriculados em que não há registro em prontuário de atribuição de hipótese diagnóstica. Ou seja, são pacientes avaliados como adequado que o tratamento seja feito no CAPS, tomados sob a responsabilidade do serviço, mas sem atribuição de hipótese diagnóstica, em registro escrito.

Este ponto pode ser somado aos elementos encontrados na etapa qualitativa da pesquisa em que não foi identificada valorização entre os profissionais da equipe no que diz respeito à questão do **diagnóstico psicopatológico**. Ou seja, mesmo nos pacientes matriculados, seguindo a proporcionalidade da amostra, temos que 35% não têm atribuição de hipótese diagnóstica.

5.2.12. Motivo do atendimento

Quanto ao motivo do atendimento 10 pacientes foram ao CAPS procurando a “continuidade do tratamento”. Em 4 prontuários não há menção à continuidade de tratamento, mas outras razões que estão atribuídas como motivo para o acolhimento, como citadas referentes a cada paciente:

- “droga, tentativa de suicídio, heteroagressividade”;
- “nervoso, ouve vozes, descuido da higiene corporal, perturbação”;
- “vê vulto, ouve vozes, pós-parto, agressividade”;
- “alucinação visual e auditiva quando criança, perseguida quando em crise, tentativa de suicídio”.

Como podemos ver, pelos motivos apresentados como razão para o acolhimento, há pacientes em busca de continuidade do tratamento em sua maioria e os outros quatro casos apresentam elementos que indicam uma gravidade dos casos, como alucinações e tentativas de suicídio.

5.2.13. Origem do encaminhamento

A tabela abaixo traz as distribuições dos 14 pacientes em função da origem do encaminhamento ao CAPS:

Origem do Encaminhamento	Freq
Demanda Espontânea	4
HERF - CG	2
Dr Eiras - Paracambi	2
Vara de Execuções Penais -RJ	1
HEPII - SC	1
CAPS Eliza Santa Rosa (CAPSi)	1
CAPS de Itaguaí	1
CAPS Pedro Pellegrino	1
Clínica Santa Edwiges	1
Total	14

Há 4 indivíduos que procuraram o CAPS por demanda espontânea, enquanto 10 foram encaminhados por outras instituições de saúde. Das demandas espontâneas, três fizeram menção a um tratamento anterior e afirmaram estar buscando no CAPS a continuidade do tratamento. Somente em um caso não há menção a tratamento anterior, mas este respondeu que o acolhimento no CAPS não era o seu primeiro atendimento em saúde mental. A partir destes dados, podemos concluir que **todos os pacientes matriculados da amostra tinham algum tratamento anterior.**

Quanto aos 10 pacientes que vêm encaminhados de outras instituições de saúde, temos que: 4 vêm encaminhados de hospitais gerais com equipes de saúde mental, 3 são oriundos de outros serviços tipo CAPS, 1 vem encaminhado pela justiça e 1 vem encaminhado de clínica psiquiátrica conveniada⁵⁵.

5.2.14. Número de atendimentos/ tempo entre o acolhimento e a matrícula/ tempo total no CAPS.

Para os matriculados da amostra o número de atendimentos registrados entre a data de acolhimento e a data da matrícula varia entre 2 e 29 atendimentos. Já o número de dias decorridos entre a data do acolhimento e a data da matrícula varia entre 11 e 960 dias. Fazendo a média de tempo decorrente entre os atendimentos para cada paciente, teremos uma variação entre 5 e 44 dias. Como as variações são muito grandes e, portanto, as médias não são representativas, os dados completos estão em anexo e aqui vamos apenas pontuar situações mais excepcionais. Dentre estes 14 pacientes temos algumas informações interessante:

- em oito destes prontuários, no primeiro ou segundo atendimento, há menção de **formulação de um projeto terapêutico provisório**;
- em sete prontuários há relato de que o paciente não tem vindo ao CAPS temporariamente, com referências à “**dificuldade de adesão**” do paciente ao tratamento no CAPS;
- três pacientes tiveram **internação após o início do tratamento no CAPS**;

Estes pontos permitem algumas considerações:

Quanto ao início da formulação do projeto terapêutico provisório, já no primeiro ou segundo atendimento, mostra que deste o início estes pacientes estavam sendo considerados pacientes “de CAPS”, mesmo que o procedimento de matricular não tenha sido efetivado no início.

Os prontuários em que há relato de paciente que “não vem ao serviço”, “não quer se tratar”, que foram agrupados em uma categoria chamada “dificuldade de adesão”, mostra características de pacientes graves.

Dentre os 14 pacientes da amostra, 3 tiveram **internação** posterior ao início do tratamento no CAPS. Nestas situações **os profissionais participam da decisão de**

⁵⁵ Clínica em que há profissional da secretaria municipal de saúde como supervisor, com a tarefa específica de evitar longos períodos de internação e de intensificar o processo de desinstitucionalização.

internar junto com a família. Para um paciente o CAPS viabilizou a internação via ambulância buscando no serviço, para os outros dois, o CAPS orientou os familiares a levar o paciente em emergências psiquiátricas. Para os três pacientes houve **acompanhamento da internação**: dois através de visita hospitalar e outro através da família, que continuou indo ao Grupo de Família durante a internação do paciente.

5.2.15. Dispositivos utilizados

Neste item vamos identificar quais os dispositivos do CAPS foram incluídos no tratamento destes pacientes (os resultados individualizados para cada um dos 14 pacientes podem ser vistos na tabela em anexo). Entre os dispositivos utilizados estão considerados os trabalhos feitos em grupos, excetuando os atendimentos individuais com as diversas categorias profissionais para os quais todos os pacientes têm registro. Veremos abaixo a utilização de dispositivos pelo conjunto dos pacientes:

Dispositivo	freq
Oficina (s)	12
Grupo de Família	7
Laudos	5
CDI	4
Convivência	3
Grupo de Referência	3
Telefonia	3
Visita Hospitalar	2
Visita Domiciliar	2
Grupo de Recepção	1
Grupo de medicação	1
Bolsa De Volta para Casa	1
Internação	3
Discussão em supervisão	6

O dispositivo do serviço mais citado nos prontuários foi a **oficina**. Nesta coleta não diferenciamos quais oficinas especificamente e nem o número de oficinas que cada paciente participou. Se o paciente participou de uma única oficina ou de três, o interessa aqui é o uso do dispositivo. Podemos ver que a maioria dos pacientes (12) participou de oficina em algum momento do tratamento no CAPS.

O segundo dispositivo mais citado em prontuário foi o **Grupo de Família**. A metade dos pacientes da amostra teve familiar inserido nesta reunião. Há cinco registros de pedido de **laudos** para benefícios sociais (seja de pensão por invalidez, seja para a aquisição do Passe- Livre). Quatro destes pacientes estiveram inserido no **CDI**.

Quanto ao registro de **convivência**, embora tenha havido apenas três referências específicas a este dispositivo, devemos considerar que todos os pacientes matriculados participam da convivência de alguma forma.

Para o **Grupo de Referência** há registro de participação de três pacientes. Devemos considerar que este dispositivo foi implantado em 2006 como uma forma de organizar o acompanhamento do profissional psiquiatra em função dos técnicos de referência.

Três pacientes tiveram **internação** após a entrada no serviço, sendo que um dos pacientes o CAPS recebe em crise. Dois internados receberam **Visita Hospitalar** de um profissional do CAPS. As duas **visitas domiciliares** registradas são de dois pacientes que tiveram internação, logo após a visita. Uma era da paciente que o CAPS já recebe em crise, outro de um paciente que não estava querendo ir ao serviço, ambos foram internados após a VD.

O dispositivo **Grupo Recepção** foi utilizado por apenas 1 paciente da amostra. Devemos considerar que este dispositivo esteve em funcionamento em pequenos períodos da história do serviço. No caso do único paciente da amostra que esteve neste grupo, foi no décimo registro de atendimento, no segundo semestre de 2005, a partir da situação de em que o paciente “não estava indo ao serviço”, pedindo para ser tratado em ambulatório (apesar de ter sido encaminhado pela Vara de Execuções Penais e estar em regime condicional, onde o tratamento psiquiátrico era um imperativo). Neste prontuário, há vários registros de telefonemas do psicólogo do serviço solicitando que o paciente fosse ao CAPS, há atendimentos dos pais do paciente e a inserção no Grupo de Recepção parece uma estratégia de inserir o paciente no tratamento.

O dispositivo **Grupo de Medicação** teve participação de apenas um paciente da amostra. Devemos considerar que este dispositivo teve duração curta de funcionamento no serviço.

Apenas um paciente da amostra tem a **Bolsa De Volta Para Casa**. Trata-se de um paciente que passou 14 anos de sua vida internado na Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi. Com o processo de intervenção desta clínica, o paciente foi encaminhado para o CAPS de Inhoaíba em novembro de 2003. Este caso foi o primeiro paciente com história de longa internação psiquiátrica que o serviço recebeu. Como comentado em etapa anterior da

pesquisa⁵⁶, este paciente passou mais de um ano sem ser acompanhado pelo CAPS e a bolsa de apoio a desinstitucionalização foi providenciada no momento de retomada do tratamento em setembro de 2005.

Vamos considerar que a reunião/supervisão em equipe não é um dispositivo de uso dos pacientes, mas sim dos profissionais. Seis pacientes têm registro em prontuário de que o caso foi **discutido em supervisão**: quatro para estabelecer conduta, para um foi tomada a decisão de matricular, um outro caso estava sem vir ao CAPS por mais de um ano, sendo que este foi o primeiro paciente que o CAPS havia recebido com longo tempo de internação.

O **telefonema** dos profissionais do CAPS para os pacientes não é um dispositivo propriamente dito, mas como o telefone foi um elemento da estrutura do serviço que modificou as possibilidades de acompanhamento da clientela neste CAPS⁵⁷, vamos considerá-lo aqui como um dispositivo da assistência. Na amostra pesquisada, apenas 3 prontuários têm relatos de telefonemas de profissionais do serviço para pacientes. Os telefonemas relatados são de momentos em que o paciente não estava vindo ao serviço e/ou em situações de crise.

Estes números mostram que os pacientes matriculados têm o tratamento no CAPS baseado principalmente nos **atendimentos individuais e nas oficinas terapêuticas**. Mostra, também, que a metade das famílias tem inserção do **Grupo de Família**, um dispositivo considerado importante no serviço para a **adesão do paciente** e para o acompanhamento do tratamento, além da **divisão de responsabilidade** sobre o paciente entre o serviço e os familiares. Também vimos que 28% dos pacientes matriculados têm participação no CDI, um projeto que está inscrito em propostas de **geração de renda** e de **inserção social** a partir da capacitação em informática. Todas as internações de pacientes matriculados foram de responsabilidade compartilhada com as famílias e houve **acompanhamento do serviço para estas internações**. Quase a metade dos casos foi objeto de discussão em **reunião de equipe/supervisão**, demonstrando apreciação

⁵⁶ Este caso foi citado no Capítulo História e Contexto por duas razões: por ter sido o primeiro paciente que o CAPS recebeu com história de longa internação psiquiátrica e, também, por ter sido “esquecido” pela equipe durante um ano, tendo ficado sem acompanhamento.

⁵⁷ Como descrito no Capítulo “História e Contexto do CAPS Profeta Gentileza”, com o telefone tipo orelhão e posteriormente com linha telefônica própria do serviço, foi evidenciado que as possibilidades de acompanhamento dos pacientes e o trabalho na rede foram potencializados.

multiprofissional dos casos, construção coletiva da conduta a ser tomada e discussão com a supervisora em momentos de impasse no tratamento dos pacientes.

5.2.16. A participação das categorias profissionais nos acolhimentos dos pacientes matriculados.

As tabelas abaixo mostram a frequência de acolhimentos feita por categoria profissional. Na primeira tabela quando há somente um profissional realizando o acolhimento (sendo oito acolhimentos) e na segunda tabela quando o acolhimento é feito por uma dupla de profissionais (sendo seis acolhimentos).

Acolhimento realizado por um único profissional:

Especialidade do Profissional do acolhimento	Freq
Psicólogo	3
Psiquiatra	0
Enfermeiro	0
Auxiliar de enfermagem	4
Terapeuta ocupacional	1
Assistente Social	0
Musicoterapeuta	0
total (1 único profissional)	8

Acolhimento realizado por uma dupla de profissionais:

Especialidades dos profissionais do acolhimento (dupla)	Freq
Auxiliar de enfermagem + Psiquiatra	3
Psicólogo + Psicólogo	1
Enfermeiro + Auxiliar de enfermagem	1
Auxiliar de enfermagem + Assistente Social	1
total (duplas de profissionais)	6

O acolhimento dos pacientes matriculados da amostra é realizado por um único profissional em 57% das vezes, enquanto 42% são realizados por duplas de técnicos. Assim como fizemos para os pacientes encaminhados, vamos colocar a participação das categorias profissionais na ordem proporcional em função do número de técnicos de cada categoria.

Então, temos a seguinte ordem decrescente de categorias profissionais participando do acolhimento, quando realizado por um técnico: terapeuta ocupacional e psicólogos (com igual participação proporcional) e auxiliares de enfermagem.

Quanto aos acolhimentos realizados por duplas de técnicos, vemos que apenas um não há a participação de profissional da enfermagem. E é justamente nesta única situação em que há uma dupla de técnicos formada por profissionais da mesma categoria (psicólogos), enquanto as outras duplas são multiprofissionais.

5.2.17. Síntese dos resultados referentes aos pacientes matriculados

Vimos que 77% dos pacientes matriculados não concluíram o ensino fundamental, que metade destes está entre os 29 e 39 anos e que 57% são homens. As profissões que aparecem são de pouca qualificação profissional e 35% está desempregado. Não vivem com um cônjuge 71% dos pacientes matriculados e todos são moradores de bairros da abrangência do serviço.

Todos os pacientes matriculados tinham algum tratamento antes do acolhimento no CAPS, sendo que 57% não têm internação anterior. Há atribuição de hipótese diagnóstica para 65% da amostra, sendo que 2/3 destas estão no campo das psicoses. Em sua maioria, os pacientes buscam no CAPS a continuidade do tratamento e há alegações de episódios de alucinação e de tentativa de suicídio, demonstrando características de pacientes graves. A maioria dos pacientes foi encaminhada ao CAPS por unidades de saúde que têm equipes de saúde mental. Ou seja, o CAPS não foi a porta de entrada na saúde mental para estes pacientes.

Quanto ao tratamento dos pacientes matriculados no CAPS, vimos que mais da metade tem formulação de projeto terapêutico inicial nos primeiros atendimentos no serviço; o que indica que a avaliação de que seriam pacientes do CAPS foi feita desde o início. Já o tempo entre o acolhimento e o procedimento de matrícula é totalmente variável, não havendo um padrão. Metade dos registros destes pacientes tem menção à dificuldade de adesão ao tratamento, demonstrando que se trata de uma clientela grave e que o serviço busca formas de inserção no tratamento com a metade dos familiares no Grupo de Família e com telefonemas aos pacientes.

O tratamento dos pacientes matriculados no CAPS Profeta Gentileza é baseado principalmente em atendimentos individuais com diferentes categorias profissionais e nas oficinas terapêuticas, sendo que 28% dos pacientes estão inseridos em projeto de capacitação de informática.

O acolhimento dos pacientes matriculados é realizado em 42% das vezes por duplas de profissionais. Nestas duplas, a participação dos profissionais de enfermagem é maioria, enquanto que naqueles acolhimentos realizados por apenas um técnico a ordem de participação é a seguinte: terapeuta ocupacional, psicólogo e auxiliar de enfermagem.

A seguir vamos apresentar a comparação entre os pacientes encaminhados e os matriculados.

5.3. Comparação dos perfis dos pacientes encaminhados e matriculados.

Nesta etapa vamos comparar os perfis dos pacientes encaminhados e matriculados. Vale lembrar que os dados foram coletados com proporções diferenciadas: 100% dos pacientes encaminhados e uma amostra de 30% dos pacientes matriculados. Em consequência da amostra de matriculados ser pequena, as porcentagens são referentes a poucos casos. Apesar desta desigualdade vamos proceder a uma comparação entre os dois grupos. Como foi feito anteriormente, os resultados serão apresentados por cada variável.

5.3.1. Escolaridade

O nível de escolaridade dos pacientes encaminhados e matriculados é praticamente o mesmo, não havendo diferenças significativas. Na faixa do ensino fundamental incompleto, está a maioria dos pacientes encaminhados (60%) e matriculados (62%). Há mais pacientes sem escolaridade dentre os matriculados (15%) do que entre os encaminhados (6%). Com nível médio completo há mais pacientes encaminhados (17%) do que matriculados (8%). Entre os encaminhados há 4% de pessoas que tiveram incursão no nível superior enquanto nenhum paciente matriculado entrou na universidade. Dentre os matriculados há 15% de pacientes sem escolaridade enquanto temos 6% dos encaminhados sem escolaridade. Nenhum matriculado teve educação especial enquanto 3% dos encaminhados estiveram no ensino especial.

Portanto não há uma diferença significativa entre os pacientes encaminhados e aqueles matriculados. Podemos apenas afirmar que, embora a média seja quase equivalente, **em geral o nível de escolaridade dos pacientes matriculados é um pouco mais baixo do que este dos pacientes encaminhados.**

No total da amostra (matriculados e encaminhados) temos que 67% dos pacientes estão até a faixa do ensino fundamental incompleto. Caracterizando, portanto, que o perfil da clientela que procura o CAPS tem baixa escolaridade.

5.3.2. Idade

A tabela abaixo traz as faixas etárias para os pacientes encaminhados, matriculados e para o total da amostra:

Idade	encaminhados			matriculados		
	freq	%	%acum	freq	%	%acum
Até 19 anos	5	6%	6%	0	0%	0%
20 a 29	16	18%	24%	2	14%	14%
29 a 39	15	17%	41%	7	50%	64%
39 a 49	22	25%	67%	3	21%	86%
49 a 59	16	18%	85%	2	14%	100%
60 ou mais	13	15%	100%	0	0%	100%
Total	87	100%	-	14	100%	-
	Média: 43,29 anos			Média: 37,36		

Podemos ver na tabela que 41% dos encaminhados tem até 39 anos, enquanto os matriculados até esta idade representam 64% dos sujeitos. A média de idade dos pacientes encaminhados é um pouco maior da que dos pacientes matriculados. Portanto, os pacientes matriculados são em geral mais jovens do que aqueles encaminhados. Para o total dos pacientes que procurou o CAPS, 64% tem até 39 anos.

5.3.3. Sexo

A tabela abaixo mostra a variável sexo para os encaminhados, matriculados e total da amostra:

Sexo	Encaminhados		Matriculados		Total da amostra	
Feminino	48	55%	6	43%	54	53%
Masculino	39	45%	8	57%	47	47%
Total	87	100%	14	100%	101	100%

Dentre os pacientes matriculados os homens são a maioria (57%), enquanto as mulheres são maioria dentre os pacientes encaminhados (55%), havendo uma relação invertida em função da categoria de pacientes (matriculados e encaminhados), mas de pouca significância.

No conjunto dos pacientes, as mulheres são maioria, representando 53% do total, enquanto os homens representam 47% das pessoas que procuram o serviço. A diferença não é substancial, mostrando que há equivalência entre os sexos na busca de tratamento no CAPS.

5.3.4. Naturalidade

A tabela abaixo mostra a naturalidade dos pacientes encaminhados, dos matriculados e do total da amostra:

Naturalidade	Enca	%	Matric	%	Total da amostra	%
Brasileira	16	18,39%	2	14,28%	18	17,82%
Rio de Janeiro	54	62,06%	7	50%	61	60,39%
Outros Estados	8	9,19%	5	35,71%	13	12,87%
Sem informação	9	10,34	0	0	9	8,91%
total	87	100%	14	100%	101	100%

Do total da amostra 60% dos pacientes são nascidos no Estado do Rio de Janeiro. A única diferença que os números apontam é que há mais pacientes matriculados que nasceram fora do estado (35,71%) do que dentre os pacientes encaminhados (9,19%).

Esta informação responde a uma impressão manifesta por alguns profissionais, de que haveria muitos pacientes no serviço que não seriam cariocas. Como os resultados mostram que há mais pacientes matriculados que não são do estado do Rio de Janeiro, apontamos que os profissionais têm esta impressão a partir dos pacientes matriculados. Isso pode indicar que os profissionais demonstram ter maior conhecimento sobre características da clientela matriculada do que a respeito dos pacientes encaminhados; o que faria sentido visto que contato com os pacientes matriculados é maior enquanto que os encaminhados, em geral, permanecem pouco tempo na unidade.

Poderíamos considerar o fator migração como um elemento que influencia negativamente a evolução do quadro e a rede de suporte social do paciente, talvez seja uma explicação para este maior número de pacientes que não são cariocas dentre os pacientes matriculados; estes estariam em situação de maior vulnerabilidade psicossocial por estarem afastados de sua rede social de origem.

5.3.5. Profissão

A comparação de profissão entre os pacientes encaminhados e aqueles matriculados informa que: não há nenhum estudante entre os matriculados enquanto há 3% de estudantes entre os encaminhados; os que afirmaram como profissão “auxiliar” há 4% entre os encaminhados enquanto que dentre os matriculados estes representam 42% da amostra; entre os encaminhados 3% afirmam não ter profissão enquanto que os matriculados seriam 7% sem profissão. A maioria das profissões citadas em ambos os grupos são de exercícios profissionais de pouca qualificação.

5.3.6. Ocupação Atual

Abaixo se apresenta a tabela da ocupação atual para os pacientes encaminhados, matriculados e para o total da amostra:

Ocupação Atual	Encaminhados		Matriculados		Total da amostra	
	freq	%	freq	%	freq	%
Empregado	23	26,4%	1	7,1%	24	23,7%
Do lar	10	11,4%	1	7,1%	11	10,8%
Aposentado	9	10,3%	1	7,1%	10	9,9%
Desempregado	19	21,8%	6	42,8%	25	24,7%
Sem informação	26	29,8%	5	35,7%	31	30,6%
Total	87	100%	14	100%	101	100%

A comparação entre os perfis dos pacientes mostra que há mais pessoas empregadas dentre os encaminhados (26,4%) do que dentre os matriculados (7,1%). Assim como há menos desempregados dentre os encaminhados (21,8%) do que dentre os matriculados (42,8%). O que demonstra uma menor participação produtiva dos pacientes matriculados. Quanto ao total da amostra, temos que 24,7% são desempregados enquanto 23,7% têm emprego.

5.3.7. Situação conjugal

Abaixo se apresenta a tabela comparativa em relação à situação conjugal para os pacientes encaminhados, matriculados e o total da amostra:

Situação conjugal	encaminhados		matriculados		Total da amostra	
	freq	%	freq	%	freq	%
Solteiro	35	40,2%	8	57,1%	43	42,6%
Casado	31	35,6%	4	28,6%	35	34,7%
Separado	9	19,3%	2	14,3%	11	10,9%
Viúvo	6	6,9%	0	0	6	5,9%
Sem informação	6	6,9%	0	0	6	5,9%
total	87	100%	14	100%	101	100%

Ao compararmos os perfis notamos que maior diferença é que dentre os pacientes encaminhados há menor disparidade entre os solteiros e os casados (com diferença de cinco pontos percentuais), enquanto dentre os pacientes matriculados a diferença entre solteiros e casados é maior (vinte e nove pontos percentuais). A porcentagem de separados é equivalente entre encaminhados (19,3%) e os matriculados (14,3%). Em ambos os grupos a maior representatividade está entre os solteiros, que no total da amostra são 42,6%.

5.3.8. Residência

Como vimos na apresentação dos resultados dos pacientes encaminhados e matriculados, a grande maioria dos sujeitos mora na área de abrangência do CAPS, havendo apenas uma exceção e três sem informação (dentre os encaminhados). Em etapa anterior, levantamos a hipótese de que poderia estar sendo feita uma “triagem” antes do

acolhimento em função da moradia do paciente. Se esta hipótese tem fundamento não podemos saber se há pessoas de outras regiões procurando atendimento no CAPS. Os resultados mostram que o serviço tem funcionado a partir do princípio de regionalização da assistência.

5.3.9. Primeiro atendimento em saúde mental

A tabela abaixo mostra se o acolhimento no CAPS foi ou não o primeiro atendimento em saúde mental para pacientes encaminhados, matriculados e total da amostra:

Primeiro atendimento em saúde mental?	Encaminhados			Matriculados			Total da amostra		
	freq	%	% corrçg	freq	%	% corrçg	freq	%	%corrçg
Sim	25	29%	52%	1	7%	9%	26	25,7%	44%
Não	23	26%	48%	10	71%	91%	33	32,7%	56%
Sem informação	39	45%	0	3	21%	0	42	41,6%	0
total	87	100%		14	100%		101	100%	

A grande maioria dos pacientes matriculados (91%) já tinha tido atendimento em saúde mental antes de chegar ao CAPS, enquanto que para os pacientes encaminhados esta proporção é de um pouco mais da metade (52%). Portanto, há uma diferença de perfil entre os encaminhados e os matriculados, pois a maioria dos matriculados já teve algum tipo de atendimento na saúde mental, enquanto dentre os encaminhados há mais pessoas de ‘primeira vez’.

Estes dados trazem duas informações importantes. A primeira é que o total da amostra traz pouca diferença proporcional de pacientes de primeiro atendimento em saúde mental (44%) e daqueles que já tiveram este tipo de atendimento (56%). Ou seja, o CAPS recebe tanto pessoas que estiveram em tratamento como aquelas que nunca tiveram atendimento em saúde mental. A segunda informação importante é que os pacientes que foram matriculados, em sua grande maioria, já haviam passado por algum tratamento na saúde mental.

Observamos na etapa anterior (itens 1.9 deste capítulo), ao analisar os dados dos pacientes encaminhados, que o serviço recebe de maneira equivalente pacientes que já tiveram atendimento em saúde mental (48%) e pacientes para os quais o acolhimento no CAPS é o primeiro atendimento em saúde mental (52%). Mas quando separamos estes pacientes em função da origem do encaminhamento observamos que 64% daqueles que vão ao serviço por demanda espontânea afirmam ser o acolhimento no CAPS o primeiro

atendimento em saúde mental, enquanto esta proporção é de 35% para os pacientes encaminhados pela atenção básica. Estas proporções apontam um número importante de pacientes de demanda espontânea e da atenção básica que estão tendo o primeiro atendimento em saúde mental num serviço tipo CAPS. Enquanto que a maioria dos pacientes matriculada (91%) passou por tratamento anterior na saúde mental. Poderíamos afirmar, então, que o CAPS foi porta de entrada para a saúde mental para 64% dos pacientes encaminhados que vieram por demanda espontânea e para 35% daqueles que vieram a partir da atenção básica.

Podemos concluir, então, que o CAPS Profeta Gentileza recebe tanto pacientes de primeira vez, apontando para sua função de **porta de entrada** da saúde mental no território e de **ordenador da rede**, como recebe pacientes que já passaram por tratamento na saúde mental (e que quando avaliados como casos mais graves são matriculados no serviço) apontando para a especificidade do CAPS na dedicação aos pacientes mais graves e com a premissa de ser substitutivo à internação psiquiátrica.

Outra observação importante que os resultados trazem é sobre qual é a **concepção de “atendimento em saúde mental”**. Com a análise dos resultados dos pacientes encaminhados e matriculados (itens 1.9 e 2.9 deste capítulo), em função da origem do encaminhamento e da existência de internação anterior, vimos que os atendimentos com os profissionais psiquiatras e psicólogos em serviços ambulatoriais não são entendidos como da “saúde mental”, enquanto que atendimentos em serviços com equipe de saúde mental são compreendidos como da alçada da “saúde mental”. Portanto o que atribui o estatuto de “atendimento em saúde mental” é o tipo de serviço e não a categoria profissional.

Também vimos que pacientes que já tiveram internação psiquiátrica não necessariamente a consideraram como “atendimento em saúde mental”, como apontado por 8,6% dos pacientes (encaminhados) com internação ao responderem que o acolhimento no CAPS seria o primeiro atendimento em saúde mental.

5.3.10. Número de internações anteriores

A tabela abaixo apresenta o número de internações anteriores dos pacientes encaminhados, matriculados e total da amostra:

Número de internações	Encaminhados			Matriculados			Total da amostra		
	freq	%	%cor	freq	%	%cor	freq	%	%cor
zero	46	53%	75%	8	57%	57%	34	34%	62%
1	7	8%	11%	1	7%	7%	8	8%	15%
2	1	1%	2%	0	0%	0%	1	1%	2%
3	3	3%	5%	1	7%	7%	4	4%	7%
4	1	1%	2%	2	14%	14%	3	3%	5%
5 a 10	2	2%	3%	2	14%	14%	4	4%	7%
Mais de 10	1	1%	2%	0	0%	0%	1	1%	2%
Sem informação	26	30%	-	0	0%	-	46	46%	-
Total	87	100%	100%	14	100%	100%	101	100%	100%

A tabela mostra que 75% dos pacientes encaminhados não tiveram nenhuma internação enquanto que 57% dos pacientes matriculados não tiveram internação anterior ao tratamento no CAPS. Também podemos ler de outra forma: que apenas 25% dos pacientes encaminhados já tiveram internação anterior enquanto 42% dos matriculados tiveram internação anterior. Portanto mais pacientes matriculados tem internações anteriores ao acolhimento no CAPS, quando comparados com os encaminhados; demonstrando que o serviço está matriculando mais os pacientes com internação anterior, apontando para a **função do CAPS de serviço substitutivo à internação**.

Quanto ao total da amostra temos que 62% dos pacientes não têm internações anteriores.

5.3.11. Diagnóstico inicial

Vimos que a atribuição de hipótese diagnóstica psicopatológica não é uma prática comum no CAPS Profeta Gentileza, enquanto que **o diagnóstico da situação é privilegiado**. Apenas 18% dos encaminhados tem registrada alguma hipótese diagnóstica enquanto que 65% dos matriculados tem atribuição diagnóstica.

Dentre os casos em que há hipótese diagnóstica, vimos que os encaminhados têm diagnósticos do campo das psicoses, referentes a episódios depressivos e ao uso de substâncias psicoativas, enquanto que os matriculados tem a maioria dos diagnósticos no campo das psicoses e nenhuma atribuição à depressão nem a substâncias psicoativas.

Como há pouca referência a esta variável, não é possível realizar uma comparação entre os perfis de pacientes encaminhados e matriculados, podemos apenas estimar que as situações apresentadas pelos matriculados indicam que se trata de uma clientela mais grave do que os encaminhados, com um pouco mais de internações psiquiátricas anteriores, com necessidade de continuar o tratamento e com mais apresentação de atividade alucinatoria e

tentativas de suicídio. Enquanto que os pacientes encaminhados têm maior número de demanda espontânea na busca pelo CAPS e apresentam situações que demonstram se tratar de uma clientela menos grave, com tratamento em regime ambulatorial, sem irrupção de quadro agudo, com melhor gerenciamento de si próprio.

5.3.12. Motivo do atendimento

Como vimos anteriormente, esta variável tem pouco poder de generalização visto que não há uma padronização mínima na maneira de registrar esta informação em prontuário. O que é significativamente diferente, em relação ao motivo do atendimento, é que os pacientes matriculados estão em busca de “continuidade de tratamento” enquanto que os encaminhados apresentam uma variedade de alusões sobre o motivo do atendimento.

Também observamos anteriormente que a falta de clareza sobre a queixa do paciente e o motivo para receber atendimento na saúde mental são elementos que questionam a qualidade do acolhimento realizado no CAPS Profeta Gentileza.

5.3.13. Origem do encaminhamento

A tabela abaixo mostra as frequências e porcentagens em relação à origem do encaminhamento dos pacientes que buscaram atendimento no CAPS:

Origem do Encaminhamento	Encaminhados		Matriculados		Total da amostra	
	freq	%	freq	%	freq	%
Demanda Espontânea	44	50.6%	4	28,5%	48	47,5%
PACS/PSF	5	5.7%	-	-	5	4,9%
Posto de Saúde da AP5.2	18	20.7%	-	-	18	17,8%
CAPS Pedro Pellegrino	2	2.3%	1	7,1%	3	2,9%
CAPS Simão Bacamarte	1	1.1%	-	-	1	0,9%
CAPS Eliza Santa Rosa (CAPS i)	-	-	1	7,1%	1	0,9%
CAPS de Itaguaí	-	-	1	7,1%	1	0,9%
HERF	3	3.4%	2	14,2%	5	4,9%
IMAS Nise da Silveira	3	3.4%	-	-	3	2,9%
IMAS Juliano Moreira	1	1.1%	-	-	1	0,9%
Hospital Estadual Pedro II - SC	1	1.1%	1	7,1%	2	1,9%
Posto de Saúde de Seropédica	1	1.1%	-	-	1	0,9%
CPRJ	1	1.1%	-	-	1	0,9%
PAM Bangu	1	1.1%	-	-	1	0,9%
FUNLAR	1	1.1%	-	-	1	0,9%
IPUB	1	1.1%	-	-	1	0,9%
Dr. Eiras de Paracambi	-	-	2	14,2%	2	1,9%
Clínica santa Edwiges	-	-	1	7,1%	1	0,9%
Justiça	-	-	1	7,1%	1	0,9%
Sem informação	4	4,6%	-	-	4	3,9%
total	87	100%	14	100%	101	100%

Como podemos ver, a metade dos pacientes encaminhados é de demanda espontânea, enquanto há pouca demanda espontânea dentre os matriculados, sendo que estes já tinham tratamento anterior em saúde mental, mesmo procurando o CAPS sem encaminhamento. Não há nenhum paciente matriculado que tenha sido encaminhado por serviços da atenção básica (PSF/PACS e Postos de Saúde) enquanto que essa origem é substancialmente representativa para os pacientes encaminhados. A maior parte dos pacientes matriculados é oriunda de serviços próprios da saúde mental (ou daqueles que tem equipe de saúde mental) enquanto que essa origem é minoritária dentre os pacientes encaminhados. Então, há uma diferença significativa de perfil em função da origem do encaminhamento entre os pacientes encaminhados e aqueles matriculados.

5.3.14. Acolhimento

A partir dos resultados apresentados anteriormente, vimos que o acolhimento no CAPS é realizado na maior parte das vezes por um único profissional e não em duplas de técnicos de categorias diferentes, não havendo diferença entre os acolhimentos dos pacientes encaminhados e matriculados visto que são realizados por somente um técnico 59% dos acolhimentos de pacientes encaminhados e 57% dos acolhimentos dos pacientes matriculados.

Quanto à participação das diferentes categorias profissionais, temos que a participação dos profissionais de enfermagem é maior quando nas duplas do que quando em acolhimentos realizados por um só técnico, tanto nos acolhimentos de encaminhados quanto de matriculados. Não havendo diferença de participação dos profissionais da enfermagem em relação as duplas de técnicos para os acolhimentos de todos os pacientes.

Já quando o acolhimento é realizado por um só técnico, o acolhimento dos pacientes encaminhados tem maior participação proporcional de musicoterapeuta, psicólogo e enfermeiro, enquanto que o acolhimento de pacientes matriculados tem participação equivalente de psicólogo e terapeuta ocupacional seguidos de auxiliares de enfermagem. Há, portanto, uma pequena diferença em relação à participação das categorias profissionais no acolhimento dos matriculados quando o acolhimento é feito em duplas de técnicos, com maior participação do terapeuta ocupacional. Mas como a amostra de matriculados é menor do que a de encaminhados e há apenas um terapeuta ocupacional neste serviço, não vamos considerar esta diferença mínima.

Podemos concluir, então, que **não há diferença entre o acolhimento dos encaminhados e dos matriculados**, sendo ambos feitos na maioria por único técnico, sem participação equitativa das diversas categorias profissionais, com participação majoritária de profissionais da enfermagem quando da formação de duplas de técnicos e que a menor participação no acolhimento é do profissional psiquiatra.

5.3.15. Síntese da comparação entre os pacientes encaminhados e matriculados

Embora a maioria do total da amostra não tenha terminado o ensino fundamental, foi possível observar que a escolaridade dos pacientes matriculados é um pouco mais baixa do que dos pacientes encaminhados. Assim como os matriculados são um pouco mais jovens em média dos que os encaminhados. É equitativa a existência de homens e mulheres no CAPS, havendo um pouco mais de homens matriculados e de mulheres encaminhadas. Há mais pacientes nascidos fora do estado do Rio de Janeiro entre os pacientes matriculados (35%) do que entre os encaminhados (9%). As profissões de ambos os grupos exigem pouca qualificação profissional e há menos participação produtiva de trabalho entre os matriculados do que entre os encaminhados. Não há diferença significativa em relação à situação conjugal entre os dois grupos.

Os matriculados já passaram por tratamento na saúde mental antes de chegar ao CAPS enquanto que a maioria dos encaminhados vai ao serviço por demanda espontânea e encaminhados de Postos de Saúde, sendo que os matriculados vão com encaminhamentos de serviços de saúde mental. Da pouca informação existente sobre diagnóstico psicopatológico, observamos que a maioria dos matriculados está no campo das psicoses, enquanto que os encaminhados têm também episódios de depressão e transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas. Quanto ao motivo do atendimento no CAPS os matriculados procuram a continuidade do tratamento anterior, apresentando situações que indicam gravidade do caso, enquanto os encaminhados alegam diferentes razões para o atendimento, com situações de não-gravidade eminente.

Quanto ao acolhimento realizado pelo CAPS aos pacientes vimos que não há diferença entre os acolhimentos de pacientes matriculados e encaminhados, sendo em geral feitos por apenas um técnico, de maneira não equitativa entre as categorias profissionais e com participação majoritária de profissionais da enfermagem quando em duplas de técnicos.

Sobre a utilização do serviço por pacientes encaminhados e matriculados, não faz sentido realizar comparações, visto que é justamente este item que diferencia os estatutos de pacientes. Vimos que os pacientes encaminhados, na maioria dos casos (71%), têm apenas um atendimento no CAPS e aqueles que permanecem, em geral, usam apenas atendimentos individuais e medicação no serviço, enquanto aguardam vaga no ambulatório. Já a utilização os pacientes matriculados têm atendimentos individuais e participam de oficina, com metade dos familiares inseridos na reunião de família.

Finda esta etapa, apresentaremos a seguir um breve item sobre os registros no CAPS.

5.4. Sobre a qualidade dos dados quantitativos

A questão do registro em PAMs e prontuário neste CAPS é um problema ressaltado ao longo da existência do serviço, por profissionais e pela coordenação. Como esta questão apareceu explicitamente na coleta de dados quantitativos, considerando que é um elemento importante para pesquisa em serviços de saúde, notadamente para a pesquisa avaliativa, onde as informações quantitativas têm função de fornecer uma fotografia da clientela e da utilização do serviço, se tornou necessária nesta etapa a apresentação dos problemas encontrados.

A tabela abaixo mostra a falta de informação, por variável numérica coletada, em relação aos pacientes encaminhados e matriculados:

Variáveis	Pacientes Encaminhados		Pacientes matriculados	
	Frequência	%	Frequência	%
Escolaridade	15	17%	1	7,1%
Idade	0	0	0	0
Sexo	0	0	0	0
Naturalidade	9	10%	0	0
	16 (brasileiros)	18,39%	2	14,25
	9 + 16 = 25	28,7%	2	14,25
Profissão	16	18,39%	1	7,1%
Ocupação atual	26	29,8%	5	35,7%
Situação conjugal	6	6,89%	0	0
Residência	3	3,44%	0	0
Primeiro atendimento SM	39	45%	3	21,4%
Número de internações	26	30%	0	0
Diagnóstico inicial	71	81,6%	5	35,7%
Origem do encaminhamento	4	4,59%	0	0

Como podemos ver, há porcentagens razoáveis de **falta de informação** das variáveis coletadas, ou seja, os dados pessoais do paciente não são registrados como indicado pela norma do serviço. Algumas variáveis são mais simples, como escolaridade, naturalidade, profissão, ocupação atual, situação conjugal e número de internações anteriores. Para estas variáveis mais simples de serem coletadas, diríamos que basta haver a pergunta ao paciente e o registro em prontuário, indicando que quando não há informação é porque esta foi negligenciada pelo profissional.

Já a variável “primeiro atendimento em saúde mental” parece ter problemas em si, não sendo tão simples, como demonstrado pelas proporções de falta da informação (45% para os encaminhados e 21% para os matriculados). Como vimos ao longo deste capítulo, a pesquisa levantou questões quanto ao que é concebido como “atendimento em saúde mental”, diante de respostas positivas em casos que tinham atendimentos com profissionais psiquiatras e psicólogos em ambulatório. Com os resultados dos dados quantitativos, chegamos à conclusão que aquilo que é concebido como da alçada da saúde mental são tratamentos em serviços próprios da saúde mental ou que tem equipe de saúde mental em seu quadro, e que atendimentos em regime ambulatoriais com psiquiatras e psicólogos não são entendidos como da saúde mental. Portanto, é o tipo de serviço que permite a atribuição de ser ou não da saúde mental.

A partir destes resultados seria recomendável que a variável fosse revista pelos serviços e pela gestão (já que é daí que vem a padronização das fichas de PAM e prontuário), no sentido de buscar uma forma que torne possível colher esta informação de maneira mais produtiva.

Já a variável diagnóstico inicial é a que exige maior avaliação do caso pelo profissional do acolhimento. No caso dos pacientes encaminhados há falta de 81% a este quesito enquanto que para os matriculados não há esta informação para 35% dos casos. A diferença mostra que há tentativa de definir a hipótese diagnóstica dos pacientes matriculados, havendo mais tempo para tal, pois estão sendo acompanhados pelo serviço, enquanto que a maioria dos encaminhados teve apenas um atendimento no CAPS. Poderíamos afirmar que há uma tendência dos profissionais no CAPS Profeta Gentileza em, pelo menos, distinguir casos de neurose e psicose, mesmo que não haja definição mais precisa sobre o diagnóstico. Mesmo assim, a proporção de 35% dos pacientes matriculados

sem nenhuma informação sobre este quesito demonstra que não há valorização do diagnóstico psicopatológico.

Portanto, vimos que a pesquisa confirma os problemas de registro apontados por profissionais e pela coordenação em relação à falta quantitativa de informações nos prontuários, mas também identificamos que a variável “primeiro atendimento em saúde mental” tem problemas em relação à concepção do que seria da “saúde mental” e merece ser revista.

Já a falta de informação quanto à variável diagnóstico inicial parece estar relacionada com sua não-valorização, podendo indicar que o diagnóstico da situação, ou o diagnóstico psicossocial propriamente dito, estaria sendo privilegiado no CAPS, em contraposição ao diagnóstico nosológico que a medicina pode oferecer.

Chegamos ao fim deste capítulo. Embora tenhamos percorrido uma extensa descrição de dados sobre a clientela que procura o CAPS Profeta Gentileza e como o serviço respondeu a estas demandas, este percurso foi necessário para definir o perfil da demanda do CAPS e a forma como é realizado o acolhimento no serviço. A descrição exaustiva dos resultados teve o objetivo de disponibilizá-los totalmente, permitindo que haja apreciação dos caminhos percorridos para chegar às considerações sobre a assistência.

Este capítulo ofereceu informações fundamentais sobre a assistência no CAPS Profeta Gentileza que juntamente com os dados qualitativos devem permitir a realização de considerações avaliativas sobre este serviço em particular e em relação aos CAPS em geral, assim como possibilitar discussão de perspectiva metodológica para a área de avaliação em serviços de saúde.

Capítulo 6 – Dados Qualitativos: Discussão em Equipe de Casos Encaminhados e Matriculados

Neste capítulo apresentaremos os casos discutidos em equipe para a pesquisa: aqueles encaminhados, um conjunto de 10 usuários, e aqueles matriculados, um conjunto de 4 usuários, de janeiro a agosto de 2006. As discussões foram realizadas dentro do espaço de reunião de equipe/supervisão, havendo um acordo prévio de dedicar um tempo demarcado para os casos da pesquisa.

Foi indicado aos profissionais que fizessem o relato do caso a ser discutido, pelos técnicos responsáveis pelo menos, mas no sentido de que houvesse uma construção coletiva do caso clínico; assim, aqueles profissionais que tiveram contato com os pacientes em questão deveriam apresentar o caso, mas todos os profissionais eram estimulados a participar da discussão. Não houve nenhum direcionamento em relação à forma de apresentação e nem às questões discutidas.

Os casos serão relatados a partir das discussões realizadas em equipe. Teremos, a seguir, cada caso que foi apresentado e as discussões que suscitaram, há falas de profissionais, assim como citações de relatos escritos que foram lidos no momento da reunião⁵⁸. A apresentação de cada caso segue a dinâmica de discussão entre os profissionais ao longo da reunião, para que possamos acompanhar o desencadeamento dos assuntos e questões.

Antes de entrar nesses “dados qualitativos” sobre a assistência prestada no CAPS Profeta Gentileza, vale lembrar que o intuito do mesmo é destacar do conjunto de discussões de caso aquilo que os próprios profissionais apontam como indicador de qualidade de suas práticas, dando visibilidade aos seus valores e orientações éticas, assim como aos seus procedimentos técnicos. Como pudemos perceber no primeiro capítulo dessa tese, o campo da saúde mental é conformado por diretrizes governamentais sobre o modo de operar a atenção psicossocial, sendo que muitas vezes não são tecnologias puras postas em ação a partir de normas cristalizadas, mas arranjos diferenciados entre clínica e política no cotidiano dos serviços, ou seja, práticas carregadas de misturas, ambivalências e

⁵⁸ Todo o conteúdo entre aspas ao longo do texto é referente às palavras utilizadas pelos técnicos. As citações de trechos vêm acompanhadas pela categoria profissional que quem fala.

contradições. Assim, a tentativa de inserção social de portadores de transtorno mental é guiada por dispositivos tais como o acolhimento, a escuta e o acompanhamento do usuário e seus familiares, conduzidos por cada profissional e equipe de um modo peculiar. Cabe a nós, nesse momento, dar visibilidade à maneira pela qual esses dispositivos, arranjos diversos, são atualizados no CAPS Profeta Gentileza.

Tento em vista o segundo capítulo, sobre as metodologias de avaliação de serviços de saúde mental, mapeamos um conjunto de indicadores, critérios e taxas governamentais, epidemiológicos e acadêmicos, como acesso, acompanhamento, satisfação, autonomia, qualidade de vida, adesão ao serviço e integração da rede de serviços de saúde. Será que eles aparecem na discussão de casos em equipe? Será que tais indicadores são apontados também pelos profissionais desse serviço como parâmetros de qualidade de suas práticas? Será que são atualizados no serviço como norma ou como modo de compreender o processo de tratamento?

Guiados por essas perguntas, esperamos retomar esses conjunto de indicadores após apresentar aqueles que emergem na discussão de casos pela equipe do CAPS Profeta Gentileza. A estratégia pela qual conduzimos tais discussões, como já foi explicitado, diz respeito ao modo pelo qual o serviço acolhe, encaminha e acompanha os usuários que o procuram, apontando elementos para pensar, de um lado, acesso e acolhimento ao sofrimento psíquico e, de outro lado, seguimento e continuidade da trajetória de vida. Assim, vamos aos casos encaminhados, para em seguida apresentar os casos matriculados pelo serviço.

6.1. Casos encaminhados

6.1.1. Caso 1

Uma moça de 25 anos, casada, com o primeiro grau completo, cearense, já tendo trabalhado como “passadeira júnior”, vem ao CAPS no dia 14/07/06 acompanhada de seu marido “procurando atendimento com um psiquiatra, pois se sente nervosa”. Ela é moradora de bairro pertencente à abrangência do serviço, nunca teve internação psiquiátrica e vem com um encaminhamento de outra unidade de saúde. Foi acolhida por um psicólogo e um psiquiatra.

Os profissionais que a acolheram narram o atendimento, contando que foi realizado em baixo da árvore no jardim e que ambos não estavam na escala de acolhimento, sendo que os profissionais escalados estavam realizando outras tarefas. O psicólogo lembra que no dia de sexta-feira ele “faz de tudo um pouco”. Os dois profissionais relataram em conjunto o caso, um complementando o outro. Eles fizeram como é de praxe neste CAPS: primeiro atenderam o paciente e o familiar, no segundo momento se retiram para discutir o caso e definir a conduta e, num terceiro momento voltam e propõem ao paciente o encaminhamento. Somente estes dois profissionais tiveram contato com a paciente, somente os dois falam do caso.

Os profissionais contam que a paciente trouxe um receituário do IPUB, sem guia de referência, escrito o nome do CAPS e o endereço. A paciente teria dito que no IPUB a orientaram para procurar o CAPS, mas já informando que seria encaminhada a um ambulatório. Mas entre o IPUB e o CAPS a paciente esteve no CMS Belizário Penna, onde foi informada que “estava cheio” e orientada a procurar o CAPS.

A narração do caso considera a **situação atual** da paciente e o fato de **nunca ter tido internação psiquiátrica**. Os profissionais mencionam ao longo da discussão à não-gravidade do caso, no sentido da não existência de situação de **crise**, à hipótese diagnóstica de **neurose** e **não de psicose**, à necessidade de dar **continuidade ao tratamento** ambulatorial próximo à residência (adequação da **área**); como mostram as citações abaixo:

“Pra gente não parecia uma paciente grave mesmo, não parecia um caso pra CAPS. Não achei que fosse um caso de psicose, por exemplo. Ela queria umas medicações, não vi uma demanda de uma coisa mais grave, de ficar matriculada no CAPS. Foi uma coisa muito simples, muito rápida e nós tratamos logo de encaminhar” (psicólogo).

“Ela falou de um nervoso que era reativo a situações em casa, a brigas com o marido e que aí ela reagia desta forma. Parecia mais uma coisa da reação dela, que ela mesma julgava como exagerada, então ela tinha um juízo crítico bem apresentado. E por isso mesmo, ela apontou a diferença com os outros pacientes. Foi um atendimento no pátio, então ela viu como são os pacientes, a diferença; ela mesma disse que tinham dito que não seria acompanhada aqui mas ‘eu vim pra saber se faz outro tipo de acompanhamento também’, aí a gente falou que não, que aqui a nossa clientela é outra mas a gente reafirmou a necessidade de que ela procurasse o ambulatório” (psiquiatra).

“Não se tratava de uma psicótica, é uma neurótica que no ambulatório ficaria bem” (psicólogo).

“Como já estava bem antes. Ela só decidiu agora se tratar perto de casa” (psiquiatra).

A partir deste atendimento, os profissionais a encaminharam para o CMS Belizário Pena, para psiquiatria e para a psicologia, colocando o nome de uma das psicólogas deste ambulatório no verso da guia de encaminhamento.

A apresentação do caso levanta, pelos próprios profissionais que realizaram o atendimento, o questionamento sobre se eles não deveriam ter feito outros atendimentos para “saber mais sobre o caso” e “aprofundar mais as questões” da paciente, mesmo já tendo a clareza neste único atendimento da indicação de tratamento ambulatorial. No entanto, os profissionais afirmam a necessidade de priorizar os casos mais graves, que tem indicação para o serviço, e contar com o restante da rede para atender os casos que podem fazer tratamento no ambulatório.

“Foi o que pôde ser feito naquele momento, no retrato deste caso, em meia hora de atendimento. Me pareceu uma neurótica, que precisa dar continuidade aos seus medicamentos (Imipramina e Diazepan) e de uma psicoterapia que pode ser perfeitamente feita no ambulatório. É sempre uma coisa complicada, nesses momentos, porque é claro que a gente podia também ter partido pra uma outra direção: ter convidado pra vir ao CAPS mais uma vez e ter escutado uma segunda vez, uma terceira vez. Mas nisso que vem uma segunda, uma terceira vez, aí em nome da escuta a gente já começa também... porque ela precisava desta medicação, ela estava mudando a área de tratamento, vindo pra perto de casa, depois de muito tempo tratando no IPUB e já vem com essas medicações há bastante tempo. Então eu achei melhor fazer este encaminhamento logo de imediato” (psicólogo).

Esta citação diz respeito a uma preocupação da equipe de não deixar que pacientes com indicação de tratamento ambulatorial façam vínculos com o CAPS, pois há a percepção de que depois é mais difícil que o paciente aceite o encaminhamento para o ambulatório. Os técnicos relatam situações em que os pacientes não querem ir ao ambulatório após a experiência de tratamento no CAPS. Os profissionais consideram que a preferência por ficar no CAPS, sem aceitar o encaminhamento para o ambulatório, se dá

pelo vínculo formado com os técnicos, mas também pela possibilidade de virem fora do horário marcado, sempre podendo reagendar consultas.

A questão da disponibilidade de profissionais na **rede** foi considerada para o encaminhamento, como, por exemplo, através de ações no sentido de saber se o ambulatório de psiquiatria estava agendando consultas naquele período e dar a referência nominal de um psicólogo específico para que a paciente procurasse marcar atendimento. Também foi indicado que se a paciente não conseguisse as consultas no ambulatório poderia retornar ao CAPS.

O serviço para o qual foi encaminhada faz parte da sua região de moradia, além de ser o único local de referência para tratamento ambulatorial de psiquiatria na abrangência do serviço. Também foi observada a importância de fazer os dois atendimentos (psicologia e psiquiatria) na mesma unidade de saúde.

Quanto a saber se o encaminhamento foi bem sucedido, os profissionais não tem esta informação, não se tem certeza se a paciente conseguiu agendar os atendimentos: “Ela não voltou, então suponho que tenha dado tudo certo” (psicólogo). É comentado pelos profissionais que o “certo” seria entrar em contato para saber se ela conseguiu as consultas, mas que isto não é possível dado o volume de trabalho.

Os profissionais que realizaram o acolhimento comentam ao final da discussão sobre a importância de terem feito o procedimento em dupla, pois um complementava o outro no relato, pois nem tudo estava escrito ou era lembrado.

Este caso traz duas questões comumente comentadas pela equipe no cotidiano: o **dia de sexta-feira** e a **escala de acolhimento**. Já houve alguns problemas nas sextas-feiras que a equipe atribuiu ao fato de ter poucos profissionais trabalhando neste dia. Esta não é uma questão específica deste CAPS, já que outro serviço da Zona Oeste tem realizado rodízios de técnicos para “cobrir” a sexta-feira.

Quanto ao cumprimento da escala de acolhimento, que aparece na discussão deste caso, é uma questão registrada em Livro-Preto e comentada no cotidiano do serviço (como vimos no capítulo sobre a história e o contexto do CAPS). É comum neste CAPS que os profissionais previamente escalados para realizar o acolhimento em cada turno estejam ocupados com outros atendimentos ou atividades e não façam o acolhimento, sendo que é decidido na hora qual o profissional que poderá realiza-lo, como aconteceu neste caso.

6.1.2. Caso 2

Uma senhora de 60 anos, com segundo grau incompleto, nascida no Rio de Janeiro, diz que sua profissão é “do lar” e que atualmente faz bordados para vender. Vem ao CAPS no dia 16/02/06, diz que foi indicada por uma pessoa que faz tratamento no serviço. Nunca teve internação psiquiátrica e atualmente se trata na Santa Casa de Misericórdia, no centro do Rio. Conta que já teve vários médicos psiquiatras e que tomou diferentes medicações. Ela já esteve várias vezes na emergência do HERF (Campo Grande), já fez uma série de exames clínicos. Tem pressão alta e toma medicação para tal. Mora com o marido e dois dos três filhos.

O acolhimento foi realizado pela musicoterapeuta, que relata o caso. Ao longo da discussão do caso em equipe surgem questões sobre a rede, sobre a consulta com o profissional psiquiatra, o fornecimento de medicação, sobre o seguimento dos encaminhamentos, além de discussões sobre internação, desmedicalização e sobre os pedidos de benefícios sociais.

A profissional demora um pouco para se lembrar do caso, recorrendo a suas anotações. Diz que há a assinatura de um outro profissional, mas ela não tem certeza se este ficou “mesmo” no atendimento, supondo que ele teve de sair e que de fato ela fez o atendimento sozinha, ressaltando que isso “acontece, mas que não deveria”. Lamenta a ausência deste profissional no dia da discussão para ajudá-la a lembrar. Ao longo do relato somente a profissional que fez o acolhimento fala, mas nas discussões que se seguem outros técnicos participam.

“Ela chama isso só de nervoso, fala de uns acidentes que ela tinha quando criança, que ela também classifica como problema dos nervos, chorava muito, gritava, e ela começou a sentir... deste nervoso foi passando pra uma sensação corporal, ela sentia falta de ar, estava sempre ofegante. Enquanto ela relata isso eu percebo que ela é uma pessoa muito contida, muito presa. (...) A paciente conta que teve um relacionamento anterior e que a pessoa faleceu. Ao longo do atendimento fala de algumas perdas que teve, não só de pessoas, mas de situações, conta assaltos e coisas que foram gerando nela isso que ela chamou de falta de ar. Eu percebo nela uma certa ansiedade. Ela faz uso de Lexotan®, Paroxetina e Rivotril®. (...) Nesse rodar os serviços, ela nunca se sente atendida na necessidade

dela. Eu pergunto pela rotina comum, sempre costumo fazer isso, perguntar se dorme bem, se alimenta... Ela diz que tem problemas pra dormir e quando acorda não acorda bem; e aí eu vejo, pelo relato dela que ela precisa estar trabalhando estas situações anteriores que ela viveu e que em um atendimento... [não dá]. Pelo relato, não seria uma boa intervenção ela permanecer aqui, então eu encaminho para o Belizário Pena [psiquiatria] e pro Mário Cid [psicologia], porque eu acho que ela precisa trabalhar estas questões passadas, que ela não trabalhou, de certa forma, nem deu porque ela ia em um serviço e ia em outro e nunca se sentia atendida” (musicoterapeuta).

Neste primeiro atendimento, a profissional considera que não é caso para o CAPS e sim para o ambulatório. A novidade, em relação aos tratamentos anteriores que a paciente fazia, é que a profissional do CAPS acrescenta o encaminhamento para o psicólogo, não só para o psiquiatra, identificando uma necessidade de outro tipo de abordagem para o caso. A profissional conta que a paciente aceitou a indicação para tal tipo de tratamento.

Ao realizar o encaminhamento a profissional considerou a situação da **rede** e conta que naquele momento não foi possível encaminhar para uma única unidade de saúde. Relata os contatos que conseguiu fazer com os postos que têm psicólogos, e com o CMS Belizário Penna para o agendamento na psiquiatria. Com os telefonemas ela se informou sobre os dias de marcação de consulta e orientou a paciente.

Uma semana após o acolhimento, a paciente retorna ao CAPS, como indicado, e informa que já havia iniciado os atendimentos com o psicólogo e aquele para o psiquiatra estava agendado para dali a três meses.

“Aí surge aquela situação, que não é sempre, mas com muita frequência, que é a medicação, a receita, e a pessoa embora não tenha o vínculo aqui, a pessoa solicita a medicação por aqui. E aí, em relação a este procedimento, antes eu estava bancando e agora eu não estou bancando mais porque foi tirado aqui [em reunião de equipe] que não é pra fazer isso, então até julho eu ainda estava fazendo isso. Neste dia eu não liberei porque não devia ter, porque quando tinha eu liberava; eu pedi pra ela buscar essa medicação junto à Santa Casa, onde ela fazia tratamento antes. Eu até tentei um atendimento com o psiquiatra [do CAPS], por conta desta medicação, mas não aconteceu” (musicoterapeuta).

Em relação à não ter acontecido a consulta com o psiquiatra do CAPS, a equipe chega à conclusão de que naquela época só havia um psiquiatra no serviço e que este sairia no mês seguinte, “as coisas estavam difíceis”. Pois, se houvesse a consulta com o psiquiatra do serviço a paciente poderia continuar sua medicação no serviço até a consulta no ambulatório, sem precisar recorrer à Santa Casa, no centro da cidade. A prática de fornecer a medicação de um paciente encaminhado até o momento da consulta agendada havia sido comum no serviço, embora não desejada. É a decisão de não mais realizar esta disponibilização de medicação nestas situações que a profissional se refere como decidido em equipe.

A profissional chama a atenção para o fato de não saber se a paciente conseguiu a medicação e a equipe discute qual é o papel do CAPS no sentido de acompanhar o encaminhamento.

“Depois não tem mais nada...[escrito no PAM] não sei como é que ficou. Ela deve ter conseguido na Santa Casa, porque se não ela voltaria. (...) Porque eu costumo ligar pra paciente pra fechar, porque eu preciso fechar [saber o que aconteceu, se conseguiu o remédio, a consulta]. Porque... esse ano não aconteceu não, mas ano passado aconteceram várias vezes de quando eu fazia o encaminhamento e eu já sabia que ia demorar, eu marcava com a pessoa e a pessoa ficava vindo; esse ano não deu, mas ano passado eu ainda conseguia fazer isso, mesmo que para quinze dias ou para o mês que vem, porque eu acho que é uma maneira de saber o que aconteceu e de uma certa forma dar um suporte que às vezes... porque, assim, eu me perguntava porque que ela andava tanto nesses serviços todos... não é possível, porque o atendimento não é ruim, é alguma coisa, o que é isso? Anda aqui, anda lá, nunca satisfaz?!” (musicoterapeuta).

A questão de **dar seguimento ao encaminhamento**, seja no sentido de acompanhar o paciente até que este consiga a consulta, seja do simples fato de saber o que acontece, se o encaminhamento chegou realmente a ser concretizado, é ressaltada pela profissional. Ela aponta que fazia isto quando tinha “mais tempo”, qualificando como algo indicado a ser feito, mas que não está sendo possível.

Outro aspecto levantado nesta fala é que apresenta um esboço de questionamento sobre o caso, no sentido de entender melhor o porque, afinal, a paciente passara por uma

série de serviços de saúde e não se “sentiu atendida”. Mas esta questão não ganhou prosseguimento.

Ao longo da apresentação deste caso pela profissional que realizou o acolhimento outros profissionais falam de assuntos relacionados à assistência no CAPS suscitados pelo caso, que vamos descrever logo abaixo.

Vários profissionais falam sobre a questão de não conseguir **acompanhar os encaminhamentos** e que isto **é parte do trabalho do CAPS**, mas que a equipe “não tem pernas” para fazer. Há o comentário de que saber o que aconteceu após o encaminhamento é algo que pode dar a “qualidade deste encaminhamento”.

Há uma discussão sobre como o serviço deve fazer este seguimento, diferenciando de um “monitoramento” do paciente. Chega-se à conclusão de que o seguimento do encaminhamento deve ser pontual. Após o encaminhamento procurar saber “como estão as coisas” com o paciente e se ele conseguiu concretizar o que havia sido proposto pelo serviço. Um profissional comenta que muitas vezes os pacientes tem dificuldades com os encaminhamentos, “nem chegam a ir aos serviços”, sendo que não conseguir se tratar muitas vezes faz parte da “situação” do paciente; neste sentido o seguimento do encaminhamento pode ajudar com que o paciente dê continuidade ao que foi traçado. Um outro profissional comenta que “demanda de tratamento não é desejo de cura” e que por isso se deve ter cuidado neste seguimento do encaminhamento, deixando lugar para o paciente “fazer a sua parte”.

Em relação às situações em que os pacientes não buscam concretizar o encaminhamento que o CAPS ofereceu, há comentários no sentido de que algumas vezes as pessoas vêm “sondar” o serviço, estando em busca de benefícios sociais: “às vezes não é nem querer se tratar, sabem que muita gente aqui tem benefício, passe não-sei-das-quantas, remédio-grátis... vem um pouco querendo alguma coisa, às vezes ele nem sabe direito o que quer” (psicólogo). Mas a equipe chega à conclusão de que os técnicos percebem isso logo no primeiro atendimento.

Em seguida é destacado por um psicólogo que os “dois momentos mais difíceis da clínica do CAPS são **encaminhar e internar**”. Diz que encaminhar é difícil porque “é no escuro”, não se sabe o que vai acontecer. Outros técnicos acrescentam que com a rede

precária que se tem, não é possível saber se vai conseguir o atendimento e menos ainda sobre a qualidade deste atendimento.

Vários profissionais falam sobre a situação de **psicólogos e psiquiatras na rede**. Há o comentário de que encaminhar para os dois profissionais no CMS Belizário Penna só é melhor para o paciente ir a um único serviço, porque psicólogos e psiquiatras daquele serviço “não trabalham em conjunto”, não implicando, portanto, que os dois profissionais vão tratar conjuntamente do caso ou mesmo discutí-lo.

Fala-se sobre a dificuldade de contatar os psicólogos deste ambulatório, “deixando recados no setor de pneumologia” e comumente usando o celular de um destes profissionais. Neste sentido, a supervisora do CAPS expõe a proposta que a coordenação de saúde mental está construindo junto a este ambulatório de começar a realizar supervisão com estes profissionais; além da questão grave da rede em relação ao número reduzido de psiquiatras.

Neste momento, profissionais contam vários “malabarismos” para conseguir vaga com psiquiatras em ambulatório, alguns já mandaram para o PAM Bangu, outros já sugeriram que o paciente continuasse no ambulatório do Nise da Silveira, assim como houve tentativas de mandar para um ambulatório em Santa Cruz, que neste período havia alocado maior número de psiquiatras. Todas estas alternativas citadas estão fora da área de abrangência do CAPS, mas dada a dificuldade de conseguir atendimento com psiquiatra, as alternativas foram consideradas válidas pelos profissionais para não produzir desassistência ou sobrecarregar o CAPS com demandas ambulatoriais.

Quanto à questão da **internação** aparece uma discussão interessante quando um psiquiatra afirma que “encaminhar é o sucesso do CAPS enquanto internar é o fracasso”. Há uma discussão entre os técnicos, falando de situações de internação somente em último caso, e do “mal-estar” de ter de tomar esta decisão, principalmente quando se trata de um paciente que já se trata no serviço. Alguns acham que o encaminhamento chega a ser mais difícil para o profissional do que a internação, no sentido de não conseguir acompanhar para saber se o paciente foi atendido e que o inevitável da internação faz parte da clínica do CAPS, sendo um fracasso apenas quando não há acompanhamento desta internação. Podemos citar a fala da supervisora:

“Vamos esclarecer [as finalidades]. Internar às vezes é fundamental, [é importante] a gente saber o momento da internação e decidir pela internação. E acompanhar a internação é fundamental para que ela seja mais breve e a mais bem sucedida possível. O que é uma internação bem sucedida? É a gente poder ter acesso a este sujeito justamente quando ele saiu daquela crise, que ele estava indo tratar; porque ele vai ser internado porque ninguém está conseguindo fazer nada com ele; o fracasso é antes da internação, a internação é justamente o recurso para que o fracasso não seja total e pra que [o caso] não se perca por aí. É de antes. E é um fracasso contingente, não quer dizer que o caso se perdeu. E a internação acompanhada é justamente pra gente poder fazer o retorno; não adianta largar o cara lá [na internação] e não saber mais nada, aí eu concordo com você [com o psiquiatra que afirmou que a internação é o fracasso do CAPS], aí a gente está jogando a toalha” (supervisora).

A discussão segue ressaltando a importância de que tanto a internação como o encaminhamento sejam acompanhados, que se tenha um seguimento em ambos os procedimentos. **A equipe chega a conclusão de que é o acompanhamento ou a falta deste que define tratar-se ou não de um fracasso.**

É diferenciada a situação em que se utiliza da internação como um último recurso para lidar com uma crise, da situação em que se realiza internação “por que o serviço não está disposto a lidar com uma crise”. Esta segunda situação é apontada como um fracasso do trabalho de CAPS. Também aparece na discussão as diferenças entre internar um paciente que é acompanhado pelo serviço, um caso conhecido pelos profissionais, e de uma internação de alguém que chega já em crise ao serviço, um paciente que a equipe não conhece, e então opta pela internação.

Em relação ao seguimento dos encaminhamentos é comentado na reunião que nenhum técnico chegou a ver, nunca, em nenhuma situação a **guia de referência e contra-referência** preenchida na segunda parte, ou seja, um retorno registrado do encaminhamento realizado pelo CAPS.

Ao longo das discussões surgidas a partir deste caso aparece a categoria “**perfil de CAPS: neurótico e psicótico grave**” como algo muito frágil para a definição de local de tratamento da clientela. A supervisora lembra que em uma reunião de serviços da saúde mental, acontecida em outra ocasião, apareceu uma idéia mais interessante:

“a gente parar de avaliar se tem ‘perfil’ pra CAPS ou não, se a neurose é grave ou não é tão grave assim, mas fazer o que a gente insiste em fazer na Recepção, que é o diagnóstico da situação! Ou seja: chegou a moça aqui, não andava, carregada na cadeira: diagnóstico diferencial, atendimento aqui, referência aqui; hoje ela está ambulando, com dificuldades mas está, e está sendo atendida no ambulatório. Até porque a gente tinha psicólogo pra encaminhar também!”.(supervisora)

Nesta citação acima, a supervisora está fazendo a referência a um outro caso que poderia ou não se enquadrar no ‘perfil’ de CAPS, no momento em que chegou ao serviço. Vamos apresentar brevemente o caso, a guisa de ilustração.

Uma jovem de 21 anos fazia uma série de exames com neurologista e cardiologista no CMS Belizário Penna. A diretora daquela unidade comenta o caso com a psicóloga, pois não se encontrava razão para a “paralisia” da paciente. Esta psicóloga telefona para o CAPS pedindo para que o serviço avalie o caso.

A jovem chega ao serviço, de táxi, com três irmãs já em desespero, pois não sabiam mais o que fazer nem a quem recorrer. A paciente é atendida dentro do carro, recebe a continuação de seu esquema medicamentoso e é marcado retorno. Assim começa uma série de atendimentos no CAPS. A paciente sempre vinha de táxi, era arrastada pelas irmãs e posta em uma cadeira colocada ao lado do veículo. O carro saía e a paciente era atendida no jardim.

Num primeiro momento a equipe não se preocupou com o diagnóstico e tomou o caso como “caso de CAPS” pela situação em que ela estava. Ao longo do trabalho com a paciente e de discussões sucessivas em supervisão ficou definido o diagnóstico psicopatológico (de transtorno dissociativo) e as condutas foram sendo construídas. Um ano depois não era mais preciso atendê-la no jardim. Ela passou a caminhar, mesmo que pouco. Passou a entrar no CAPS e ir até a sala de atendimento. A paciente estava em situação melhor, portanto “menos grave” e foi possível trabalhar um encaminhamento para o ambulatório de psicologia.

A passagem para o ambulatório foi trabalhada com a paciente que mantém o CAPS como referência para o atendimento com o psiquiatra, o uso de medicação e de apoio para a família. O contato com a psicóloga que passou a atendê-la no ambulatório foi intenso no decorrer do encaminhamento, com discussão do caso e da conduta, em supervisão no

CAPS. Esta psicóloga era conhecida pelos técnicos que acompanhavam a paciente no serviço e foi escolhida em função de sua experiência.

Este caso foi considerado pela equipe como um exemplo de trabalho em rede (ambulatório de especialidades clínicas, CAPS, ambulatório de psicologia), com o CAPS atendendo a paciente no período mais grave e podendo (tendo profissional competente na rede) encaminhar para o ambulatório, mesmo mantendo a referência da paciente no serviço.

Podemos afirmar que este caso aponta um exemplo, principalmente, da articulação possível entre os profissionais de ambulatório e estes do CAPS. Pois mesmo depois da paciente ter sido encaminhada, o diálogo entre os profissionais continuou e a definição de conduta do caso é traçada coletivamente.

Voltando à discussão em equipe, a partir do caso pesquisado, a equipe toca em um outro ponto da assistência, em que a função do CAPS, para os profissionais, não está necessariamente definida: **“desmedicalizar a queixa e subjetivar a demanda”**. A equipe comenta sua percepção de uma parcela relativamente grande de pessoas que chegam ao serviço pedindo consulta com o psiquiatra para “pegar a receita”, estão usando medicamentos e não estão necessariamente se tratando. O questionamento dos profissionais em relação a isto pode ser traduzido pela pergunta: Qual é o papel do serviço tipo CAPS diante dessa realidade? Ao longo da discussão, fica localizado que esta é uma questão que diz respeito principalmente aos dispositivos da Porta-de-Entrada (acolhimento e grupo de recepção) e ao Grupo de Medicação.

Sendo um trabalho que requer tempo e que demanda vínculo do paciente com o profissional, a equipe afirma que talvez não seja precisamente uma função do CAPS, mas é apontado ao longo da discussão que o Grupo de Recepção pode ser um “desencadeador deste processo”, durante o período de avaliação e encaminhamento para o ambulatório, que isto já seria “um começo”, “é a mexida inicial no tabuleiro de xadrez”. A supervisora afirma que questionar o uso da medicação como única solução para o sofrimento e oferecer outro tipo de cuidado, além do medicamento, é uma postura para todos os dispositivos do serviço, e para todos os pacientes, seja os que serão encaminhados ou matriculados na unidade. Os profissionais apontam ao longo da discussão que há diferenças que se devem levar em conta ao trabalhar a idéia de desmedicalização com pacientes neuróticos e psicóticos.

Ao longo de toda discussão do caso e das que se seguiram podemos notar que a maior participação é dos psicólogos e do psiquiatra que estava na reunião. Os outros técnicos falaram mais do caso que estava sendo discutido e pouco comentaram sobre a questão da internação, e menos ainda em relação à desmedicalização.

Nota-se em relação ao caso discutido que em nenhum momento foi feita qualquer referência ao diagnóstico psicopatológico, sendo que para o encaminhamento foi contemplada a história de tratamento psiquiátrico ambulatorial, assim como identificada a possibilidade de que o tratamento psicológico seria adequado.

6.1.3. Caso 3

Mulher de 28 anos, nascida na Paraíba, casada, “do lar”, é trazida ao CAPS por familiares. Na ficha de PAM está escrito que se trata de uma demanda espontânea, sem história de internações psiquiátricas e que este é o primeiro atendimento de saúde mental da paciente.

Como os profissionais que fizeram o acolhimento não estavam na reunião, a equipe se reveza para ler o prontuário. Havendo poucos e curtos relatos, o conjunto dos profissionais presentes faz “deduções” para a construção do caso. Ela foi acolhida em 25/04/06, por dois auxiliares de enfermagem. No mesmo dia, há um atendimento médico com prescrição de medicações. Neste primeiro atendimento há dois relatos:

“A paciente vem acompanhada da mãe, por demanda espontânea, apresentava depressão. Histórico vem de uma depressão pós-parto, devido à perda do bebê. O marido a abandonou com dois filhos, um menino de 7 anos e uma menina de 2 anos. Ela foi trazida da Paraíba quando morava com o irmão e a cunhada, e a cunhada tenta ajudá-la. A depressão persiste há mais de um ano, ela tornava-se agressiva com a chegada do marido à casa da cunhada mas atualmente tem se mantido mais controlada. Aceitou o tratamento. Aparência emagrecida, se comparada a foto da carteira de identidade” (dois auxiliares de enfermagem).

“Paciente com relato de humor triste, tendendo ao isolamento social; apatia, hipobulia, relatos de episódios de insônia, descreve episódios de idéias deliróides de cunho persecutório e alucinações auditivas. Apresenta inadequação da (?) e perplexidade. Inicia-se esquema medicamentoso (Amitriptilina, Rivotril® e Risperidona)” (psiquiatra).

Nota-se nos relatos acima que os auxiliares de enfermagem descrevem a situação atual de vida da paciente e a queixa de “depressão” que persiste há um ano, enquanto o psiquiatra apresenta os sintomas psicopatológicos. Há uma suposição da equipe presente na reunião que foram dois atendimentos separados e não a realização de um acolhimento com os três profissionais envolvidos; a suposição é de que os auxiliares começaram o acolhimento e “passaram” para o médico.

Dois meses após este primeiro atendimento há relato feito por uma auxiliar de enfermagem (que não estava no acolhimento) de que foi fornecida a medicação para trinta dias, e uma receita para comprar uma das medicações que estava em falta no serviço. Três meses depois deste segundo atendimento, há o relato de uma outra auxiliar de enfermagem, de que foi feito o encaminhamento para o CAPS de São João de Meriti e que foi fornecida receita para a compra de medicação.

A partir destes curtos relatos em prontuário a equipe faz uma série de perguntas em relação ao caso, como sobre o fato de que nenhum dos cinco profissionais que tiveram contato com a paciente (a partir das assinaturas em prontuário) estavam presentes na reunião de equipe deste dia. A equipe se lança a fazer suposições para preencher as lacunas, buscando a compreensão do caso e as razões para os procedimentos realizados.

Ela é moradora da área? A equipe supõe que a família (pois há menção da acompanhante ser a cunhada, na ficha de PAM) seja moradora da área. Foi dado um endereço de Cosmos (bairro da abrangência do serviço) e que ela estaria ali por estar na casa desta cunhada, voltando para sua casa em São João de Meriti, três meses depois.

Se foi encaminhada para um CAPS é porque foi avaliada como paciente para este tipo de serviço? Como a razão do encaminhamento não está escrita no PAM, a equipe faz suposições sobre a sintomatologia psicótica relatada no atendimento médico, mas acaba dizendo que isto não define necessariamente se é ou não para um serviço tipo CAPS, e que talvez seja para adequar o tratamento à rede local, como podemos ver na citação abaixo:

“Eu estou aqui deduzindo, eu conheci um pouco o CAPS de São João do Meriti, e lá na Baixada a maioria dos CAPS funciona de fato como agenciador da rede; então, as pessoas tendo ou não perfil de CAPS são encaminhada para os CAPSs para que façam um primeiro atendimento para que dali... Então, pode ser que a [profissional] tenha encaminhado para o CAPS de São João de Miriti

por isso, ou porque só tinha o contato do CAPS naquela área, porque não conhecia os ambulatórios daquela área. Acho que o fato da [profissional] encaminhar para o CAPS não quer dizer, necessariamente, que era [paciente] para o CAPS, mas para organizar o atendimento por lá” (terapeuta ocupacional).

Sobre como foi realizado o encaminhamento, a equipe supõe que a profissional tenha telefonado e combinado com a equipe do CAPS de São João de Meriti porque na folha de PAM estava anotado o telefone e o endereço, embora não tenha nenhum relato.

A profissional que encaminhou foi o quinto técnico que teve contato com a paciente no serviço. A equipe acha que isto aconteceu porque, naquela época, a profissional que encaminhou estava fazendo o papel de “coordenador técnico” da equipe, tendo de fato agenciado uma série de encaminhamentos. Mas também é observado por um profissional que não houve acompanhamento da paciente por parte das pessoas que realizaram o acolhimento.

“Agora, a gente pode pensar também... assim, passou por cinco pessoas, a gente tinha estabelecido que a pessoa que acolhe vai tentar acompanhar, e isso já tem algum tempo, então, essa que passa por cinco pessoas.., a gente tem que pensar se é porque ela veio quando ela quis, ou se mesmo com cinco pessoas não houve uma apropriação do caso, a gente tem que ver onde está o problema aí; pra gente pensar se este modelo de acolhimento que a gente pensou está funcionando ou não, né?” (psicólogo).

Podemos observar que esta fala traz questões sobre a efetivação do desenho do serviço, fazendo referência não somente ao dispositivo do acolhimento, mas às questões de acompanhamento dos pacientes e da função de técnico de referência que os profissionais do acolhimento devem ocupar inicialmente.

Voltando à discussão em equipe, os técnicos observam, pelas datas de relatos no PAM, que a paciente voltava sempre que terminava a medicação, assim como não era possível saber pelo relato se no período em que ela esteve no serviço foi oferecido algum outro tipo de cuidado, além da medicação. Há comentários no sentido em que não se sabe se chegou a ser oferecido alguma atividade, e neste caso, se ela não se disponibilizou a participar. O período em que ela esteve no CAPS não tinha projeto terapêutico nenhum, a

supervisora diz claramente “o percurso do PAM é o percurso ambulatorial, de consulta ambulatorial medicamentosa, mesmo sendo paciente para CAPS”.

“E também que tipo de oferta foi feita ou não, pra ela dizer que só quer remédio. Porque a gente estava discutindo a desmedicalização da queixa... a pessoa às vezes vem pedindo um remédio, e fica só o remédio, literalmente na pílula, enquanto que o remédio para o sofrimento abre a porta para “n” possibilidades, né”? (supervisora).

A discussão do caso termina com dúvidas sobre que tipo de oferta esta paciente recebeu no serviço e qual era a proposta de tratamento dos técnicos envolvidos. Houve um certo mal-estar ao longo da discussão em decorrência da presença do psiquiatra no serviço (aquele que atendeu a paciente e a medicou), sendo que este não participou da reunião. A discussão terminou com a série de suposições sobre o caso e as condutas tomadas.

6.1.4. Caso 4

Rapaz de 26 anos, solteiro, com primeiro grau incompleto, trabalha como “guardador de carro”. É morador de Inhoaíba, vem ao CAPS sozinho, por demanda espontânea. Na ficha de PAM diz que ele não tem internação psiquiátrica e não está preenchido o “x” que informa se é ou não o primeiro atendimento em saúde mental. O acolhimento é de 16/05/06, realizado por um auxiliar de enfermagem.

Assim como no caso anterior, a pessoa que acolheu este paciente não estava na reunião, de forma que outros profissionais da equipe se dispuseram a ler o PAM. Havia apenas um relato, que será citado aqui, seguido das suposições da equipe sobre o que aconteceu.

“Paciente deu entrada no CAPS sozinho onde relata que sua queixa principal é dor de cabeça; não é sempre. Relata que se esquece muito quando tem que [palavra incompreensível]. Relata também que no tempo de escola repetia muito, só fez a segunda série. Até o momento sem atendimento médico [palavra incompreensível]. Usuário foi encaminhado para ambulatório de neurologia” (relato escrito, auxiliar de enfermagem).

A equipe se pergunta qual o motivo deste paciente ter vindo ao CAPS, o que ele estava pedindo, assim como o porque dele ter sido encaminhado para o ambulatório de neurologia. Alguns dizem que pode ter outras razões, mas a única que está relatada é a “dificuldade de aprendizagem”.

“Não sei. Ele tem 26 anos, a queixa principal é dor de cabeça, aí tem um esquecimento de alguma coisa que a gente não sabe o que é, tem uma dificuldade nos estudos, ele [o profissional do acolhimento] pode ter avaliado que era um caso... sei lá, de retardo?! (...) A dificuldade de aprendizagem... pode também não ter sido por isso que ele parou de estudar na segunda série...” (terapeuta ocupacional).

A supervisora observa que “é um encaminhamento que muitas escolas fazem, para a neurologia: dificuldade de aprendizado, dor de cabeça, esquecimento...”. Em seguida o psiquiatra comenta que “a gente está igual escola!”, no que um psicólogo responde em seguida: “a gente não, cara pálida!”.

Ao longo da discussão deste caso a equipe faz suposições para compreender o que motivou a conduta tomada, mas acaba não se discutindo muito, com muitos risos e silêncios.

6.1.5. Caso 5

Senhora de 67 anos, nascida em Sergipe, com o primeiro grau incompleto, separada e “do lar”. É o seu primeiro atendimento em saúde mental. Ela vem trazida pela filha, que já se trata no CAPS.

Foi acolhida em 18/07/05 por um enfermeiro e uma auxiliar de enfermagem. Ambos não estavam presentes na reunião, e o psicólogo que a atendeu relata o caso. O psicólogo conta que a paciente após o acolhimento passou a ser atendida pela psiquiatra que trata de sua filha. Os atendimentos com o psicólogo começaram posteriormente e já com a definição de que “não se tratava de um caso para o CAPS”. Sendo uma situação circunstancial de sofrimento intenso por “luto”, foi atendida pelo psicólogo ao longo do período que ficou no serviço (não sabe precisar quantos atendimentos). Os relatos de PAM mostram alguns atendimentos colocados na tabela abaixo, com respectivas datas e categoria profissional.

atendimento	Data	Profissional/conduta
1	18/07/05	Enfermeiro e auxiliar de enfermagem; acolhimento.
2	05/08/05	Psiquiatra; medicação.
3	02/09/05	Psiquiatra; medicação.
4	07/11/05	Psiquiatra; medicação; definição: caso de ambulatório de psicologia e de psiquiatria.
5	25/11/05	Enfermeiro do acolhimento efetua procedimentos de encaminhamento.
6	29/11/05	Psicólogo.
7	23/12/05	Auxiliar de enfermagem; fornece medicação.
8	26/01/06	Psicólogo.
9	10/02/06	Auxiliar de enfermagem fornece medicação.

Foram sete meses de acompanhamento no CAPS até o encaminhamento para o ambulatório de psicologia e psiquiatria, em janeiro e fevereiro de 2006, respectivamente. O encaminhamento para a psicologia havia sido feito meses antes, mas a paciente demorou a aceitar o encaminhamento, e o psicólogo do CAPS ficou trabalhando neste sentido, havendo conversado sobre o caso com a psicóloga do ambulatório em mais de uma ocasião, em situações de Fórum de Saúde Mental. A paciente demora a aceitar o encaminhamento, segundo o psicólogo do serviço, porque o bairro do ambulatório ao qual havia sido encaminhada é o mesmo em que seu filho havia sido assassinado. O profissional relata seu trabalho com a paciente e o encaminhamento:

“(...) Mas também ela já tinha suas questões no trabalho comigo e aí foi para o ambulatório. E depois eu conversei com a psicóloga que a atende no ambulatório e ela deu continuidade (...) eu percebi, também que este contato que eu tive com a psicóloga que a atendeu no ambulatório, facilitou essa passagem, para as duas ‘transferências’. A gente discutia o caso enquanto ela estava no Grupo de Recepção do ambulatório, até que ela foi integrada ao serviço. (...) O contato com os profissionais de ambulatório, que começou no Fórum, o quanto isso facilita essa passagem... Eu não sei, eu acho que a gente constrói um caminho até subjetivo para esta transferência da transferência acontecer. (...) É, aí tem um caminho pra percorrer, não cria um fosso daqui [CAPS] até lá [ambulatório]”.
(psicólogo)

Profissionais comentam outras situações em que a passagem de casos foi feita em encontros do Fórum e como é importante esse “local de trocas” entre os profissionais de CAPS e de ambulatório. Um profissional afirma que, na sua opinião, “uma das funções do

Fórum é criar esta transferência de trabalho” (psicólogo que atende a filha da paciente em questão).

Um profissional aponta que esta paciente veio ao serviço porque já é referência de tratamento da sua filha. A situação é aproveitada para falar do caso da filha desta paciente, que outro psicólogo atende. Segundo o profissional, também não é avaliada como “caso de CAPS”, mas há enorme dificuldade de encaminhá-la para o ambulatório.

“O tal do perfil... eu acho que são duas neuróticas... com um diagnóstico da situação bastante pesado, são perdas sucessivas, uma atrás da outra; não é pra ficar aqui, é pra fazer uma passagem” (psicólogo que atende a filha).

“Mas é uma paciente que poderia perfeitamente ficar em ambulatório, as duas, com psicólogos com uma boa escuta; quer dizer, nenhuma das duas tem nenhum interesse em entrar em atividades no CAPS” (supervisora).

Na família destas duas pacientes, nos últimos dois anos, houve mortes (naturais e por assassinatos), o que dificulta a possibilidade de encaminhamento: “(...) cada vez eu ia fazer este encaminhamento, morria uma pessoa” (psicólogo que atende a filha). A discussão gira em torno de que esta dificuldade de encaminhar a filha é dada pela “transferência” que a paciente fez com o psicólogo do serviço, dificultando o encaminhamento com os problemas de perda real por morte dos familiares, mas todos concordam que é um caso que ficaria bem no ambulatório, e que ela está em “regime” ambulatorial no CAPS. A discussão continua sobre a filha da paciente encaminhada e gira em torno de como trabalhar com a paciente esta ida ao ambulatório e em que momento.

“[este caso] É bom porque tem uma discussão de encaminhamento e da rede; quer dizer, é uma pessoa que não precisaria sequer ser encaminhada se pudesse ser absorvida pela rede [no ambulatório desde o início]. E uma vez estando aqui, tem a questão do tratamento, qual é o momento do encaminhamento para o caso não ruir, para todo o trabalho não ser jogado fora; então é uma questão importante” (supervisora).

Devemos observar, neste caso, que embora tenha sido acolhida por profissionais da enfermagem, durante estes sete meses a paciente foi atendida pela dupla psiquiatra-

psicólogo. O enfermeiro que acolheu participa apenas do agenciamento da consulta com o psiquiatra. E mais importante ainda a ser observado neste caso é que se, por um acaso, o psicólogo que atendeu esta paciente não estivesse na reunião em que houve esta discussão, nós jamais saberíamos que a paciente foi atendida nove vezes pelo psicólogo e nem como foi realizado o encaminhamento desta paciente. Pois só havia dois relatos de atendimento deste psicólogo ao longo dos sete meses e os relatos em relação ao encaminhamento só diziam da decisão de encaminhar, não havendo nenhuma referência sobre a passagem do caso, por exemplo.

A psiquiatra que a havia atendido não estava mais trabalhando no CAPS na época da pesquisa, o enfermeiro que realizou o acolhimento só participa da reunião de equipe uma vez por mês (não estando presente) e nenhuma das auxiliares de enfermagem envolvida estava nesta reunião. Este caso traz novamente a questão da importância do registro de atendimento em prontuário e da qualidade do relato, assim como a participação dos profissionais na reunião.

6.1.6. Caso 6

Uma senhora de 50 anos é trazida pela ambulância do PSF, acompanhada pelo seu filho. Ela é casada, costureira e moradora de Inhoaíba. Seu primeiro atendimento em saúde mental foi no final de semana anterior, quando esteve na emergência do Hospital Estadual Pedro II (HEPII), no bairro de Santa Cruz.

O acolhimento no CAPS foi feito por um auxiliar de enfermagem, no dia 26/07/06, que no segundo momento chamou o psiquiatra para avaliar a paciente. Os dois profissionais relatam o caso na reunião, recheado de dúvidas, com interpretações sobre como o caso chegou ao PSF, sendo que a paciente estava com um encaminhamento do HEPII para um ambulatório de psiquiatria. Segue o relato do caso e as discussões em equipe.

“Paciente vem de ambulância do PSF, [conta] que nunca teve nenhum tipo de crise, mas que passou por um problema pessoal, de família, por causa da própria filha. Ela tinha um problema de angústia, de muito carinho perante os filhos, e essa filha passou por um problema, ela não conseguiu acompanhar e teve uma crise em que foi internada no Pedro II [HEPII] (...) Ela começou a ficar agressiva, desta agressão eles não conseguiram resolver de sexta pra sábado, a família levou para o Pedro II de Santa Cruz, e lá ela foi

medicada com Diazepan, ficou de sábado para domingo e encaminharam-na para o ambulatório. Chegando aqui de ambulância, ela respondeu todos os sinais que a gente poderia perguntar, endereço, idade, disse o que ela passou. Foi a primeira crise, [quero] deixar isso bem claro. Aí o [psiquiatra] conversou com ela, que ela não era caso de CAPS” (auxiliar de enfermagem).

Depois de alguma discussão entre os dois profissionais que acolheram a paciente, com interferência de outros técnicos, fica descrito da seguinte forma: ela esteve na emergência do HEPII em Santa Cruz, ficou em observação por 12h, foi medicada e teve alta com um encaminhamento para tratamento ambulatorial com psiquiatra. Quando os agentes comunitários foram na casa da paciente (os profissionais não sabem dizer se os agentes comunitários haviam ido por uma visita de rotina ou se foram chamados), acharam melhor colocá-la na ambulância e levá-la ao CAPS. A psicóloga desta equipe de PACS acompanhou a paciente na ida ao CAPS.

O psiquiatra considerou a necessidade de uma avaliação clínica para diagnóstico diferencial, “para descartar uma hipótese orgânica”, pois se tratava de uma primeira crise, já em idade avançada, sendo que não havia uso anterior de medicação psiquiátrica. O psiquiatra faz um encaminhamento para o Hospital Estadual Rocha Faria (HERF), em Campo Grande, solicitando investigação de causa orgânica.

A equipe discute se esta psicóloga “era mesmo” do PSF, chegando à conclusão que no bairro de moradia da paciente, há uma Organização Não Governamental (Ong) atuando com o PSF e que esta psicóloga é da Ong. O psiquiatra relata que orientou esta psicóloga quanto à importância de exames clínicos (tomografia, sangue, etc) para descartar causa orgânica, e que depois desta avaliação, ela poderia recorrer ao CAPS; mas, no caso de ausência de necessidade de tratamento psiquiátrico, a paciente deveria continuar sendo acompanhada pelo PSF.

Quando a equipe pergunta qual foi o desencadeador da “crise de agressividade”, os dois profissionais que a atenderam afirmam ter relação com “problema de família”, mas sem maiores informações. A agressividade teria se apresentado como “ameaças de se jogar pra cima do genro” e “arremessar objetos”. A equipe fica sem entender a gravidade do caso, no sentido de justificar uma ambulância, visto que a paciente estava orientada, andando e conversando adequadamente. Depois de um tempo de discussão entre os

profissionais, o psiquiatra comenta que a paciente talvez tivesse “pseudo-alucinações”, mas isto não ficara muito claro, apesar a insistência da supervisora em discutir o que a paciente apresentava. Segue o diálogo travado:

- “Quando eu avaliei, além de fazer alguns exames clínicos para descartar hipótese orgânica, tinha também essa hipótese de como tinha sido uma coisa familiar, ela melhorou, não estava mal quando chegou aqui; as alucinações, ela falava um pouco disso” (psiquiatra)
- “Mas então ela teve alucinações?” (supervisora).
- “Teve alucinação, mas parecia mais pseudo-alucinação do que alucinação verdadeira”.
- “Mas era o que, ela via, ouvia?” (supervisora).
- “Ela disse que ouvia, mandavam ela, mas não era uma coisa constante, ela não sabia definir isso” (psiquiatra).
- “Mandavam ela fazer o quê?” (supervisora).
- “Quando ela ia quebrar as coisas, estavam mandando ela tacar as coisas longe, ela falava um pouco disso, mas não insistia” (psiquiatra).
- “Ela falava que tinha vozes?” (supervisora).
- “Ela disse que tinha vozes, mas aí eu perguntei se era dentro da cabeça, se era fora, ela se confundia com o pensamento, ela não tinha muita certeza daquilo naquele momento, já tava um pouco mais se diluindo estes sintomas e não parecia uma alucinação verdadeira. Na verdade parecia uma coisa mais conseqüente a um problema familiar do que...” (psiquiatra).
- “Mas de qualquer forma ela estava obedecendo a um comando externo, ela não estava quebrando tudo porque ela estava com raiva” (supervisora).
- “É, mas não estava muito claro” (psiquiatra).

A questão de como a ambulância entra nesta história não fica esclarecida e os profissionais do acolhimento também não sabem explicar. “Pois é, o que eu não entendi é que se deram Diazepan e encaminharam para o ambulatório, porque que o PSF botou ela em uma ambulância” (supervisora). O psiquiatra esclarece que a internação foi clínica e não psiquiátrica, e diz que acha que “o PSF trouxe ela de ambulância mais por uma questão de interconsulta, mesmo, pra ver o que fazia, se tinha que ir pro ambulatório mesmo, se tinha que fazer alguma coisa...”.

A coordenadora do CAPS pergunta se quando a paciente esteve na emergência do HEPII foi avaliada pela equipe de saúde mental. Não se sabia, mas a coordenadora considera que se fosse “um caso mais grave eles [do HEPII] teriam encaminhado pro CAPS

e não para um ambulatório”. Os profissionais que a acolheram, nesse momento dizem que o diagnóstico no hospital deve ter sido “DNV” (Distúrbio Neurovegetativo), no que o psiquiatra esclarece que se trata da “histeria”.

“Não, pelo quadro, pela conduta deles, é o que elas fazem normalmente nestes casos, quer dizer, briga familiar, o paciente chega lá agitado, aí Diazepan, DNV, tanto é que não teve muito cuidado no encaminhamento” (psiquiatra).

Quanto ao encaminhamento para o ambulatório dado pelo hospital, os profissionais que realizaram o acolhimento achavam que a paciente e seus familiares ainda não haviam tentado. Também não se sabia se a paciente havia aceitado ou não o tal encaminhamento.

“É isso, pela idade dela, até porque no Rocha Faria tem uma equipe de saúde mental. E eu nem sei se ela foi pro ambulatório ou ficou no PSF, porque eu até falei [para a psicóloga do PSF] se nesta escuta não aparecesse a demanda pelo ambulatório que ela poderia perfeitamente ficar no PSF, não havia problema algum, não tinha nenhuma questão medicamentosa. E eu deixei à disposição, de ela recorrer aqui [no CAPS] novamente se precisasse saber alguma coisa sobre o caso dela” (psiquiatra).

Alguns profissionais contam situações em que os Postos de Saúde trazem para o CAPS de ambulância “pacientes histéricas”. Há comentários no sentido de que “eles tem medo” e que “este tipo de paciente incomoda” nas emergências, de modo que os profissionais se apressam para encaminhar.

“Paciente psiquiátrico, qualquer que seja o problema dele, quando chega na unidade clínica, ele cria um mal-estar, uma coisa em volta dele, de uma tal maneira que todos os recursos da unidade se mobilizam; se você [médico] não transfere paciente psiquiátrico de uma unidade clínica, eles [a equipe da unidade] ficam preocupados com você [o médico], vão perguntar se você está mentalmente são. Se você diz pra internar, mobiliza tudo, até helicóptero. Então, tem essa coisa de vir com a ambulância” (psiquiatra).

A discussão deste caso em equipe foi bastante confusa, com informações desencontradas e muitas suposições para preencher as lacunas. No final ainda se questionou se a ambulância não seria do HEPII, visto que o PSF não tem ambulância. Ficaremos sem saber. A equipe acaba concordando com o encaminhamento para o HERF, para avaliação do quadro clínico, mesmo observando que o percurso da paciente já incluía a origem em um hospital e que seria importante dar seguimento ao caso, no sentido de saber qual foi a avaliação do caso feito no hospital para o qual a paciente foi encaminhada pelo CAPS.

Um psicólogo pergunta claramente “se não é o caso de pedir para retornar, fazer esta avaliação e voltar aqui?”. O psiquiatra considera que a paciente será acompanhada pelo PSF, enquanto o auxiliar de enfermagem afirma: “A gente fez o encaminhamento, botou atrás direitinho a conduta, o porque que estava sendo encaminhada”.

Sem saber o desencadeador da “crise de agressividade”, se a paciente tinha ou não experiências de alucinações, com uma hipótese de etiologia orgânica, a paciente foi encaminhada para o hospital. Ao mesmo tempo há uma hipótese diagnóstica de “histeria”, não pelos sintomas necessariamente, mas pela conduta tomada no HEPII. Há ainda a suposição de o PSF é que vai acompanhá-la.

A preocupação em relação à necessidade de um retorno ao CAPS neste caso, após a avaliação orgânica no hospital, parece ter outra razão, além do seguimento do encaminhamento. Este hospital geral, ao qual a paciente foi encaminhada pelo CAPS, é conhecido na região por sua lotação e falta de assistência. Há histórias de mais de uma situação em que pacientes do próprio CAPS foram encaminhados em função de complicações clínicas e não chegaram a ser tratados ou avaliados.

O exemplo mais gritante foi quando o CAPS encaminhou uma paciente que estava bastante debilitada fisicamente, para avaliação no referido hospital. Ela passou uma noite em leito da emergência e foi liberada no dia seguinte. Ela não tinha familiar, vivia em situação muito precária, sua única referência era o CAPS. Profissionais do serviço entram em contato com a equipe de saúde mental do hospital para ter informações sobre a situação clínica da paciente, embora eles não tivessem visto o caso. O prontuário nunca foi encontrado. Pouco tempo depois, o CAPS leva a paciente de ambulância para internar neste mesmo hospital. A equipe de saúde mental a acompanha na internação. Dias depois, foi

feito o diagnóstico: infecção generalizada, provavelmente causada pelo vírus HIV. Ela morre alguns dias depois, na ala de emergência do hospital.

Portanto, o CAPS tem conhecimento da necessidade de informar a equipe de saúde mental do referido hospital, a fim de garantir, ou unir esforços, para que a avaliação seja realmente realizada.

6.1.7. Caso 7

Homem de 58 anos vai ao CAPS sozinho. Nascido no Estado do Rio de Janeiro, trabalhou como eletricista e atualmente está aposentado. Conta que foi aposentado por problemas psiquiátricos e que está em busca de laudo para fazer um passe-livre. Consta que nunca teve internação psiquiátrica. É acolhido por uma enfermeira no dia 28/04/06. Como a profissional que o acolheu não estava na reunião, a equipe lê o prontuário e comenta o caso. No PAM do paciente há um relato feito no dia do acolhimento, apresentado abaixo.

“Refere início do problema há alguns anos, quando trabalhava, com crise de agitação psicomotora, agressividade, devido o seu trabalho nos morros do Rio, para empresa de eletricidade. Muitas vezes ficava preso devido a tiroteio no local. Iniciou tratamento com psiquiatra particular e licenciou-se do trabalho e aposentou-se após, por problema psiquiátrico. Apresentou laudo médico 25/01/78 do Dr [nome], médico do trabalho referindo afastamento do trabalho devido a síndrome comicial, depressão ansiosa grave e personalidade esquizóide, incompatível com o exercício de suas funções dado o alto risco de atividade, eletricidade de rede. Reside em casa própria, com um casal de filhos (21 e 18 anos). Atualmente refere estar mais ou menos há oito anos [sem fazer] uso de medicação psiquiátrica e relata tranquilidade de vida apesar dos problemas sociais, pouco dinheiro. Nega uso de álcool, fumo e outros. Refere que evita aborrecimento para preservar o estado psicológico e veio até o CAPS com a intenção de conseguir laudo para entrada no passe-livre para ter mais liberdade de sair um pouco e refrescar a sua cabeça. O dinheiro é pouco e não dá para pagar a passagem. [nome do paciente] gostaria também de ser avaliado por um médico psiquiatra devido [ao fato de] não ter mais convênio e da dificuldade [de conseguir] o profissional na rede pública e [que] às vezes fica muito nervoso, qualquer coisa me irrita, disse ele. Será encaminhado ao ambulatório psiquiátrico” (relato escrito da enfermeira).

Ao ouvir o relato, os profissionais riem e comentam que “o trabalho dele é parecido com o nosso”, que o “dinheiro é muito pouco” e que seria “ótimo ter um passe-livre para sair por aí e refrescar a cabeça”.

Devemos observar que a profissional que o acolhe faz o que lhe foi pedido pelo paciente, fornecendo um encaminhamento para um atendimento com psiquiatra, para avaliação e, quem sabe, um laudo para o passe-livre.

Sobre o diagnóstico do médico em 1978, embora não estivesse entre aspas, a equipe acredita que foi copiado do laudo médico e não formulada pela enfermeira.

No relato do acolhimento há um pedido de retorno para o dia 02/05/06, uma semana após o primeiro atendimento, quando há registro de encaminhamento para o ambulatório de psiquiatria do PAM Lincoln de Freitas, em Santa Cruz. Este serviço, ao longo do primeiro semestre de 2006, contratou mais psiquiatras, para reordenar o atendimento psiquiátrico naquela área (AP 5.3).

Sobre o encaminhamento, os profissionais acreditam que na semana entre o acolhimento e o encaminhamento, a profissional deve ter feito contato com os serviços ambulatoriais de psiquiatria, não conseguindo na área e então tentado o bairro de Santa Cruz. Alguns profissionais afirmam que o paciente não vai conseguir esta consulta, pois o tal ambulatório está respeitando a regionalização e que a demanda de Santa Cruz já é imensa. Já outros profissionais contam que já conseguiram que pacientes da área de Inhoaíba fossem sim atendidos naquele serviço, “como exceção”. Mais uma vez, é explicitado a situação da rede, de falta de profissional psiquiatra.

A discussão aponta para a importância de saber se o encaminhamento foi concretizado ou não. Ao longo do debate, houve uma verdadeira disputa entre alguns profissionais que afirmavam ter conseguido consulta neste ambulatório de Santa Cruz como “exceção” e outros (psiquiatras que também trabalham naquele serviço) que afirmavam que isso não era possível: “vocês pensam que conseguiram”. Mais uma vez a importância do follow-up e novamente aparece que a equipe tem conhecimento da rede de saúde mental e busca alternativas para os encaminhamentos da psiquiatria ambulatorial.

A coordenadora reforça, mais uma vez, a importância de relatar toda a conduta, como, por exemplo, neste caso que tipo de contato foi feito com o Belizário Penna (se é que foi feito) e porque não foi encaminhado para lá.

6.1.8. Caso 8

Mulher de 49 anos, nascida em Minas Gerais, tendo estudado até a quarta série do primeiro grau, é casada e trabalhou como doméstica. Ela vem sozinha ao serviço. Na ficha de PAM é informado que ela veio encaminhada de um “Posto de Saúde do PSF”⁵⁹ e que nunca teve internação psiquiátrica. Foi acolhida por uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem, no dia 01/02/06. Como nenhuma das duas profissionais que realizaram o acolhimento estavam na reunião, outros técnicos leram o PAM. Segue o relato escrito e as discussões que ocorreram na apresentação do caso.

“[Nome] compareceu ao CAPS com relato de que há muito tempo anda nervosa, mais ou menos quatorze anos, e tomava chá. Relata ter tomado Diazepan, que seu médico receitava e que trocou por Rivotril®, que seu vizinho deu. Diz que toma para dormir. Relata ter sensações de loucura, sente vontade de quebrar as coisas, mas não faz. E sente sua carne tremer. Relata diabetes e hipertensão e problema hormonal que não sabe qual. É casada e tem cinco filhos. Mora com o marido e o filho caçula que é solteiro. Sua voz é rouca, ela diz que é por estar nervosa, pois demorou a encontrar o serviço. Realizado encaminhamento para o PS Edgar Magalhães Gomes, setor de Psicologia” (relato escrito pela enfermeira).

A equipe se pergunta qual é a queixa atual da paciente, pois só está escrito sobre sua queixa de quatorze anos atrás. A origem do encaminhamento está indicada como um Posto de Saúde de PSF. Como não está escrito no PAM fica-se sem saber qual foi a especialidade do profissional que a encaminhou ao CAPS e por qual motivo. Também não é informado onde ela recebia a receita de Diazepan, se naquela instituição de saúde ou em outra. Alguns profissionais supõem que deve ter sido o clínico geral do PSF que encaminhou para o CAPS. Também não se sabe o motivo da conduta do profissional do CAPS, de encaminhamento para um psicólogo ambulatorial.

Enfim, ficam faltando uma série de informações para a compreensão do caso, só restam os comentários: “a queixa dela é um nervoso há quatorze anos e ela toma chá”, e do

⁵⁹ Na área de abrangência do CAPS não há nenhum Posto de Saúde misto, com equipes do Programa de Saúde da Família. Todos os Postos de PSF são exclusivos do Programa, assim como os Postos de Saúde da região não compartilham a estrutura com o PSF.

psiquiatra que lamenta: “é típico de paciente: pede remédio pra gente e troca pelo do vizinho”.

6.1.9. Caso 9

Mulher de 55 anos vem ao serviço encaminhada pelo PSF Vilar Guanabara. Ela tem o primário, nasceu em Minas Gerais, é casada, trabalha como “acompanhante” e é aposentada pelo INSS. É moradora de Inhoaíba e diz que vem ao CAPS porque tem “depressão”. Foi acolhida por uma auxiliar de enfermagem em 13/06/06. Como a profissional que realizou o acolhimento não estava presente na reunião, o PAM foi lido por um técnico e comentado pela equipe.

“[nome] veio ao CAPS para consulta com o psiquiatra, precisa de receita para o Rivotril® de 2mg 1+0+1. Tem história de depressão, tem dois filhos, casada. Hoje, mora sozinha, relata que lembra muito da infância, porém esquece de coisas que aconteceram no dia anterior. Apresenta choros sem lágrimas; dizendo que teve uma infância difícil. Não consegue marcação de consulta nos postos de saúde, ambulatorial psiquiatria. Comunicado: [coordenadora do CAPS] orientou para o ambulatório. Qualquer dúvida, deixei os telefones do ambulatório” (relato do acolhimento, escrito pela auxiliar de enfermagem).

O primeiro comentário da equipe ao ouvir este relato é constatar que ela vem porque não consegue marcar consulta com psiquiatra no ambulatório e o que o CAPS faz é justamente encaminhá-la para o ambulatório. A supervisora pergunta se não haveria nada “intermediário” a ser feito neste caso.

Segue uma discussão sobre “fazer pressão na rede”, o que significa encaminhar os casos ao ambulatório mesmo sabendo da falta de vagas. A coordenadora diz que não é uma “pressão” simplesmente que se tem feito e lembra que o CAPS está tendo reuniões com a diretora do CMS Belizário Penna; lembra também que a questão da falta de psiquiatras tem sido tratada nos Fóruns.

Neste caso não está explicitado quem medica esta paciente, de onde vem a receita. A equipe supõe que os médicos do PSF estão medicando e encaminhando para o CAPS

para avaliação⁶⁰. Alguns ressaltam que também não se sabe há quanto tempo ela faz uso desta medicação.

O psiquiatra afirma que a maior parte da demanda do CAPS é por medicação, no que a supervisora afirma que parece que se trata sim de uma demanda grande por avaliação psiquiátrica, mas não necessariamente de medicação, como no caso discutido anteriormente, da mulher que veio de ambulância (o caso 6).

Mais uma vez, a equipe aponta que a clientela comumente considera tratamento como sinônimo de uso medicação, que isto é uma constante e que “é muito grave”. Afirmando que as pessoas buscam a medicação e não necessariamente o atendimento. A questão levantada por alguns é qual seria o papel do CAPS, no sentido de “desconstruir” isso, um trabalho de questionar o uso exclusivo de medicamento como tratamento. Neste caso, a questão de que o CAPS pode (ou não) iniciar um processo de ampliar o tratamento, para além da medicação, está também ligada às condições da rede:

“Mas e aí? Encaminha essa paciente pra psiquiatria pra dar a receita, ou conversa um pouco com ela e encaminha para o ambulatório de psicologia? Porque essa daí não vai ter nada: nem o remédio e nem uma escuta!” (supervisora).

Considerando que este processo implicaria em atendimentos “mais longos”, mais tempo dos profissionais do serviço, lembra a coordenadora que “só se for em um atendimento”. O psicólogo lembra do caso discutido anteriormente sobre a dificuldade de encaminhar depois de estabelecida a “transferência”.

Alguns profissionais comentam como fazem isto nos acolhimentos enquanto a coordenadora “defende” a auxiliar que fez o acolhimento do caso em discussão, afirmando que ela deve ter questionado sim o uso exclusivo da medicação, mas que não fez o relato:

⁶⁰ O que também havia sido suposto no caso 8. Neste mesmo dia, no turno da tarde, alguns profissionais conversam sobre esta situação (embora suposta) que o médico do PSF estivesse medicando com neurolépticos, e encaminhando para o CAPS, pedindo avaliação e/o acompanhamento do caso. É conversado entre os profissionais que seria interessante “descobrir” o que está acontecendo e fazer uma “parceria” com este profissional do PSF, no sentido de discutir o caso e fazer uma avaliação conjunta. Isto foi precipitado pelos casos sorteados na pesquisa, de que dos quatro encaminhamentos recebidos (dentre os cinco que iriam ser discutidos naquele dia, sendo que este era o quarto) três eram originários do PSF e dois já com medicações prescritas.

“Faltou talvez o tempo de relatar, porque ela fez [o acolhimento] sozinha, porque a [nome da profissional] faz um acolhimento muito legal e muito cuidadoso!”.

“Sim, eles vem pedindo a receita, a gente é que tem que fazer um esforço e dizer ‘vem cá, é só isso?’ Se é só isso vai buscar em outro lugar, mas se não é só isso, talvez tenham outras possibilidades. Não pra CAPS mas... É o que eu estou dizendo, também a gente tem que abrir uma demanda se a gente tem pra onde encaminhar. Agora é que a gente está tendo os psicólogos no ambulatório, porque antes nem isso tinha! Agora é que a gente está tendo alternativas” (supervisora).

Questiona-se mesmo se, neste caso, não haverá uma desassistência, caso não concretize o encaminhamento ao ambulatório de psiquiatria; quando um psiquiatra comenta ironicamente que se trata de “uma desmedicalização forçada”.

Neste caso aparece um elemento dado pela coordenadora de que, não sendo caso de CAPS, o “ponta-pé inicial” de um processo de “subjativar a demanda e desmedicalizar a queixa” pode ser feito, desde que em um atendimento! Novamente aparece a preocupação de não “inchar” o serviço com casos ambulatoriais e dar prioridade ao trabalho com os casos considerados mais graves.

A discussão deixa de ser sobre o papel do acolhimento em questionar o tipo de tratamento que o paciente vem seguindo, como baseado exclusivamente no uso da medicação, e passa a ocorrer uma certa “defesa”, por parte da coordenadora, de que os auxiliares de enfermagem “fazem sim” este procedimento. O debate termina com informações sobre a lotação atual dos psicólogos concursados em ambulatórios da região.

6.1.10. Caso 10

Mulher de 67 anos, casada, tendo o segundo grau completo, trabalhou como “apoio educacional” e hoje é aposentada. Ela é moradora da área de abrangência do serviço e vem sozinha ao CAPS, por demanda espontânea. Foi acolhida por uma enfermeira no dia 06/06/06. Como a profissional que realizou o acolhimento não estava na reunião, outros profissionais fazem a leitura do PAM e apresentam o caso, como segue abaixo.

“Refere que após os trinta anos de idade, sentiu-se mal, enfraquecida e sem força muscular, o corpo pinicava, dificuldade de deambular, insônia, hipertensão arterial, sentia vontade de desempenhar as suas tarefas, porém não tinha forças. Isso a deixava mais nervosa. Foi encaminhada a médico particular, Dr. [nome], em Campo Grande, sentindo-se melhor. Após tratou-se com Dra. [nome] e atualmente trata-se no PAM 13 de maio no centro do Rio de Janeiro, Cinelândia, em regime ambulatorial. Faz uso de Diazepan e Amitriptil®. Refere seu quadro psíquico desencadeou com a ausência de sua filha, aos dois anos, saiu com o pai e afastou-se dela. Reside com seu esposo e sua filha de 40 anos. Refere que gosta do atendimento e tratamento no PAM 13 de maio. Orientada a dar continuidade ao seu tratamento no referido serviço de saúde” (relato de acolhimento escrito, enfermeira).

A primeira coisa comentada pela equipe, com um certo alívio, é de que “pelo menos esta aí já tem psiquiatra”, dadas as condições da rede. A equipe tenta entender qual é a queixa atual da paciente, pois o desencadeador da saída da filha parece ter acontecido há trinta anos, sendo que não dá pra saber o que aconteceu; se, por exemplo, o pai da criança havia tirado a filha dela. Também não há nenhuma informação de como esta senhora viveu nos últimos trinta anos. A questão principal é: o que ela veio pedir no CAPS?

Os profissionais constroem uma hipótese: ela teve um “troço esquisito”, “um nervoso” há trinta anos, toma medicação desde então, continua com o seu psiquiatra no centro da cidade e veio dar uma “sondada” no CAPS, ela estaria tentando conseguir atendimento mais próximo de casa. A equipe acha que “regionalizar” o tratamento seria sim função do CAPS, mas tendo em conta a atual situação dos profissionais psiquiatras na rede, estaria adequada a conduta da profissional que a acolheu, de indicar que continue no PAM 13 de maio.

Mais uma vez, alguns profissionais passam a discutir sobre a medicação como forma exclusiva de tratamento, considerando que neste caso são trinta anos de uso de medicação sem outro recurso, questionando a tratamento oferecido ao longo deste período: “é um atendimento que não avança, é um atendimento pra oferecer medicação, sem tratamento. É possível ter remédio sem ter tratamento” (psicólogo).

Na discussão deste caso, assim como de outros, alguns profissionais destacam a questão do registro do atendimento, que não trouxe informações suficientes para a compreensão do motivo que trouxe o paciente ao serviço. Aproveitando o ensejo, a

coordenadora afirma que vai fazer um material que aponte os pontos principais que tem de ser abordado no acolhimento, “coisas que não podem faltar”.

Com este caso, um profissional observa que aparecem muitos acolhimentos de “mulheres e quase idosas”. É comentado que a equipe não tem como saber se isso realmente acontece e que um dos objetivos desta pesquisa é fazer um levantamento do perfil dos pacientes que procuram o serviço.

Segue abaixo um quadro para que possa ser visualizado o conjunto dos 10 casos encaminhados discutidos em equipe. As linhas representam os casos pelo número e as colunas: profissionais do acolhimento por categoria, origem do encaminhamento, número de atendimentos e tempo decorrente entre o acolhimento e o encaminhamento, destino do encaminhamento e, na última coluna, os motivos do encaminhamento que o CAPS realizou.

Tabela 3: Casos encaminhados pela equipe do CAPS Profeta Gentileza por: profissional, origem do encaminhamento, número de atendimentos, destino do encaminhamento e motivos do encaminhamento.

Caso	Profissional do acolhimento	Origem do encaminhamento	Número de atendimentos realizados e tempo entre o acolhimento e o encaminhamento	Destino do encaminhamento	Motivos atribuídos para o encaminhamento ao ambulatório
1	Psicólogo e psiquiatra	IPUB	1 atendimento.	CMS Belizário Penna (psiquiatria e psicologia)	Não ter internação anterior, “ficar bem no ambulatório”, “um caso de neurose e não de psicose”, adequação da área para continuidade do tratamento, “não-gravidade” por não estar em crise, “juízo crítico bem apresentado”.
2	Musicoterapeuta	Demanda espontânea (por indicação de conhecido que se trata no CAPS)	2 atendimentos. Cinco dias entre o acolhimento e o encaminhamento final.	CMS Belizário Penna (psiquiatria) e Posto de Saúde (psicologia)	Sem internação anterior, continuidade do tratamento com psiquiatra, regionalização do tratamento, continuidade do uso de medicação, ansiedade, “trabalhar suas questões” com psicólogo.
3	Dois auxiliares de enfermagem	Demanda espontânea	4 atendimentos. Três meses entre o acolhimento e o encaminhamento.	CAPS de São João de Meriti	Não há informação sobre o motivo do encaminhamento, apenas alusão a sintomatologia psicótica. Adequação do tratamento à área de moradia.
4	Um auxiliar de	Demanda espontânea	1 atendimento.	Ambulatório de neurologia	Referências à dor de cabeça, dificuldade de aprendizagem e

	enfermagem				esquecimentos.
5	Um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem	Demanda espontânea (trazida pela filha que é paciente do CAPS)	9 atendimentos (com psicólogo e psiquiatra). Sete meses entre o acolhimento e o encaminhamento.	Ambulatório de psiquiatria (CMS Belizário Penna) e de psicologia (Posto de Saúde de Cosmos)	Não há informação precisa, mas a descrição é um caso em sofrimento circunstancial por “luto”, com “perdas sucessivas”.
6	Auxiliar de enfermagem e médico	PSF	1 atendimento.	Hospital Estadual Rocha Faria (HERF) para avaliação clínica	Hipótese de etiologia orgânica. Sem tratamento anterior na psiquiatria.
7	Enfermeira	Demanda espontânea	2 atendimentos. Sete dias entre o acolhimento e o encaminhamento.	Ambulatório de psiquiatria (PAM Lincoln de Freitas, Santa Cruz)	Não há informação sobre a razão do encaminhamento, apenas o pedido do paciente por avaliação psiquiátrica e laudo médico para benefício.
8	Enfermeira e auxiliar de enfermagem	PSF	1	Ambulatório de Psicologia	“Nervoso”
9	Auxiliar de enfermagem	PSF	1	Ambulatório de Psiquiatria	Não há informação sobre o motivo do encaminhamento, apenas o pedido do paciente de consulta psiquiátrica e continuidade da medicação.
10	Enfermeira	Demanda espontânea	1	Orientada a permanecer no local de tratamento	Não há informações sobre os motivos do encaminhamento, apenas de que “gosta do tratamento atual”.

Através dessa tabela, podemos notar que: o acolhimento é feito em duplas de profissionais na metade das vezes; os enfermeiros participam de oito acolhimentos; a maioria dos pacientes foi encaminhada já no acolhimento e o destino principal do acolhimento é para profissionais “psi” (psiquiatria e psicologia). Também notamos a precariedade de informações sobre o motivo ou as razões dos encaminhamentos.

Ao longo das discussões em equipe foram apresentados os casos pelos profissionais, surgindo questões referentes especificamente aos usuários, mas também a tópicos que dizem respeito ao trabalho do CAPS como um todo e à rede de saúde da área.

É importante destacar que foram apontados pelos profissionais, ao longo das discussões de caso para a pesquisa, dois fatos importantes para equipe, que embora já conhecidos pelo conjunto dos profissionais causaram “espanto”: a ausência de muitos profissionais na reunião de equipe e a precariedade dos relatos de atendimento em PAMs e prontuários.

6.2. Casos matriculados

A seguir apresentaremos os quatro casos de pacientes matriculados, discutidos em equipe, para a pesquisa. Dois dentre estes foram sorteados para a pesquisa (casos 1 e 4). Um caso foi indicado por profissionais para ser incluído na pesquisa por tratar de “questões do serviço” (caso 3). Um outro caso foi incluído pela pesquisadora por apresentar uma situação de interesse para a pesquisa (caso 2).

6.2.1. Caso 1

Homem de 52 anos, nascido no Espírito Santo, solteiro, vem ao serviço trazido pela irmã. Ele foi morador de rua durante 26 anos e a irmã recentemente o havia levado para casa. A irmã procurou tratamento no CAPS Pedro Pellegrino, em Campo Grande, onde foi indicado o CAPS Profeta Gentileza tendo em vista a abrangência do serviço.

O acolhimento foi realizado no dia 11/03/05 pela musicoterapeuta. A ficha de PAM informa os dados pessoais do paciente, inclusive que ele nunca trabalhou, mas deixa em branco as informações sobre se já teve internação psiquiátrica e se este seria o primeiro atendimento em saúde mental, assim como o nível de escolaridade. Na ficha, o motivo do atendimento é “irmã procura atendimento para paciente que foi morador de rua por 26 anos” e no espaço para escrever a conduta está escrito “matricular” (embora a data de matrícula seja 20/06/06, mais de um ano depois). Na reunião, a profissional de referência do paciente, a mesma que o acolheu no serviço, relata o caso e a assistente social participa com questões relativas ao benefício social. Abaixo apresentaremos a descrição da discussão do caso.

Quando chegou ao serviço o paciente falava muito pouco, “duas ou três palavras em um atendimento de uma hora”. A irmã se mostrava bastante preocupada em “como ficar com ele”, já que ela mora sozinha e trabalha fora de casa, não tendo outra pessoa para compartilhar os cuidados com o paciente. Nos primeiros atendimentos, a irmã conta que ele “não faz nada”, inclusive que “faz suas necessidades nas calças” e que tem de ser “mandado” para tomar banho e ir ao banheiro.

Durante todo o ano de 2005, seu tratamento no CAPS foi de ir ao serviço uma vez por mês, acompanhado da irmã, para o Grupo de Medicação, sob responsabilidade da dupla

psiquiatra e musicoterapeuta. Nestas ocasiões, ele falava “quase nada” e a irmã apresentava demandas de benefícios sociais para poder ficar com ele.

Ele viveu por um período curto com outra irmã, que acabou o “devolvendo” para esta irmã que o acompanha no tratamento. Como ela trabalha fora, acaba deixando ele sozinho no apartamento e houve situação em que ele “quebrou tudo em casa”, por não poder sair. Segundo a profissional que acompanha o caso, a irmã o tranca no apartamento para que ele “não vá para a rua”.

Ao longo deste período, ele melhorou no que tange aos seus cuidados pessoais, como ir ao banheiro e tomar banho, também “se comunica um pouco melhor”.

“(…) Praticamente o projeto dele não era um projeto: só vinha pro Grupo de Medicação. Só fazia isso: vinha aqui, pegava medicação; vinha com a irmã e ele falava muito pouco. O que a gente sabia, pra poder colher a história dele foi difícil, no sentido do tempo. Tinha uma rodada e nessa rodada a irmã falava muito, uma fala remetida sempre [sobre] a dificuldade de ela estar com ele” (musicoterapeuta).

Com o tratamento baseado apenas na medicação e com a alegação da irmã de que só poderia levá-lo ao serviço uma vez por mês, as profissionais que o acompanhavam no Grupo de Medicação, a psiquiatra e a musicoterapeuta, questionavam o seu tratamento no serviço.

“(…) uma vez conversando sobre ele, a gente chegou a pensar em encaminhá-lo para o ambulatório. Aquele movimento, que não era exatamente dele, era da irmã... era um movimento só de medicação. Ela vinha aqui pegar a medicação, ela queria que ele ficasse bem” (musicoterapeuta).

A técnica de referência conta que neste período havia um questionamento por parte das profissionais: a irmã queria apenas “um lugar pra ele ficar”, falava insistentemente no benefício e que “ela passou a buscar tratamento mesmo quando ele quebrou tudo em casa”. A partir desta colocação a supervisora afirma que “o CAPS não é creche”, mas que se o paciente está quebrando tudo em casa, se não seria o caso de ele vir mais ao serviço, pergunta. Essa discussão é permeada pela impossibilidade da irmã de trazê-lo ao serviço e

de questão acerca das ofertas que o serviço pode fazer para o tratamento deste paciente. A profissional afirma que a proposta atual de tratamento é que, com o dinheiro de um benefício social, a irmã poderia contratar um cuidador para o paciente, o que possibilitaria sua maior frequência ao CAPS, com ampliação do projeto terapêutico.

A profissional de referência conta que recentemente (ou seja, no final do primeiro semestre de 2006) propôs que ele participasse do Grupo de Musicoterapia com o objetivo de tentar novas abordagens com o paciente. Ela diz que ele “participa passivamente”, mas que passou a conversar “um pouco mais”. A partir de sua inserção nesta atividade, foi descoberto que ele trabalhou confeccionando sacolas de papelão e que passou a ser morador de rua após o falecimento da mãe. “Pela primeira vez eu vi alguma coisa aparecer” e a partir disso a profissional está construindo com ele uma proposta de participação na oficina de bazar.

Ao longo deste ano e meio que o paciente está no serviço, o caso passou pela assistente social com o objetivo de buscar algum benefício social que ajudasse a irmã a mantê-lo em casa. Para conseguir uma aposentadoria pelo INSS, o paciente teria de ser curatelado e a irmã não desejara isso, então, embora tenha sido feita uma tentativa neste sentido, sem a curatela não foi possível.

O paciente passou a maior parte do tempo em que esteve no serviço acompanhado somente pela musicoterapeuta. A psiquiatra que o atendia no Grupo de Medicação havia saído do serviço e o paciente só teve novo atendimento psiquiátrico recentemente (em outubro de 2006).

Com a tentativa recente da irmã de colocá-lo em um abrigo, a técnica de referência tentou fazer contato com esse abrigo para conhecer a instituição, apresentar o trabalho do CAPS e propor que ele viesse ao serviço. A profissional buscava garantir que “permitissem a saída”, considerando a hipótese de que ele teria um cuidador que “poderia trazer ele pro CAPS”.

O projeto atual que a profissional de referência está articulando com o paciente e sua irmã é de que ele tenha um cuidador para que possa permanecer na casa da irmã e vir ao CAPS com mais frequência, assim como ser acompanhado pelo cuidador em atividades fora de casa e do serviço.

Quando perguntamos sobre a razão de este paciente ter sido matriculado no serviço, a técnica de referência afirma ter sido pela situação social, em concordância com a assistente social, mas também menciona, pela primeira vez ao longo da discussão, um diagnóstico de esquizofrenia.

“Ele foi matriculado pela situação dele, social, de morador de rua durante tanto tempo, e porque nós, de uma certa forma refletimos... até porque diagnóstico de esquizofrenia... pra mim não era muito claro, eu às vezes me perguntava se ele não tinha uma demência, ou alguma doença de senilidade... ele tem também uma passagem... porque ele era alcolista, não é mais, até porque ele não tem oportunidade...” (musicoterapeuta)

“Ele foi matriculado porque é um relato de um caso grave, ele vivia na rua” (assistente social).

“É, foi pela questão social” (musicoterapeuta).

Diante destas colocações é perguntado pela supervisora se o paciente não passou por nenhuma avaliação neurológica, o que não foi feito. No prontuário há relato de uso anterior de Gadernal e Haldol, sendo que atualmente o paciente faz uso de Risperidona. O diagnóstico de esquizofrenia residual foi questionado brevemente pela técnica de referência, na fala citada acima, mas logo deixa de ter importância e a situação atual se sobrepõe.

A assistente social afirma que tem atendido a irmã do paciente, em relação à possibilidade de conseguir um benefício. Afirma que a irmã não quer realizar a curatela e que esta tem conversado com outros familiares para buscar uma solução. Informa que o paciente tem indicações claras para a LOAS.

O psiquiatra, tendo chegado recentemente ao serviço, atendeu pela primeira vez o paciente há uma semana e questiona as outras técnicas sobre o pedido da irmã em relação ao benefício. O psiquiatra observa o fato de que a irmã não falou em benefício no atendimento realizado por ele.

Neste momento, o paciente não tem vindo ao serviço porque a irmã está com um “trabalho fixo” de costureira e não está podendo trazê-lo. A equipe mantém a idéia de conseguir um benefício social para o paciente, na perspectiva de que a irmã possa contratar um cuidador que possa levá-lo ao CAPS.

6.2.2. Caso 2

Este caso não estava dentre os sorteados, mas foi incluído na pesquisa por estar relacionado a um ofício de uma outra instância em saúde em relação a um paciente que já tinha estado no serviço. Segue abaixo a descrição da discussão em equipe.

Em reunião, a coordenadora lê uma carta encaminhada pela CAP 5.2, advinda da Ouvidoria de Saúde, feita por vizinhos, pedindo providências para a situação de um senhor. A coordenadora começa a ler a carta como se fosse referente a uma pessoa que nunca tivesse vindo ao serviço, como um pedido da Ouvidoria de Saúde para articular assistência. Alguns técnicos reconhecem o nome do senhor, como sendo um paciente do CAPS, e o PAM é encontrado.

Alguns profissionais informam que este paciente tem vindo ao serviço eventualmente, que estão em contato com os familiares e que a situação “não é nada fácil”: colocou fogo na casa recentemente, tem tido comportamentos inadequados na rua, o que têm resultado em uma série de confusões. A equipe decide então “começar do começo”, iniciando a leitura do PAM.

Homem de 40 anos, solteiro, com ensino médio completo. Foi atendido pela primeira vez no serviço no dia 23/09/03, por um psicólogo. A ficha de PAM nos informa que ele tem “muitas internações psiquiátricas”, que os motivos do atendimento são “crises maníacas seguidas de agressividade física” e que ele veio encaminhado do CAPS Pedro Pellegrino, pela psiquiatra que o acompanhava e prescrevia suas medicações. No espaço reservado para a indicação da conduta, somos informados que o paciente será “atendido pela psiquiatra no CAPS Pedro Pellegrino e acompanhado no CAPS Profeta Gentileza em regime de convivência”. Segue abaixo o relato escrito do primeiro atendimento.

“Não conseguia concluir suas tarefas de trabalho, foi quando tirou sua licença de trabalho e nunca mais trabalhou com carteira assinada. Sempre foi muito apegado à sua mãe e a seu pai, ele diz. Por volta de 1983, sua mãe morre e [ele] inicia um processo ardoroso de internações psiquiátricas que duram um período médio de 15 anos. A irmã que mora com ele atualmente diz que quando [ele] está em crise fica paranóico, agressivo e diz que ela e seus filhos querem destruir sua vida. O ciclo de internações cessa quando [ele] vai à igreja que sua mãe freqüentava, em abril deste ano [2003]. Neste percurso de crises, queimou todos os seus documentos. Atualmente ele está tirando os documentos novamente. Diz que tem feito bicos e

não quer trabalhar novamente como farmacêutico. Tem comparecido aos atendimentos comigo esporadicamente, não cumprindo dias e horários, situação que parece típica de sua personalidade. Nos atendimentos ele conta sua história em seqüência, como se estivesse contando uma história. [Ele] está implicado em seu tratamento, disse que quer mudar a sua vida para melhor. Todo dinheiro que recebe dos bicos que faz, reparte com sua irmã. [Ele] foi encaminhado para o grupo de trabalho da Ong Henriquecer pela psiquiatra do CAPS Pedro Pellegrino. Clinicamente [ele] não me traz questões que configurem demanda de análise. Parece que tem me colocado na posição daquele que o acompanha, para os momentos em que não dá conta de uma irrupção emocional. A princípio parece estar no campo da psicose” (psicólogo)

A equipe fica surpresa com o histórico de internações psiquiátricas e constatam que “esse negócio de por fogo já vem de longe”. Nem os técnicos que tiveram contato com o paciente e os familiares sabiam disso.

Os profissionais que estão desde o início do serviço lembram que este paciente estava na “lista” de pacientes feita pela “equipe gentileza” ainda no CAPS Pedro Pellegrino, relacionando aqueles que deveriam ser transferidos de CAPS⁶¹. Naquele período, era prática comum deixar sob responsabilidade dos psiquiatras do CAPS Pedro Pellegrino a consulta médica dos pacientes de Inhoaíba, pois ainda não se tinha o profissional psiquiatra (e mesmo depois de ter o profissional, não havia medicação).

A equipe também se questiona sobre esta conduta inicial do caso e chega à conclusão de que “foi bem no início do serviço”, referido-se ao fato de muitos profissionais ainda não tinham experiência com pacientes psicóticos e afirmando que hoje a equipe já não tomaria tal conduta: “demanda de análise... não é bem assim. Esquece!” (supervisora).

O segundo relato no PAM é de 13/04/04. Uma auxiliar de enfermagem do CAPS faz contato telefônico com a casa do paciente, quando a irmã informa “ele está muito bem, não está fumando, nem parece mais o mesmo”. A profissional pede para que a irmã avise o paciente que o CAPS está querendo vê-lo, para que ele venha ao serviço.

O terceiro relato diz respeito à CPI (Comissão de Prontuários Incorretos), com anotação do dia 13/07/05. O psicólogo que o havia atendido no início entra em contato

⁶¹ Como descrito no capítulo “História e Contexto do CAPS Profeta Gentileza”, quando os profissionais de Inhoaíba ainda estavam trabalhando no CAPS de Campo Grande, foi feito um levantamento dos pacientes com moradia na área de abrangência de Inhoaíba, que, portanto, poderiam ser transferido de um serviço para o outro. Este levantamento foi feito com o auxílio de uma planilha com várias informações sobre 60 paciente.

telefônico e anota: “Paciente disse que está se sentindo bem e que não precisa se tratar. Está sem medicação. Peço para vir ao CAPS”.

A quarta anotação no PAM, em 29/11/05, diz respeito a um atendimento de um outro psicólogo, em situação em que o paciente foi ao serviço, como mostra a citação: “Paciente vem ao CAPS falar de ‘problemas familiares’ que o levam a ficar na rua, sem comida e sem lugar para dormir. Propus que ficasse no CAPS durante o dia e que viesse também amanhã. Dei umas mangas da árvore e um pão com manteiga”.

Há um quinto relato em prontuário, em 07/07/06, de uma auxiliar de enfermagem, dizendo que o paciente veio ao serviço procurando o psicólogo que o atendia e que ela teria orientado para voltar no dia seguinte, quando este profissional estaria no CAPS.

Em relato do dia 17/07/06, um terceiro psicólogo (ou seja, não aquele do acolhimento e nem o que havia atendido no final de 2005) relata sobre o telefonema que recebeu no serviço, do irmão do paciente. Este irmão trabalha como funcionário administrativo no CAPS de Santa Cruz. O irmão conta ao psicólogo que o paciente “está em crise, quebrando a casa e convivendo muito mal com os familiares, numa situação bastante crítica”. Informa que o paciente não está tomando a medicação, que esteve internado no Hospital Manfredini de onde fugiu. O irmão havia telefonado para o CAPS Pedro Pellegrino e, então, foi informado que o paciente era referido ao CAPS Profeta Gentileza.

O psicólogo informa ao irmão que naquele momento o paciente estava no serviço e que iria atendê-lo. Segue abaixo o relato feito em prontuário naquele dia e a fala do profissional em reunião.

“Durante o atendimento foi observado um quadro de muita agitação, não conseguia falar uma frase inteira, fez alguns desenhos e pronunciou *my life*. Perguntei sobre a sua vida, ele diz que sua vida anda muito difícil, que sua família o abandonou por conta de suas teimosias e mau comportamento. A família o deixou sozinho na casa. Antes moravam todos juntos. Os vizinhos reclamam, fazem ameaças. Também no dia de hoje, os vizinhos ligaram [para o serviço] solicitando atendimento para o caso. Depois do atendimento ele solicitou para tomar um banho no CAPS” (relato em prontuário, psicólogo).

“De fato ele estava bem sujo. Também participou da Oficina de Arte e Jardinagem. Falava muito, cantava algumas músicas, pedia

cigarro para todos os fumantes da oficina. Por volta das 12h, foi embora, disse que ia pra casa, que segundo ele é bem perto do CAPS” (psicólogo).

Este psicólogo conta que conheceu o paciente naquele dia. No período do tarde o irmão esteve no serviço e este profissional o atendeu. Ele diz que “a família não sabe mais o que fazer”, que o paciente “arruma muitos problemas na vizinhança, se colocando em risco, usando drogas no meio da rua”. A família suspeita que ele esteja fumando maconha e cheirando cocaína, e se preocupa com o seu “envolvimento com marginais”. Ao longo do atendimento, o irmão insiste na internação “urgente” do paciente. O psicólogo afirma que não descarta essa possibilidade, mas prefere “intensificar o contato do paciente com o serviço e tentar medicá-lo”, considerando que ele esteve no serviço, indo sozinho, e que deverá retornar no dia seguinte; apostando na hipótese de que recomece o uso da medicação e o tratamento no CAPS, sem que seja preciso internação imediata.

Após este atendimento, o psicólogo fez contato telefônico com o primeiro psicólogo que o atendeu e com a musicoterapeuta que também havia relatado no PAM do paciente, buscando articular os trabalhos para o dia seguinte.

A musicoterapeuta, então, relata que este paciente esteve em um Grupo de Musicoterapia “mas não conseguiu participar da oficina: ele não conseguiu nem permanecer na sala. Eu tive pouco contato com ele, mas me pareceu com um comportamento bem ansioso”. Ela relata como foi a situação daquele dia e o psicólogo (o terceiro a entrar no caso) conta que no dia em que ele esteve na Oficina de Jardinagem e que passou a manhã no serviço, “já chegou doidão”, se referindo a um possível uso de droga.

“Naquele dia ele estava com um comportamento bem maníaco, ele pegou a vassoura e saiu varrendo. Naquela época a gente estava sem faxina, o CAPS estava bem sujo, então na oficina a gente tinha um acordo de varrer a sala antes da atividade. Aí ele viu aquela coisa de varrer, nem deixou ninguém varrer, pegou a vassoura, varreu a sala e saiu varrendo... tava varrendo até o gramado... Aí eu falei que ele não precisava ficar fazendo isso e disse pra ele vir conhecer a oficina, mas ele continuou varrendo” (musicoterapeuta).

A profissional conta que continuou a oficina com os outros pacientes e que ele ficou bastante tempo no serviço naquele dia. Um psiquiatra conta que o atendeu neste dia, junto com o psicólogo que o havia acolhido (a seu pedido). Conta que lhe pareceu um quadro de mania e que o medicou, mas diz que não foi possível ficar em todo o atendimento, mas que o psicólogo combinou retorno do paciente para o dia seguinte. No prontuário está anotado que ele foi medicado no dia 24/07/06.

O psiquiatra o atendeu novamente no dia 28/09/06, junto com a irmã. Conta que ao longo do atendimento, “o paciente xingava o tempo todo”, foi medicado novamente e foi feito um acordo com a irmã de que ele deveria ir ao serviço no dia seguinte e que a irmã teria se comprometido a acompanhá-lo.

Neste momento da discussão, vários técnicos dizem que o paciente esteve no serviço mais vezes do que aponta os relatos em prontuário: que ele havia tido mais atendimentos com o psicólogo que o acolheu, que havia ficado na convivência alguns dias e até participado da nova Oficina de Expressão. O psiquiatra relata esta última inserção do paciente:

“Há umas duas semanas atrás ele veio na nossa oficina. Ele recitou poesia, uma música que ele tinha feito. Uma música até bonita! Ele disse que ele tinha feito a música, mas que o Roberto Carlos gravou a música. Escreveu um poema sobre crianças, bem bonito. Aí participou um pouco e aí saiu” (psiquiatra).

O terceiro psicólogo a entrar no caso tenta reconstituir as datas das situações em que o paciente esteve no serviço, localizando no prontuário uma anotação sua de agosto de 2006:

“Hoje [paciente] veio ao CAPS, estava muito sujo, largado. Tive a impressão de que ele estava drogado. Me solicitou seus remédios. Se recusou a participar da oficina de Arte e Jardinagem e comentou que oficina é para mecânicos. Depois se retirou do serviço, foi embora antes do atendimento que tínhamos combinado” (psicólogo).

Também há outra anotação no mês de agosto, sem identificação de quem escreveu, de que o paciente veio ao serviço acompanhado de sua irmã, que solicitava internação. Foi

feito o pedido para a Central de Ambulância, com o propósito de realizar a internação. Durante a reunião, a equipe supõe que a ambulância não veio e que não foi realizada a internação. Ao mesmo tempo, o primeiro psiquiatra comenta que em uma das vezes que o atendeu, ele estaria saindo de uma internação. A equipe não sabe que internação foi esta, quando e como ele foi internado. Há controvérsias sobre ele ter fugido ou ter tido alta hospitalar. Alguns comentam que o irmão do paciente conhece “o caminho” para realizar internações, já que é funcionário do CAPS de Santa Cruz, e que, talvez, tenha sido o irmão. Um psiquiatra comenta que para o irmão “é fácil internar, mas difícil trazer o paciente aqui”.

A equipe começa a discutir qual deve ser a conduta agora. Surgem algumas questões iniciais que devem ser respondidas: onde está o paciente afinal, em casa, internado ou na rua? O que o serviço pode oferecer ao paciente? Como trabalhar com a família no sentido de compartilhar a responsabilidade do tratamento com o serviço e entre os irmãos? Qual o contato que pode ser feito com os vizinhos?

Neste momento, surge ainda uma outra informação: o paciente teria se envolvido com a boca de fumo na rua em frente ao serviço (“o pessoal da pesada botou revólver na cabeça dele e disse pra ele não voltar mais”), e, portanto estaria ameaçado na região, não querendo mais vir ao CAPS. Com esta nova informação, a equipe cogita articular uma parceria com o CAPS Pedro Pellegrino (serviço em que o paciente se tratava anteriormente) para dar continuidade ao tratamento, caso o paciente não possa frequentar Inhoaíba. Ainda neste momento, alguns profissionais perguntam sobre como era o tratamento dele naquele serviço. Não se sabe e um técnico fica responsável por conversar com o outro serviço.

Alguns profissionais saem da reunião para fazer contatos telefônicos no sentido de buscar informações sobre a situação atual do paciente. O terceiro psicólogo a entrar no caso relata que teve contato com os vizinhos e que estes tem “alguma tolerância”, apesar de terem feito a queixa na Ouvidoria de Saúde, conta que “eles ficam muito assustados com fogo, gritos, a janela é quebrada, a porta não tem...”. A coordenadora ressalta que na carta da Ouvidoria de Saúde, de dois dias atrás, diz que ele está “sem comida, passando fome, sendo mal-tratado”. O psicólogo lembra que ele corre “riscos” pois “ele fica atravessando a Avenida Brasil, porque tem um amigo do outro lado. Ele fica sentado num sofá na beira da avenida, na oficina mecânica do amigo”.

Após alguns telefonemas fica esclarecido que o paciente está internado. A família havia levado o paciente para a casa da irmã, mas ele teria ficado “nervoso, e voltou para sua casa, ficou mostrando o pênis para os vizinhos e xingando todo mundo”. A família conseguiu internar e ele estaria na Clínica Humaitá. Então a equipe começa a traçar as condutas em três direções: acompanhar a internação do paciente, trabalhar com a família, fazer contato com os vizinhos.

Em relação ao acompanhamento da internação do **paciente**, a supervisora destaca o fato de que as internações anteriores não foram acompanhadas e que o que pode fazer diferença desta vez é a equipe começar a tratar do paciente ainda na internação. Que isto deve ser feito de maneira a “não sobrecarregar” os profissionais envolvidos, portanto que pode ser feito um “rodízio” de técnicos para que se consiga acompanhar a internação. Ressalta a importância de que os profissionais do CAPS façam uma “articulação” com a equipe da internação, no sentido de traçar uma conduta em comum. “É quando o paciente está internado que a gente tem que trabalhar mais também; é com ele e sobre ele; se não, não adianta” (supervisora).

O objetivo é “se aproximar” do paciente enquanto ele estiver internado, conhecê-lo melhor e avaliar o caso. Está claro para a equipe que ele vem ao serviço sozinho, mesmo que eventualmente, e que o que falta é mais trabalho da equipe, no sentido de trabalhar com o paciente, pois se chega à conclusão de que parece não ter se construído nenhum vínculo, que não houve “transferência”, que nenhum técnico “conseguiu nada com ele”, de que “não rolou nada”. Os profissionais falam que não houve investimento da equipe neste caso e que é preciso agora “retomar” o caso. Fica definido que o período de internação deve ser aproveitado para trabalhar com o paciente e construir com ele um projeto de tratamento no CAPS.

Em relação ao trabalho com **os familiares**, a equipe considera importante “dar suporte” ao irmão e conversar com a irmã, de maneira a articular os cuidados com o paciente. A equipe considera importante conhecer a história da família, lembrando que a irmã morava com o paciente e que saiu da casa, deixando-o sozinho.

“A gente tem que envolver a família, falar com o irmão, ver quem é essa irmã e falar ‘olha, a gente não tem condição de ficar com ele porque isso aqui não é um CAPS III, e mesmo se fosse ele não

iria ficar morando aqui. A gente pode recebê-lo aqui, pode fazer vd, acompanhar durante os dias’, mas acho que a gente tem que implicar um pouco a família. O que eles pensam em fazer? Não dá pra ficar morando em hospital!” (supervisora).

O irmão, que é funcionário do CAPS de Santa Cruz, falou para o psicólogo (aquele terceiro a entrar no caso) de que “está sozinho”, que a irmã não quer ajudar. A equipe traça estratégias para trabalhar com ambos os irmãos, no sentido de um “revezamento” possível entre eles para dar apoio ao paciente e acompanhar o tratamento no serviço. A idéia é começar a fazer uma “rede” de cuidados entre os familiares e com o CAPS.

Em relação ao contato com **os vizinhos** do paciente, a equipe decide que a visita domiciliar deve ser feita o quanto antes, mesmo com o paciente internado, para conversar com os vizinhos, considerando que foram eles que fizeram a denúncia na Ouvidoria de Saúde e que já haviam se mostrado preocupados em telefonema anterior ao serviço. A visita serviria para informar sobre a internação do paciente, conversar sobre a proposta de tratamento no CAPS e “ver como eles podem ajudar”.

Ao final desta discussão, nós perguntamos em relação à **matrícula**. Os profissionais ficam espantados e afirma-se que “não há questão, ele tem de ser matriculado”, e chamam atenção que este caso já passou pela CPI e “nem assim”; “já passou pela CPI e continuou incorreto!”, no sentido de que não foi efetuada a matrícula e de que o CAPS não acompanhou o paciente. Chamam atenção para a história do paciente com muitos episódios de internação e que só este fato já justificaria a matrícula. Então perguntamos o que aconteceu para ele não ter sido matriculado? A equipe faz longo silêncio. A supervisora dá a sua opinião:

“Eu tenho uma hipótese, como diriam os franceses: um problema de *pris en charge*! Ou seja, como ele some e não se trata... aí ele some e não se trata e a gente não matricula. Se ele vem e se trata, aí a gente considera que ele se trata e aí matricula. Acho que é uma coisa bem assim, só que a tomada de responsabilidade é: se ele é um paciente desta gravidade, matricula! Se ele se trata ou não... aí já é um segundo problema... Acho que a gente está um pouco... matriculando como um efeito do tratamento e não como algo *a priori*. A gente não gosta muito do *a priori*, mas a matrícula é um *a priori*, ele é um paciente para ser matriculado aqui e ponto. Se fugiu, sumiu, a gente não sabe onde está... Sumiu, internou, não sei o que,

dificuldades, a gente pode até pegar o caso e não dar conta do caso, isso tudo a gente está sujeito, mas ele é um matriculado. Eu tenho a impressão que acontece isso. No seminário dos PAMs a gente vai ver isso. Quer dizer, casos que não foram matriculados ali na hora, acabam ficando sem matrícula por isso, porque a gente perde mesmo... Isso é uma hipótese minha: a questão de tomada de responsabilidade; ou seja, matrícula e depois a gente vê se a gente dá conta ou não. A gente pode até não dar conta. A gente certamente não dá conta de um montão de casos. Mas é matriculado. Isso não pode estar em questão. Quer dizer, isso não pode estar ligado ao fato de a gente dar conta ou não do caso. Essa é uma avaliação minha, não sei...” (supervisora).

A equipe concorda com a supervisora e não traz diferentes hipóteses para o fato do paciente não ser matriculado. Nós perguntamos se a equipe acha que se a matrícula tivesse sido feita logo nos primeiros atendimentos, isto teria alterado o percurso do paciente nestes três anos. Um psiquiatra diz: “Eu acho que sim! Otimisticamente, eu acho que sim, que quando está matriculado a gente se responsabiliza mais pelo caso. Acho que quando a gente não matricula a responsabilidade fica na família”.

A coordenadora afirma que “ele tem que ser matriculado! Se a gente está acompanhando o caso, está trabalhando o caso, se é nosso...” A equipe define que será matriculado naquele mesmo dia. Em seguida um auxiliar de enfermagem comenta que “Tem uns que estão matriculados, que nem vêem...”, apontando que não necessariamente a matrícula garantiria o acompanhamento do caso. A coordenadora afirma que “é, tem vários casos assim”, e aproveita para dizer que tem casos sem acompanhamento do mesmo psicólogo que acolheu este paciente, dando relevo a um profissional especificamente.

A equipe comenta que para tratar deste caso serão necessárias “várias parcerias”, além da família e dos vizinhos, lamentam o fato de que não há PACS na área de moradia do paciente, afirmam que o carro para visita domiciliar deve ser exigido da CAP para cuidar deste caso e a assistente social (que também é a coordenadora) diz que vai tentar uma parceria com a SEMASI.

Neste caso o paciente vem pela primeira vez ao serviço em 2003, sendo que era acompanhado por outro serviço tipo CAPS, estava apenas mudando de local de tratamento. O segundo e o terceiro contato do serviço com o paciente são telefônicos, com convites para que este venha ao CAPS. Em novembro de 2005, ele vem ao serviço, é atendido por

um outro psicólogo (que não foi aquele que o acolheu), que conversa com ele, oferece alguma comida, pois se queixava de estar com fome, e pede para que venha no dia seguinte, em que o psicólogo que acolheu estaria no serviço. Em julho de 2006, ele retorna procurando o psicólogo que o acolheu e é orientado a voltar outro dia pela auxiliar de enfermagem.

Podemos recolher da discussão do caso em equipe que é a partir do meio do ano de 2006 que o paciente passa a vir mais vezes ao serviço, passando por pequenas incursões em atividades, por atendimentos com o psicólogo que o acolheu e com o psiquiatra, passa a ser medicado e ficar mais tempo no CAPS. Mas é só a partir da carta da Ouvidoria de Saúde que aparece o espanto da equipe em relação ao não acompanhamento do caso, assim como a decisão de matricular; mesmo considerando que o terceiro psicólogo a se envolver no caso já estivesse atendendo o paciente no serviço e conversando com o familiar no sentido de traçar o tratamento do paciente. Podemos dizer que estava havendo alguma *prise en charge* a partir de julho de 2006, mas sem envolvimento do conjunto da equipe. Esta retomada do caso, com a tomada de responsabilidade sobre o paciente, estava apenas com um profissional (o terceiro psicólogo a entrar no caso) que teve contato com o irmão e decidiu atender o paciente. O caso só foi compartilhado entre os profissionais da equipe a partir da chegada da carta da Ouvidoria, situação em que há a decisão de matricular o paciente.

Devemos considerar, ainda, que o psicólogo que acolheu o paciente não estava presente no dia da reunião, portanto não temos mais detalhes sobre a sua conduta. Ao longo da construção do caso houve vários comentários de “espanto” sobre a conduta da equipe, com a percepção coletiva de que o caso foi se agravando gradativamente.

Neste caso os critérios de ser “paciente de CAPS”, a partir do fato de ter **múltiplas internações**, se tratar de uma **psicose** e já ter tratamento num **CAPS anteriormente**, não foram suficiente no início de tratamento. Estes critérios só apareceram no dia da discussão em equipe, três anos após o paciente entrar no serviço. No início foi utilizado o critério da **demanda de tratamento por parte do paciente**.

Este caso poderia ter sido descrito aqui de maneira mais sucinta, mas a apresentação das etapas seguidas na discussão em equipe, com o somatório de informações desconstruídas e os comentários paulatinos dos profissionais, são relevantes neste trabalho

para tratar do processo de construção de um caso clínico e de definição de conduta, fazendo parte do **processo de trabalho dos profissionais**.

6.2.3. Caso 3

O caso descrito a seguir não estava dentre os sorteados, mas foi indicado como “o” típico paciente de CAPS. Foi por indicação de duas profissionais que este caso entrou na pesquisa, sendo que o caso seria discutido em reunião/supervisão porque teve uma internação recente que envolve “questões do serviço”; por isso a indicação de que deveria ser contemplado pela pesquisa. Segue abaixo a discussão em equipe.

Um rapaz de 23 anos, chega no CAPS em 30/03/05, com um encaminhamento do Hospital de Custódia Roberto Medeiros, com o pedido de “agilizar seus documentos e realizar atividades terapêuticas”. Ele havia tido uma briga na escola, situação em que “pegou faca” e também ameaçou vizinhos. Foi para a audiência no juizado, com o Dr. Ciro Darlan (Juizado da Infância e Juventude), “teve uma crise” e acabou quebrando computadores da sala do juizado, o que acarretou em um ano e dois meses de prisão-internação no Hospital de Custódia Roberto Medeiros. Ele chega no serviço com sua mãe, é acolhido por dois psicólogos, tendo sido matriculado em seguida.

Sua história é recheada de situações difíceis tendo passado a maior parte de sua vida entre instituições e a casa da mãe. Esteve na FEBEM, chegou a morar com mais de uma família diferente e viveu em abrigos. Já trabalhou como pescador, ganhando dinheiro em sinal de trânsito, vendeu doces pela cidade. Teve uma irmã que faleceu ainda bem criança, quando ele e esta irmã moravam na “casa de uma senhora”. Há um outro irmão que faleceu adulto, depois de passar anos vivendo na rua. O irmão que lhe resta é mais novo que ele, sendo que o paciente já ficou responsável por este irmão em situações de trabalho na rua.

O paciente havia contado uma situação em que, com quatorze anos, trabalhava como pescador e teve de levar o irmão mais novo. O dono do barco não deixou o irmão embarcar e este ficou na praia durante toda noite. Depois disso, o paciente decidiu não mais trabalhar com pescaria, para não deixar o irmão sozinho. Os profissionais contam que o paciente é “preocupado” com o irmão, faz referências concernentes ao que “pode

acontecer” a este irmão, assim como à sua mãe. Sempre que pôde, buscou fazer trabalhos para conseguir dinheiro e “ajudar” sua família.

O pai do paciente está em Minas Gerais, passou os últimos anos internado em um hospital psiquiátrico. A equipe não sabe ao certo a história deste pai, mas tem a impressão de que passou a vida quase inteira em situação de internação, com poucos momentos fora do hospital. Há alguns anos, provavelmente por processo de desmonte de manicômios em Minas Gerais, o pai “teve alta”. Sua irmã, tia do paciente, usa o dinheiro do “benefício” (não se sabe de que tipo) para pagar um “asilo de idosos”, onde o pai está vivendo atualmente.

O jovem paciente que vem ao CAPS já fez várias viagens a Minas Gerais. Chegou a se internar no mesmo hospital do pai, tentou morar com a tia, conseguiu trabalho na colheita de café, enfim, fez várias tentativas de ficar perto do pai.

A mãe, segundo a equipe, é uma pessoa difícil, “não ajuda muito”, às vezes consegue vir ao serviço e há dificuldade em conversar com ela, “ela pouco acrescenta”. Esta mulher vai contando paulatinamente aos profissionais coisas sobre a vida do filho, como o fato de que o irmão, que faleceu, que morou na rua muitos anos, seria filho do tio do paciente.

Ao longo do período em que o paciente está no serviço a mãe já foi convidada a participar do tratamento em momentos e formas diferentes, desde visitas domiciliares, atendimentos individuais, visitas conjuntas em situação de internação do paciente, até convocações mais enfáticas para participar da reunião de família no serviço e de que ela deveria vir ao CAPS pelo menos uma vez por semana. Inúteis convites, tentativas frustradas de inserção da mãe no serviço. Segundo as profissionais que acompanham o caso, nenhuma proposta modificou a participação da mãe no tratamento do filho. Na avaliação das profissionais, a mãe deixa o filho “largado, como sempre”, identificando um contínuo do comportamento materno na vida do paciente, desde sua infância, atribuído à situação de extrema pobreza e dificuldades pessoais da mãe e também de alguma limitação cognitiva.

“Deixa só eu falar da questão da mãe, que a gente julga que ela não investe no filho: isso não é de agora. Ele tem uma história desde a infância de abandono. Ele esteve na FEBEM, morou em

casas de outras famílias... e a mãe é uma pessoa muito empobrecida. Então, ele vive isso desde cedo. É uma vida toda dentro de instituições, uma vida toda institucionalizada. Quando ele vem aqui [no CAPS], com essa coisa desleixada da família, ele demanda o tempo inteiro um local pra ele ficar. Esse local que ele pede é internação, porque lá pelo menos ele tem comida, banho” (terapeuta ocupacional).

A participação que os profissionais esperam da mãe no tratamento do paciente vai além de ir ao serviço, mas inclui tarefas que poderiam melhorar não só a situação do paciente como dela própria, como, por exemplo, a retirada de documentação pessoal para dar início ao processo de solicitação de benefícios sociais. Como relata a técnica de referência do caso:

“A mãe trabalha e eu já coloquei a situação pra ela, de que na medida em que eles não agilizaram a certidão de nascimento que estava em Minas Gerais, ele não tem documento e o tal benefício que o [Hospital de Custódia] Roberto Medeiros encaminhou também não acontece. Então nada anda.” (musicoterapeuta).

A profissional que se tornou técnica de referência do caso, a musicoterapeuta, narra o **percurso do paciente no CAPS** com a classificação de “difícil adesão”, no sentido em que já foi feita uma série de propostas e mudanças em seu projeto terapêutico, mas que ele não “cumpre nenhuma”, quando consegue começar a participar de alguma atividade, “dura pouco tempo”. Ele diz que quer “pintar quadros”, e que “tem de ser tela mesmo”, ele aceita pouco os papéis e as tintas comuns. O serviço faz tentativas de conseguir esse material, sem sucesso.

Seu tratamento do serviço é feito com presença bastante irregular, ficando períodos sem aparecer no CAPS e com um uso irregular da medicação. Ele nem sempre fica na casa de sua mãe, às vezes é abrigado em igrejas, eventualmente fica também na casa da avó. Sua casa não tem telefone e o contato com a mãe é feito através de seu trabalho como faxineira em casas diferentes. As profissionais relatam que realizam visitas sempre que possível.

Neste um ano e meio que o paciente está referido ao serviço, já houve duas internações a partir do CAPS e mais duas em Minas Gerais, em situações que o paciente consegue dinheiro com um pastor de igreja evangélica e vai para Minas Gerais.

A primeira internação a partir do serviço foi no final do ano de 2005. No CAPS o paciente pedia para não ficar em casa e afirmava que queria ser internado. A equipe avaliou que ele poderia prescindir da internação psiquiátrica, mas que não estava conseguindo ficar em sua casa e trabalhou neste sentido: “a gente tentou alguns abrigos, uma série de alternativas pra que ele pudesse ficar fora de casa e que não caracterizasse internação, mas nada deu certo e aí acabou que ele teve de ir pro Nise [IMAS Nise da Silveira]”(terapeuta ocupacional).

Quando o paciente sai desta internação, tendo sido acompanhado por visitas hospitalares e com os profissionais do serviço trabalhando com mãe e filho no sentido de acordos diversos para o tratamento no CAPS, ele consegue dinheiro com o pastor e vai para Minas Gerais. A equipe realizou uma visita domiciliar, pois o paciente teve alta e não foi para o serviço no dia seguinte como combinado. Ao chegar lá, recebe a notícia da mãe de que ele havia ido para Minas Gerais. Nesta viagem foi internado pela tia e pela avó paterna. Ambas já deixaram claro que não podem recebê-lo. Nas duas ocasiões em que o paciente foi para Minas Gerais acabou sendo internado. Na última, no primeiro semestre de 2006, ele conseguiu trabalhar após a alta hospitalar, mas “entrou em crise” e largou a empreitada de colheita de café na metade do dia. Voltou para o Rio de Janeiro, foi ao CAPS levando uma prescrição medicamentosa de um médico do PSF da cidade de Bom Jesus de Itabapoã.

A segunda internação a partir do serviço, no segundo semestre de 2006, é o motivo para o caso ter sido discutido em supervisão. A equipe narra como estava sendo realizado o trabalho com ele e a situação que culminou na internação é apontada pela equipe como tendo relação com “questões do serviço”, pois não foi possível medicar o paciente na unidade, por mudanças de forma de trabalhar referentes especificamente aos psiquiatras e à sala de medicação. Segue a descrição da discussão em equipe, para o debate em torno desta internação.

Desde a chegada do paciente ao serviço, a questão de um “lugar para ficar” e de “pedidos de cuidado” são constantes, segundo o relato da equipe. Quando de sua chegada ao CAPS, estava vivendo com a mãe, o padrasto e o irmão, em uma casa de apenas um cômodo, em situação bastante precária. Nesta casa, ele vive brigas constantes com o padrasto, já tendo saído de casa várias vezes. Em algumas situações, ameaçou vizinhos e jogou pedras sobre os telhados de zinco. Ele faz pedidos constantes à equipe de morar em

abrigo para sair de casa. A questão do “**lugar**” deste paciente é discutida na equipe e é considerada como parte de sua história de vida, mas também de sua posição subjetiva. Seus pedidos de internação são interpretados pela equipe como “pedidos de cuidado”, atribuídos à história de vida do paciente. A supervisora vai além, apontando a questão do “lugar” como sendo algo que contempla sua posição subjetiva, a partir do diagnóstico de esquizofrenia.

O paciente diz que “aqui não tem tratamento”. Ele diz que “tratamento é remédio”, mas isso lhe é fornecido e seu uso é irregular. A equipe ressalta que ele já tem o esquema medicamentoso de seu agrado e que ele afirma que a “medicação diminui as vozes”. Segundo a técnica que o atende, “ele diz que elas atormentam, que xingam e dizem que vão matá-lo, mas ele não fala de receber ordens ou comando das vozes, só diz que se sente atormentado. (...) Ele é esquizofrênico, sim” (musicoterapeuta). A técnica de referência conta que em alguns períodos ele toma esta medicação, mas não consegue dar prosseguimento.

Na semana anterior a esta última e atual internação, ele esteve no CAPS, após um acordo com a mãe de que ela acompanharia o paciente uma vez por semana e que ele viria mais uma vez sozinho, sendo que a equipe coloca que esse foi o máximo de frequência que eles conseguiram combinar. A mãe realmente participou pela primeira vez do Grupo de Família. Nesta semana que antecede a internação, o paciente chegou a “pegar faca” dentro do serviço e a segurar um técnico. Também tentou tomar vários comprimidos de uma só vez, a tempo impedido pela auxiliar de enfermagem. A equipe conta os acontecimentos da semana.

As profissionais contam que ele tem uma “postura ameaçadora” quando quer alguma coisa que não consegue. Os profissionais atribuem este comportamento à sua história de vida em que “teve de se virar sozinho sempre”, e de que teve de se “defender nas ruas”.

“(…) tiveram diversos episódios de ameaça por parte dele, inclusive em um ele chegou a agredir fisicamente [um profissional]. Em dois dias ele apareceu com faca. No primeiro, parece que ele pegou uma faca aqui da nossa cozinha, uma faquinha sem ponta. Na segunda vez parece que ele já veio com a faca, uma de serra, de pão. A agressividade... Ele tem toda uma expressão de ameaça, só pelo

olhar, além da faca. Eu percebo isso como uma forma de defesa, que ele aprendeu ao longo dessa caminhada dele na vida, assim... na delinqüências, vamos dizer. Então ao mesmo tempo que ele é, digamos, um 'bebezão', que quer cuidado, que quer ser abrigado, que quer remédio no dia-a-dia, quando a gente vai de encontro a isso, o olhar dele, parece que ele vai avançar. Já avançou, e traz o concreto, que é faca. Então nessa história dele de ter de se virar na vida, ele usa de todos os meios" (terapeuta ocupacional).

"O que mostra uma boa inteligência pragmática pra um esquizofrênico. Ao mesmo tempo parece que quando ele não é atendido... ou quando a gente vai de encontro, ele fica feroz. Quando é que a coisa vira?" (supervisora).

Vários profissionais contam situações em que o paciente teve esta "postura". Em ocasiões em que o CAPS tem de fechar e ele tem de ir embora, fica "contrariado", diz que não tem como ir, embora tenha vindo com sua bicicleta, e algumas vezes os profissionais deram dinheiro para que ele fosse de ônibus e tiveram de "colocá-lo lá dentro". Também aconteceu em situações comuns em que ele pede internação e os profissionais "oferecem outras coisas".

"Neste dia que eu dei o dinheiro pra ele - até porque eu precisava ir embora - eu liguei pra mãe que estava trabalhando e ela disse que não poderia vir buscá-lo. Conversei com ele na tentativa de que ele fosse de bicicleta, como tinha vindo. Nada. Aí ele fica pedindo pra ligar pra mãe, depois pro irmão... O que a gente vai fazer com esses pedidos dele, de cuidados?" (psicólogo).

"Neste dia depois de várias tentativas, o que me chamou atenção é que ele pede pra ir pra casa da avó, na verdade em nenhum momento ele quer ir pra casa dele, é isso que chama atenção" (terapeuta ocupacional).

Sobre a situação da faca, ele mostrou para sua técnica de referência a faca na bermuda, dentro da sala em que estava sendo atendido. Ela pediu que ele lhe desse a faca, pois "não poderia ficar com ela", e ela entregou tranquilamente. No mesmo dia, insistiu no pedido de internação enquanto a equipe estava buscando encontrar uma maneira de medicá-lo, já que ele estava sem usar nenhum medicamento e estes fazem efeito no sentido de "acalmar as vozes".

Enquanto se buscavam estratégias para medicá-lo, já que não havia nenhum psiquiatra no serviço e a sala de medicação estava fechada, por uma decisão recente em

equipe (esta é a “situação do serviço”), ele segurou um psicólogo, levantando-o do chão. A sua técnica de referência interveio e ele se acalmou. A equipe discute como manejar o paciente nestas situações e conclui que “ele dá a dica da sua virada furiosa” e que os profissionais sabem reconhecer este momento, não sendo necessário “segurá-lo” fisicamente. A equipe comenta que a atuação da técnica de referência foi muito adequada e que surtiu o efeito desejado. A discussão segue ressaltando o fato de que é importante “estar atento” e que a equipe tem “recursos” para lidar com ele, a partir de uma “relação de confiança”, indicada pela supervisora.

A equipe considera que a atitude do paciente foi excepcional e teria partido de uma sugestão de um familiar de outra paciente, em conversa na sala do CAPS, que teria dito que se ele quisesse ser internado era só “sair aprontando, quebrando tudo”.

A equipe discute sobre como conduzir o caso, na medida em que ele vem ao serviço e usa medicação de maneira irregular, pede constantemente internação e muitas vezes não aceita as propostas feitas no CAPS. Alguns profissionais consideram que o seu pedido de tratamento equivale ao pedido de abrigo. Ao longo da discussão, vai se traçando uma maneira de ir “ampliando” o que pode ser entendido como tratamento pelo paciente, como, por exemplo, tomar a medicação no serviço todos os dias, já que ele considera que a medicação é tratamento, tentar com que ele faça mais vínculos com outros profissionais e que isso não precisa acontecer necessariamente nas oficinas.

É apontado pela supervisora que um esquizofrênico com sua história de institucionalização não vai necessariamente “cumprir o projeto”, nem dias e horários, e que, portanto, a equipe tem que trabalhar com ele sempre que ele for ao serviço, independente do agendamento. É apontado também que aquilo que o serviço está oferecendo a este paciente não está sendo reconhecido por ele como tratamento, então se deve trabalhar nesta linha, “próximo ao paciente”, para delinear uma maneira de tratá-lo.

“Nesse dia [da internação], ele ficou muito tempo aqui, comeu manga, recitou versos... tudo. A gente pediu a ambulância para ir no HERF, aí de lá é que rolou a internação. Ainda demos muita volta, ele foi conversando na ambulância comigo... comentando sobre os lugares e comendo manga até lá. Acho que eu consegui me aproximar mais, ele estava tranquilo. E de uma certa forma, a gente atendeu a demanda dele [que era de internação]” (musicoterapeuta).

“Ele identificou aquilo como ‘estão tratando de mim’. Então, ser tratado não é só internação. (...) Quando você pediu a faca ele deu, ele considerou que estava sendo tratado, se não ele não tinha dado a faca e tinha dito ‘quero tratamento’. Eu acho que nada que seja indicação pra ele, ele vai cumprir. Ele já deu um show de ‘a gente propõe e ele não vem’. Ele tem que dar a dica, a gente sustenta a dica que ele deu, não cumpriu hoje, talvez cumpra amanhã, como na situação da tela [para pintura]. E ele não pode ficar muito tempo sem medicação, também. Vamos somando, a gente não pode ficar contrariando ele simplesmente, vocês já entenderam e já estão fazendo de outro jeito. Tá longe do que a gente quer, mas a gente vai ter que ir por aí. Eu acho que a gente vai ter que atender as urgências dele pontualmente. Apareceu a gente trabalha. ‘Secretariar’ [o paciente] e abrir mão da expectativa dele cumprir as coisas. Uma postura de que ‘ele sabe do tratamento melhor do que a gente’. Inverter aí. Acho que vocês tem pra lá de condições” (supervisora).

A equipe discute que poderia ter sido dado a medicação no serviço e que talvez com isso não fosse necessária a internação, remetendo à decisão sobre o fechamento da sala de medicação, como algo da organização do serviço que deveria ser revista, mas a discussão volta para o paciente.

A profissional que o acompanha conta que o médico do hospital considerou mais seguro realizar a internação naquele momento, tendo em vista que não haveria garantia de que ele voltasse ao serviço no dia seguinte, interrompendo mais uma vez o uso de medicação. A conduta definida na equipe é de aproveitar a internação para tentar inserir o uso do haldol decanoato, para atender a mãe, no sentido de sua crescente participação no tratamento e buscar realizar visitas hospitalares ao paciente.

Quanto ao porque deste paciente ter sido matriculado, a equipe diz que é “pelo quadro dele, social, por ser esquizofrênico, com toda essa história de vida” (musicoterapeuta), “é um caso que a gente tem que acolher no CAPS mesmo!” (terapeuta ocupacional), “este está bem claro!” (assistente social), “ele é ‘o’ paciente de CAPS; este é típico; é aquela velha resposta: ele tem perfil de CAPS” (psicólogo).

Este caso foi incluído na pesquisa por indicação de profissionais, por levantar uma “questão do serviço”, que seria a mudança recentemente ocorrida em relação ao trabalho dos psiquiatras e da sala de medicação. Este assunto chegou a ser tocado na reunião, mas sem desenvolvimento, tendo sido dada relevância para a discussão do caso e definição de conduta.

6.2.4. Caso 4

A filha de um senhor de 57 anos procurou o serviço no dia 07/07/06 pedindo ajuda para o seu pai. A ficha de PAM nos informa que ele tem segundo grau completo, é separado, trabalhou na TELERJ e está aposentado. Mora sozinho em bairro da abrangência do serviço e a filha ficou sabendo do CAPS por um conhecido. Ele já teve internações psiquiátricas e a filha traz laudo médico com diagnóstico F 20. Foi acolhida pelo psiquiatra. A seguir, o profissional descreve o acolhimento, a partir de da leitura de seu relato.

“A filha vem buscar atendimento porque o pai está muito agressivo. Ela relata que lembra desde sua infância de o pai ser muito agressivo. Recentemente ele vem desconhecendo as pessoas, tem comportamento inadequado, joga pedra na casa do vizinho e tem isolado-se. Teve internações psiquiátricas, mais ou menos 3, mostra laudos com diagnóstico F 20. Agride qualquer um que chega na casa dele. Proponho que o filho, que tem mais acesso a ele, venha conversar com a assistente social durante a semana, para discutirmos a conduta. Discutir em reunião” (psiquiatra).

O profissional conta que no atendimento da filha pareceu um “caso grave”, pelo menos naquele momento, com situações de agressividade para com os familiares, situação de isolamento e por estar sem tratamento psiquiátrico, tendo histórico de internações. Na conversa com a filha fica claro para o profissional que ele não aceitaria vir a serviço, tendo em vista que os filhos já haviam tentado oferecer atendimento médico e este recusou.

O psiquiatra pede para assistente social participar do caso. Esta entra em contato telefônico com a filha, no dia 13/07/06, e combina que os dois filhos do paciente irão ao serviço na semana seguinte para “discutir tentativa de ajuda, pois ele não está aceitando nada, somente o filho consegue entrar na casa, mas não consegue trazê-lo ao serviço”.

No dia 03/08/06, o filho do paciente vai ao serviço, conversa com o psiquiatra. Conta que o pai está “muito irritado, agressivo, briga com os vizinhos” e que tem sido agressivo com ele também, impedindo-o de entrar na casa. Filho e psiquiatra combinam uma visita domiciliar para o dia seguinte, com a perspectiva de tentar abordar o paciente e contando com a possibilidade de aplicar haldol decanoato, visto que é uma medicação da

qual o paciente já fizera uso. Mas no dia seguinte o filho não vai ao serviço. O psiquiatra telefona e combina com o filho uma nova tentativa para a próxima semana.

Duas semanas depois, os filhos telefonam muito assustados com a situação do pai. Não havia carro para visita domiciliar e o psiquiatra chama os bombeiros que levam o paciente ao serviço. A ida do paciente ao serviço é relatada abaixo:

“Ele estava muito agressivo, eu chamei os bombeiros pra trazer ele aqui, quando eles chegaram, ele já estava mais calmo. Aceitou tranqüilamente entrar no carro dos bombeiros e veio pro CAPS. Essa foi a única vez que ele veio no CAPS. A gente conversou bastante, ele evitava falar sobre alguns assuntos, dizendo ‘isso é assunto familiar, não quero falar sobre isso’, que era quando os filhos diziam pra ele que era esse o problema, que ele não deixava mais que os filhos entrassem em casa. Ele disse que ela não era mais sua filha, porque ela casou. (...) Neste dia no serviço, ele foi medicado, aceitou o haldol decanoato” (psiquiatra).

Na ida do paciente ao serviço, ele se queixava de que havia perdido sua aposentadoria e os profissionais tentaram oferecer “ajuda” neste sentido, como uma estratégia para que o paciente se vinculasse ao serviço e ao tratamento, mas ele não aceitou, como mostra a passagem abaixo.

“A gente chegou a tentar o negócio da pensão, que ele diz que perdeu, mas ninguém sabe o que aconteceu. A [assistente social] tentou conversar com ele, ele disse que não quer resolver isso aqui no CAPS, disse que isso é coisa dele e não quer que as pessoas se metam nisso” (psiquiatra).

A partir desta intervenção, os filhos tem ido ao serviço semanalmente para conversar com o psiquiatra e a assistente social, no sentido de acompanhar o caso e traçar estratégias conjuntas. O psiquiatra conseguiu fazer três visitas domiciliares, desde então e conta que o paciente tem sido cada vez mais “receptivo” também à sua presença.

“Os filhos acharam que ele está muito mais receptivo, principalmente com a filha, ela passou a conseguir ir na casa dele sem o irmão. Está indo na casa dele, conversando, levando presente. Isso tem três meses e ele continua receptivo com a filha” (psiquiatra)

A proposta dos profissionais envolvidos no caso é continuar o acompanhamento por visitas domiciliares, assim como continuar trabalhando em conjunto com os filhos do paciente. Há a expectativa de que, com a melhora do quadro, a partir do uso regular da medicação e do vínculo com os profissionais, o paciente possa passar a ir ao serviço.

A seguir, para visualizar os 4 casos matriculados pela equipe do CAPS Profeta Gentileza, temos um quadro:

Tabela 4: Casos matriculados pela equipe do CAPS Profeta Gentileza por: profissional, período entre a data do acolhimento e da matrícula, técnico de referência e motivos da matrícula.

Caso	Profissional acolhimento	Data acolhimento e data de matrícula (tempo)	Técnico de Referência	Motivos para matricular
1	Musicoterapeuta	Um ano e três meses.	Musicoterapeuta	“Caso grave”, por ter sido morador de rua, pela “situação social”, diagnóstico de esquizofrenia.
2	Psicólogo	Três anos e um mês.	Psicólogo (o terceiro, não aquele que acolheu)	Múltiplas internações, diagnóstico de psicose, situações de “risco”.
3	Psicólogo Psicólogo	30/03/05 (matriculado em seguida, mas sem data)	Musicoterapeuta	Diagnóstico de esquizofrenia, internações anteriores e situação social grave.
4	Psiquiatra	Um dia	Psiquiatra	Diagnóstico de psicose, história de internações psiquiátricas, situação atual de isolamento e agressividade.

Capítulo 7– Acesso e Acompanhamento na Atenção Psicossocial: análise do estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza

O que dizer desse conjunto de atendimentos realizados no CAPS Profeta Gentileza? O que podemos pensar acerca da atenção psicossocial operada nesse serviço tendo em vista a descrição das discussões de casos em equipe? Será que os números acerca dos usuários encaminhados e matriculados acrescentam informações relevantes à análise? Essas e outras perguntas guiam este último capítulo, no sentido de compreender os dados qualitativos e quantitativos apresentados anteriormente. Vale ressaltar que a produção de um conhecimento acerca desses dados leva em conta as informações sobre a história e contexto do serviço, sua trajetória de implantação em meio ao conjunto de instituições estatais e da sociedade civil que compõe sua área programática.

Como vimos anteriormente, a estratégia para conduzir o exercício avaliativo no CAPS Profeta Gentileza foi investigar o acesso da população local ao serviço, privilegiando o modo pelo qual ele se dá, ou seja, o **acolhimento** ao sofrimento psíquico. Assim, necessariamente a análise a seguir será guiada por esse eixo: acesso e acolhimento ao sofrimento psíquico. Por outro lado, o que surge nas discussões em equipe diz respeito ao **acompanhamento** da população adscrita ao serviço, ao desafio de seguir a trajetória de vida de usuários, sejam eles encaminhados ou matriculados. Assim, agregado ao eixo relativo ao acesso e ao acolhimento, temos um segundo eixo que diz respeito ao seguimento e acompanhamento da trajetória de vida.

Esses eixos não são nenhuma novidade para os estudos de avaliação de serviços de saúde, nem mesmo para as pesquisas no campo da saúde mental. Como apresentado no primeiro capítulo, Donabedian já levantava a necessidade de pensar em **acessibilidade** e continuidade quando o foco da pesquisa avaliativa está no **processo**, mais do que na estrutura ou resultado de um serviço de saúde. Assim como o acompanhamento e a continuidade do tratamento na saúde mental já estavam apontados por Goldberg (1996). O que procuramos destacar não é a presença ou não de acesso e acompanhamento, mas o **modo** pelo qual a equipe acolhe, encaminha e acompanha aqueles que a procuram, ou seja, mais do que sinalizar o alcance de uma meta, trata-se de mostrar **como** é que ela é alcançada. Nossa investigação tem em conta principalmente o processo de trabalho, assim

como os valores que os profissionais atribuem às suas práticas, aquilo que para eles emerge como indicador de qualidade.

Desta maneira, guiados pelos eixos acesso e acompanhamento, poderemos perceber como é que a equipe do CAPS Profeta Gentileza acolhe o sofrimento psíquico e acompanha a trajetória de vida daqueles que procuram atendimento nesse serviço, buscando quais são as implicações para a assistência do modo como a equipe efetua o seu trabalho. O que é de fundamental importância para esse processo avaliativo é considerar aquilo que os profissionais apontam como “bom cuidado”, os seus “indicadores”, fazendo emergir da literatura do campo da saúde mental as concepções de “desmedicalização da queixa e subjetivação da demanda” (Tenório, 1999), “autonomia” (Tykanori, 1996) e “acompanhamento” (Goldberg, 1996), indicadores acadêmicos como a integração da rede de serviços (Cavalcanti, 2005), do mesmo modo que alguns dos indicadores, critérios e taxas governamentais, epidemiológicos e acadêmicos, tais como adesão do familiar.

Após o “passeio” pelos indicadores como modo de lidar com as críticas de Barreto (2005), sobre a tendência da área de avaliação de serviços de saúde mental de proceder a uma “corrida aos indicadores” sem questionar a base objetivista e universalista dessa busca, esperamos ter fornecido um guia para as análises que virão em seguida, sem com isso tentar verificar sua “presença” ou “ausência” na atenção psicossocial e, portanto, sem tornar autonomia e integração da rede de serviços uma norma: pretende-se ressaltar justamente sua **dimensão processual**.

Para proceder a considerações de cunho avaliativo sobre o estudo de caso realizado sobre o CAPS Profeta Gentileza, vamos apresentar, a seguir, a discussão do que foi encontrado a partir de tópicos: 1) Acesso e perfil da demanda; 2) Acolhimento; 3) Acompanhamento; 4) Utilização do serviço; 5) Critérios para o encaminhamento e para a matrícula; 6) A rede de Saúde Mental; 7) Participação dos profissionais na reunião/supervisão de equipe; 8) Os registros.

Estes itens se referem a agrupamentos dos elementos que foram encontrados ao longo da realização do estudo de caso, tanto a partir da historicidade e contexto deste serviço, como das discussões de caso em equipe⁶² e dos resultados quantitativos.

⁶² A partir deste ponto do trabalho, os casos receberão a letra inicial de sua categoria: “E” para os casos encaminhados e “M” para os casos matriculados. No capítulo 6, os casos estavam apenas numerados visto que havia etapas distintas para a descrição dos encaminhados e matriculados. Então, daqui para frente, os casos

7.1. O acesso

Em trabalho de revisão sobre os conceitos de **acesso** e **utilização de serviço** Travassos & Martins (2004) afirmam que ambos os termos estão interligados e são definidos por uma interação entre aquele que busca o serviço (o paciente) e aqueles que oferecem a atenção em saúde (os profissionais e o serviço). Apontam que a diferenciação entre acesso e utilização de serviço nem sempre é clara e muitas vezes se sobrepõem. Os autores mostram que a literatura usa tanto o termo acesso (ato de ingressar, entrada) como o de acessibilidade (caráter ou qualidade do que é acessível) para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Apontam para o fato de que alguns autores se centram mais nas características dos indivíduos, outros nas características da oferta e outros, ainda focalizam na relação entre ambos, mas que não há consenso entre os pesquisadores sobre se, na avaliação, o acesso faria parte dos resultados ou dos elementos do sistema para atingir os objetivos.

Estes autores também mostram que Donabedian (1973) optou pelo uso do termo acessibilidade, definindo-a como um dos aspectos da oferta do serviço em relação à capacidade de responder as demandas, portanto sendo mais abrangente do que a simples oferta de serviços de saúde, mas referindo-se “às características do serviço e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários”. Este autor distinguia duas dimensões da acessibilidade: sócio-organizacional (características de oferta do serviço que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas de uso do serviço – por exemplo: políticas formais ou informais que selecionam pacientes em função de condição social, econômica ou diagnóstica) e geográfica (distância, tempo e custo) (TRAVASSOS & MARTINS, 2004:191).

Ao contrário de Donabedian, os autores mostram que Andersen (1995) priorizou o termo acesso, como um dos elementos dos sistemas de saúde, ligado à organização do serviço, se referindo à entrada no serviço e aos cuidados subseqüentes. Para este autor o acesso é uma característica da oferta que é importante na explicação da utilização do serviço. Também diferente de Donabedian, este autor inclui a mediação de fatores

receberão uma letra antes do número, sendo que o caso E3 é o caso encaminhado 3, enquanto o caso M3 é o caso matriculado 3.

individuais no acesso com: fatores predisponentes (existentes antes do problema de saúde que afetam a predisposição das pessoas em usar o serviço - como o gênero, pois as mulheres mostram ter maior predisposição em procurar serviços de saúde); fatores capacitantes: meios disponíveis para obter cuidados em saúde; e necessidades de saúde (condição percebida ou diagnosticada). Este autor, ao incorporar a etapa de utilização de serviço, diferencia o acesso potencial (presença, nos indivíduos de fatores capacitantes para o uso do serviço) do acesso realizado (utilização de fato, influenciada também por fatores contextuais: política de saúde e serviços) (TRAVASSOS & MARTINS, 2004:192).

Um dos pontos comuns da bibliografia revisada por estes autores em relação ao termo acesso é de que se trata de uma **dimensão do desempenho do sistema de saúde associada à oferta** e que há uma tendência geral à ampliação da perspectiva do acesso para além da entrada no serviço, abrangendo os resultados dos cuidados em saúde. Quanto à relação entre o acesso e a utilização do serviço, os autores apontam a necessidade de manter a distinção entre acesso e uso de serviço, continuidade do cuidado e efetividade do cuidado, pois precisam de grades interpretativas diferenciadas (TRAVASSOS & MARTINS, 2004:197).

Esta pesquisa tomou a questão do acesso como um dos pontos principais para estudar o CAPS Profeta Gentileza a partir da perspectiva avaliativa. Buscamos identificar quais são os elementos que favorecem ou dificultam o **acesso** da população ao CAPS, o **perfil da demanda** que o serviço recebe e como este responde a estas demandas (a partir do acolhimento). Neste item vamos apreciar os elementos de acesso e o perfil da demanda, deixando a maneira de atender às demandas para o item específico do acolhimento, aquele dispositivo da porta de entrada do serviço, assim como será objeto a utilização que os pacientes fazem do serviço. Vamos seguir as sugestões da literatura e tentar abordá-los separadamente.

Tanto o acesso quanto o acolhimento são elementos da assistência que propiciam uma grade interpretativa para a análise avaliativa do serviço, a partir de uma reflexão crítica do material pesquisado, assim como são elementos que oportunizam uma reorganização do serviço, tendo em vista a qualificação do cuidado. É oportuno, neste momento, lembrar a fala do coordenador nacional de saúde mental, citada no início deste trabalho, de que para o momento atual da reforma psiquiátrica e da implantação nacional de mil serviços tipo

CAPS, a questão mais importante não é necessariamente o acesso destes serviços, mas o foco principal é a **qualidade do acesso** da população aos serviços tipo CAPS.

No item seguinte, abordaremos o acesso ao CAPS Profeta Gentileza a partir de fatores **geográficos, econômicos, organizacional e sócio-cultural**, além dos **fatores individuais** dos usuários de serviços de saúde.

7. 1.1. O acesso ao CAPS Profeta Gentileza

Dentre os elementos do acesso estão os **fatores contextuais**, da política de saúde e do serviço, que pertenceriam ao acesso realizado. Abordaremos a **política de saúde mental** e sua implementação no município do Rio de Janeiro e particularmente no bairro de Inhoaíba; quanto ao **serviço**, abordaremos suas características e implantação no território ao qual pertence, considerando como fatores do acesso ao serviço àquilo que Saraceno (1997) cunhou de **variáveis-sombra**: os recursos do serviço e os recursos do contexto do serviço.

Quanto à **política de saúde mental**, engendrada dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço tipo CAPS está colocado no centro de uma proposta estratégica de transformação tecno-assistencial ao portador de sofrimento psíquico. A função do serviço CAPS como **ordenador da demanda** de saúde mental em seu território e sua premissa da **responsabilidade por uma população adscrita** são fatores de acesso apontados pelo programa. Ou seja, o CAPS, pelo próprio princípio de formulação da política, está aberto à população sobre a qual tem responsabilidade de se tornar referência e deve ser o serviço que avalia as pessoas que procuram cuidado em saúde mental e, a partir disso, dispara estratégias de assistência na rede de saúde. Portanto, a formulação do programa político da saúde mental tem elementos que favorecem o acesso (potencial), como estar aberto para as pessoas com demandas em saúde mental e se responsabilizar normativamente por uma população adscrita.

Vimos, no capítulo sobre a história do CAPS estudado, que sua implantação partiu do “saturamento” de um outro serviço de saúde mental da mesma Área Programática (AP 5.2), o CAPS Pedro Pellegrino. Este serviço, tendo sido o segundo CAPS implantado no município do Rio de Janeiro, após seis anos de funcionamento, atendendo a toda demanda desta AP, identifica no seu cotidiano a cobertura insuficiente do serviço: a demanda era maior do que o serviço poderia se responsabilizar. Assim, a gestão municipal inicia a construção do projeto de um novo serviço tipo CAPS para esta Área Programática, o CAPS

Profeta Gentileza. Portanto, o serviço já é implantado a partir de um elemento de acesso: a **cobertura**. Os dois serviços passam a dividir a cobertura populacional da AP 5.2., que ultrapassa a cobertura ideal, mas significa uma ampliação do acesso desta população ao atendimento em saúde mental.

Além da política de saúde mental, vamos abordar o **serviço** como dimensão do acesso, seu contexto de implantação, com as características do território e os recursos do serviço.

Como visto no capítulo sobre a história e contexto do CAPS Profeta Gentileza, trata-se de um território marcado pela precariedade de infra-estrutura geral, por habitações tipo favela e com forte presença de violência ligada ao tráfico de drogas. As características do território mais importantes na influência do acesso da população ao serviço são: a) as **limitações de circulação livre** das pessoas na região, dadas pela violência, implicando restrições de passagem por determinadas áreas, assim como de estar fora de casa a qualquer momento; b) a existência de **uma linha de trem** que separa uma parte da população adscrita do serviço, dificultando o acesso físico ao serviço; c) **pouco transporte público** disponível e adequado à localização do serviço, sendo quase imprescindível a utilização de transporte alternativo tipo “van” (que raramente concede a gratuidade prevista em lei para portadores do passe-livre e idosos), implicando na necessidade de que a população realize trajetos a pé para chegar à unidade. Então, são elementos **dificultadores do acesso**: a violência local, uma linha de trem e a pouca disponibilidade de transporte.

Somadas às dificuldades de acesso impressas pelo contexto regional, as características da população adscrita ao serviço também apresentam elementos que influenciam no acesso ao serviço, como, por exemplo, o fato de ser uma população majoritariamente de **baixo poder aquisitivo** e apresentar **baixos Índices de Desenvolvimento Humano**. Estas características da população influenciam no acesso na medida em que é preciso dispor de algum recurso para buscar cuidado em saúde.

O serviço se insere neste **contexto de precariedade e violência** que marcam a região, o que implica, por exemplo, em ter de ser fechado em situações de conflitos armados nas comunidades vizinhas. Como consequência é uma unidade de saúde que está tão à mercê das intempéries da violência quanto sua população, sendo obrigada a interromper o fluxo de cuidado aos pacientes e fechar eventualmente para novas demandas.

Esta situação contextual em que o serviço está inserido é fator de apreensão dos profissionais em suas jornadas de trabalho, como apontado no capítulo 4.

Os **recursos do serviço** abrangem tanto elementos da estrutura física da unidade como ligadas aos recursos humanos. A estrutura física do CAPS Profeta Gentileza é bastante adequada a um serviço tipo CAPS, como visto anteriormente, a sede do serviço é uma casa ampla com possibilidade de uso diverso do espaço. A **adequação das instalações físicas do serviço** é dada na medida em que permite a realização de várias atividades e atendimentos concomitantes, com possibilidade de circulação livre das pessoas, com espaços próprios para manter o sigilo dos atendimentos e com áreas ao ar livre que permitem a realização de atividades coletivas.

Em termos de **recursos materiais**, como descrito na história do serviço, no início da implantação não havia suprimento de **itens de escritório** e nem fornecimento de **medicação**, assim como havia dificuldades em relação ao uso do **telefone** e **veículo** para visitas domiciliares. Quanto à falta de materiais como prontuários, canetas, etc, parece que foi contornado de maneira alternativa não influenciando na assistência. Já o uso do telefone, do veículo e o suprimento de medicação foram itens que influenciaram diretamente no funcionamento da unidade e na assistência prestada. O recurso telefone e a disponibilização de veículo foram incrementados ao longo do tempo e a equipe identificou como uma melhoria da estrutura do serviço que influenciou na assistência prestada pelo CAPS. O suprimento de medicação também foi incrementado em seguida à implantação, embora haja intermitência na sua distribuição.

A falta eventual de medicação, que acontece não somente nesta unidade, mas em outros serviços de saúde deste país, é um item da estrutura que interfere diretamente nos processos de trabalho e nos resultados da assistência. Quando um paciente não recebe a medicação prevista e desestabiliza o quadro psicopatológico, os processos de trabalho em equipe são transformados e o resultados na situação do paciente é alterado. A medicação é um elemento da estrutura que influencia o **acesso** e a **continuidade do cuidado**. Pois o fato de não haver suprimento estável de medicação faz com que alguns acabem procurando outros serviços, às vezes emergências e mesmo o próprio hospital psiquiátrico; além de provocar falta de confiança no serviço.

Ligado ao recurso material medicação, enquanto elemento da estrutura do serviço que interfere diretamente no processo e no resultado, temos de considerar um dos recursos humanos previstos no CAPS: o **profissional psiquiatra**. O CAPS estudado não é uma exceção em relação à falta de psiquiatras na rede de saúde e sua intermitência no serviço é apontada pela equipe como um elemento problemático para a assistência.

Como vimos ao longo da pesquisa, o CAPS de Inhoaíba experimentou diferentes formas de organizar o trabalho em equipe em função da intermitência do profissional psiquiatra e sua consequência imediata para a prescrição medicamentosa. As questões referentes à medicação são tema de discussão em equipe nos momentos em que não há o profissional psiquiatra ou há saídas e entradas destes técnicos, seja focando as responsabilidades de cada categoria profissional, seja a partir da preocupação de que os pacientes realmente tenham reavaliações das condutas medicamentosas.

A experiência mais recente do CAPS na busca de ordenar estas questões estava em teste no período de realização da pesquisa: foram implementados os Grupos de Referência. Este dispositivo é uma união do Técnico de Referência e do Grupo de Medicação. Portanto, reúnem em grupo os pacientes de cada técnico de referência com um profissional psiquiatra. A proposta é fazer com que os psiquiatras novos no serviço conheçam os casos com o auxílio do técnico de referência e que este dispositivo centralize a avaliação da conduta medicamentosa e consequente dispensação de medicamentos. Junto com a iniciativa de implantação deste novo dispositivo, houve ainda a decisão de que o técnico de referência centralizaria a “repetição” das receitas medicamentosas⁶³, no caso de pacientes estáveis e que não tivessem sido atendido no Grupo de Referência.

Diante do problema da intermitência do profissional psiquiatra e na busca de organizar o acompanhamento e a dispensação de medicamentos, o serviço cria novos dispositivos assistenciais. Este é o maior exemplo de que recursos do serviço, pertencentes à estrutura, influenciam nos processos de trabalho em equipe.

Vamos considerar o suprimento de **alimentação** como um recurso material, previsto pela norma de um serviço tipo CAPS. No serviço pesquisado não há este recurso, previsto em função das missões do serviço em ser um local de reabilitação psicossocial e de ser

⁶³ A “repetição” de receitas é, em si, um evento-sentinela, algo que não deveria acontecer, mas acontece; já o fato de ser um profissional não-médico a realizar este ato é um evento-sentinela ao cubo.

substitutivo à internação psiquiátrica; de modo que projetos terapêuticos que implicam em passar o dia no serviço, necessitariam do suprimento de alimentação. O uso deste recurso é uma das estratégias de **adesão ao tratamento**. Portanto, a alimentação pode ser considerada como um elemento da estrutura do serviço que influencia no processo e no resultado da assistência. Vimos, no capítulo sobre a história e contexto do CAPS Profeta Gentileza, que há alguns poucos pacientes que levam a própria alimentação para passar o dia no serviço, e que houve situação de tratamentos de alguns pacientes em que a falta deste recurso foi apontada pelos profissionais como um dificultador da adesão ao tratamento; assim como houve situação em que os profissionais decidiram oferecer alimentação (propiciada pelos técnicos) no serviço para um paciente.

Não temos como saber como a existência deste recurso transformaria a assistência neste CAPS, se isto implicaria necessariamente em maior adesão ao tratamento. Já quanto aos profissionais, o fato não haver o suprimento mínimo de alimentação (nem itens como água potável e café, além do gás de cozinha), apareceu na pesquisa como um **fator de insatisfação** com o serviço. Como vimos no Capítulo História e Contexto, há situações de mal-estar entre os profissionais por ter de prover estas condições mínimas, assim como causam uma impressão de “descaso” da gestão em relação ao serviço, visto que os outros CAPS têm o provimento de alimentação.

Este elemento é central para avaliar a **relação dos profissionais com a gestão**, na medida em que causa a sensação de que o serviço não será implantado como previsto, assim como questiona o projeto de se tornar CAPS III. Ou seja, o fato de o serviço não ter disponibilidade de recursos mínimos, põe em suspenso o projeto que a gestão teria para a unidade, além de ser foco de insatisfação para os profissionais. As conseqüências disso é que não há necessariamente segurança em relação à continuidade do projeto do serviço, assim, podemos supor, que isto interfira na **motivação** dos profissionais para o trabalho e na **relação de confiança** perante a gestão local.

Quanto aos **recursos humanos**, o quadro profissional está adequado à norma deste tipo de serviço, tanto em número quanto em categorias profissionais, a única exceção é a intermitência do **profissional psiquiatra**. Este é um item pertencente à estrutura do serviço que altera sobremaneira os processos de trabalho em equipe e os resultados da assistência. Como visto anteriormente, a questão das mudanças e ausências do profissional psiquiatra

altera inclusive o desenho do serviço, como na implantação do dispositivo Grupo de Referência e a atribuição do técnico de referência sobre a “transcrição de receitas” e o controle do uso de medicação.

Para Saraceno (1997), os **recursos do serviço** incluem tanto os já apresentados materiais (espaço, medicamentos, quantidade de pessoal) como àqueles relacionados à organização do serviço e ao estilo de trabalho. Os itens referentes à **organização do serviço** dizem respeito, por exemplo, à distribuição do tempo de trabalho entre atividades burocráticas, administrativas, médicas, reabilitatórias, sociais, assim como há integração do serviço com outras instituições de saúde.

Foi apresentado no capítulo História e Contexto, que o CAPS estudado destacou profissionais da equipe para realizar quase exclusivamente funções que poderiam ser classificadas como **burocráticas**, embora estejam ligadas à clínica, como a feitura de APAC e o preenchimento de planilhas de atividades. Também foi observada que os profissionais consideram excessiva a quantidade de registros a serem preenchidos, ocupando **tempo e disponibilidade** que seriam dedicados à assistência. Vamos considerar a questão dos registros posteriormente, apenas apontando aqui a consideração de que há profissionais deslocados da assistência parcial ou integralmente para a realização de **tarefas administrativas**. Também é preciso lembrar, que há relatos no Livro-Preto e falas dos profissionais, a respeito dos assuntos administrativos do serviço ocuparem um tempo da supervisão, considerado excessivo por alguns, culminando em pedidos de que estes temas sejam mais sucintos ou tratados em outro momento.

O fato de que os diversos assuntos do serviço serem tematizados em reunião/supervisão de equipe, inclusive aqueles considerados como administrativos, ao mesmo tempo em que produzem queixas dos profissionais, também demonstra que há **problematização coletiva da organização do serviço**, em todos os níveis, possibilitando que os profissionais participem das decisões e tomem conhecimento das transformações que ocorrem na administração da unidade.

Estes elementos citados acima estão relacionados ao **estilo de trabalho** da equipe, que inclui considerações sobre o nível de hierarquização entre os profissionais, o nível de conflito entre os membros da equipe, a rigidez e a flexibilidade dos papéis profissionais, a

capacidade da equipe de exercer autocrítica e possibilidade de discussão aberta entre os membros.

Vimos na trajetória deste serviço que há uma paulatina construção do trabalho em equipe, com a inclusão progressiva das diferentes categorias profissionais na assistência, iniciada por psicólogos e enfermeiros. Não há necessariamente funções específicas das categorias profissionais neste serviço, pelo contrário, a proposta é que as diferentes categorias participem de todos os aspectos da atenção: acolhimento, atendimento à crise, oficinas terapêuticas, atividades coletivas, visitas domiciliares e hospitalares, acompanhamento do tratamento etc. Ou seja, embora haja especificidades das categorias profissionais, não há especificação de função entre estas. Isso pode ser observado claramente a partir da escala de profissionais para o acolhimento, com duplas multiprofissionais pré-determinadas. O mesmo dispositivo pode ser exemplo de flexibilização do trabalho entre os profissionais, na medida em que a escala não é necessariamente cumprida havendo substituição entre os técnicos a partir da disponibilidade de tempo no momento de realização do acolhimento.

Portanto, no desenho do serviço e nas propostas assistenciais não há diferenciação de função entre as categorias profissionais, considerando este aspecto como pertencente ao **acesso potencial**, pois vimos na pesquisa que há uma participação maior de profissionais da enfermagem no acolhimento, apontando a possibilidade de diferentes funções dentre as categorias profissionais, considerando um aspecto do acesso real.

Em termos do desenho do serviço e de seu projeto institucional, **não há hierarquização** fortemente marcada no trabalho em equipe e **há flexibilidade dos papéis profissionais**. Veremos, no item acolhimento, o que os resultados da pesquisa (etapa qualitativa e quantitativa) apontam em relação a isto, se coincidem com a proposta organizacional. Uma noção que pauta a proposta de construção do trabalho em equipe neste CAPS é “transferência de trabalho” entre os profissionais, como uma alternativa para escapar dos dois extremos de formação em equipe: “hierárquica” e “igualitária”; apontado por Figueiredo (1999).

Ao longo da descrição da trajetória deste serviço, aparecem episódios de **conflitos entre os profissionais**. No início da formação da equipe, aparecem tensões entre psicólogos e enfermeiros, uns abordando a “clínica da psicose” enquanto outros se

dedicavam à construção de “escalas” de trabalho. Esta tensão inicial foi sendo diluída à medida que outras categorias profissionais foram incluídas e houve a construção paulatina de um trabalho em equipe.

Durante a discussão de casos em equipe (na etapa de coleta de dados qualitativos) observamos que, na ausência na reunião do profissional responsável pelo caso, os outros técnicos evitavam apontar críticas à conduta tomada, muitas vezes evitando a própria discussão do caso, prejudicando, portanto, a possibilidade de construção coletiva do caso, assim como de aprendizado e reflexão crítica. Ao mesmo tempo, também foi observado que não há melindres em discutir um caso mal-sucedido, expondo as condutas dos profissionais, realizando coletivamente uma revisão das ações e traçando estratégias futuras. Portanto, aparecem conflitos entre os profissionais, mas mesmo assim existe **disponibilidade para a autocrítica** e de **discussão entre os membros** da equipe.

O caso M1 é um exemplo de que há **senso crítico dos profissionais** em relação a seu próprio trabalho. Neste caso, a profissional responsável pelo paciente apresenta uma interpretação não-positiva da própria conduta. Isso demonstra que não há constrangimento em mostrar um caso que “não dá certo”, onde a atuação do CAPS deixa claramente a desejar na condução do caso. Portanto, a equipe apresenta abertura suficiente para a exposição de um caso mal sucedido, digamos assim. Esta situação mostra que os profissionais expõem seu trabalho, sem receio de serem criticados pelos colegas, com a disposição para o **compartilhamento do trabalho** e em uma postura aberta de “**prestação de contas**” sobre sua atuação. Mostra ainda uma **disponibilidade para a reflexão coletiva** da assistência.

Em relação ao estilo do trabalho desta equipe, cabe apontar que embora haja dificuldades para a discussão de um caso quando o profissional responsável não está presente, em geral, a equipe demonstra valorização da construção coletiva do trabalho e de reflexão sobre as condutas tomadas, sendo que, para isto, a **reunião/supervisão** é o momento privilegiado.

Neste item abordamos o acesso a partir da política de saúde mental e dos recursos do serviço. A implantação deste serviço nasce da **ampliação da cobertura** de atenção em saúde mental para a Área Programática 5.2, considerada um fator do acesso. Apontamos que os elementos normativos do CAPS como **ordenador da rede** e com **responsabilidade**

territorial são fatores de acesso ao serviço impressos pelo programa de saúde mental. O território em que o serviço está inserido, e pelo qual é responsável, traz delimitações de acesso para a população, na medida em que demarca espaços de circulação das pessoas devido à violência local. Também são dificultadores do acesso o fato de haver uma linha de trem (sem passagem adequada entre seus dois lados) e de não haver transporte público suficiente na região.

Quanto ao serviço em si, apontamos que a estrutura física do CAPS é adequada à assistência em saúde mental, propiciando a criação de dispositivos terapêuticos ao ar livre e permitindo a convivência na unidade. Quanto aos recursos materiais, vimos que o telefone e o carro são elementos considerados importantes para a efetivação da assistência, sendo elementos do acesso ao tratamento e sua continuidade. O recurso alimentação pode ser um fator importante para a adesão dos pacientes, enquanto que a não-disponibilidade de suprimentos mínimos causa mal-estar nos profissionais e a desconfiança de que o projeto de implantação do acolhimento noturno possa não ter continuidade.

Quanto aos recursos humanos, este serviço está de acordo com a equipe esperada de um CAPS, em termos numéricos e de categorias profissionais, sendo a única exceção o médico psiquiatra, cuja intermitência na unidade acarreta transformações nos processos de trabalho em equipe e dificuldades de acesso dos pacientes à continuidade do tratamento medicamentoso com reavaliações sistemáticas.

Quanto ao estilo de trabalho da equipe, observamos a valorização da construção coletiva da assistência, com disponibilidade para a discussão de casos, inclusive dos “malsucedidos”, apontando para a possibilidade de reflexão crítica sobre o trabalho em equipe. Também apresentamos que o desenho do serviço e suas propostas assistenciais não demarcam funções pré-determinadas entre as categorias profissionais; embora os resultados demonstrem que há diferenças: enfermeiros mais participativos no acolhimento e os outros técnicos mais no acompanhamento.

7.1.2. O perfil da demanda

Como visto no capítulo 5, a respeito dos dados quantitativos coletados pela pesquisa, não foi encontrada diferença substancial de perfil sócio-demográfico entre os pacientes encaminhados e matriculados. Vamos, então, agrupar as **características médias do perfil da demanda do CAPS**.

A maioria não chegou a terminar o ensino fundamental, tem entre os 20 a os 59 anos, são homens e mulheres distribuídos de maneira equitativa e a maioria é nascida no estado do Rio de Janeiro. Os pacientes que procuram atendimento no CAPS Profeta Gentileza têm, em geral, profissões que exigem pouca qualificação profissional, sendo que algo em torno de 40% das pessoas não tem nenhuma ocupação atual. Quanto à situação conjugal das pessoas que procuram o serviço, em torno de 30% vivem com um cônjuge, sendo o restante de maioria solteira.

A grande maioria das pessoas que procura o serviço é moradora da área de abrangência do CAPS, demonstrando a **regionalização do serviço**. Mesmo que haja uma “triagem” prévia ao procedimento de acolhimento em função da moradia do paciente, como questionado anteriormente, os dados demonstram que há respeito pelo princípio de regionalização do atendimento neste CAPS. Então, apesar de não ser possível saber se existe demanda de pessoas residentes de outras áreas, os atendimentos realizados atestam a regionalização.

O CAPS recebe tanto demandas de avaliação/tratamento de pessoas que já tiveram atendimento em saúde mental como daqueles que nunca tiveram, de maneira equitativa. Ao considerar o total da amostra, vimos que há 44% de pacientes de primeiro atendimento enquanto que 56% já tiveram algum tipo de atendimento. Enquanto que a maioria dos pacientes matriculados já havia passado por atendimento em saúde mental, vimos que há parte importante da busca pelo serviço por demanda espontânea (metade dos pacientes encaminhados), assim como 35% dos encaminhamentos são oriundos de serviços da atenção básica. Portanto, para estes pacientes, o CAPS está sendo o primeiro atendimento na saúde mental, apontando o papel do serviço como porta de entrada da saúde mental e ordenador da rede de saúde mental no território.

Concluimos, então, que o CAPS recebe tanto pacientes que estão iniciando uma busca de tratamento em saúde mental, nestes casos realizando a função de **porta de entrada e ordenador da rede**, quanto pacientes que já tem um percurso de atendimento na saúde mental, que quando considerados “graves” são matriculados no serviço, apontando para a especificidade do CAPS de ser destinado à **clientela com transtornos severos e persistentes**, além da premissa de ser **substitutivo à internação**.

Dentre os pacientes que vão ao CAPS a partir de encaminhamentos de outras unidades de saúde, vimos que a maior parte é oriunda de serviços da atenção básica, sendo a maioria representada por Postos de Saúde da Área Programática em que o serviço está inserido, enquanto que os encaminhamentos dos programas PSF/PACS são pouco significativos numericamente. Estes resultados apontam para o **CAPS como referência para avaliação/tratamento em saúde mental para os Postos de Saúde.**

Sobre as demandas apresentadas pelas pessoas que procuram o CAPS, vimos que há uma série de **motivos para o atendimento.** Observamos que a maior parte dos pacientes que foram matriculados no serviço procurava a continuidade do tratamento na saúde mental e apresentava situações indicativas de gravidade do quadro, propícias à adequação de tratamento no CAPS. Já os pacientes que foram encaminhados, apresentavam situações diversas que, em geral, não indicavam o tratamento no CAPS como necessário, podendo ser acompanhados por outros serviços de saúde.

Observamos que há diagnóstico de psicose e de neurose, de problemáticas indicadas para a neurologia e a clínica médica, assim como menções ao uso de substâncias psicoativas. Vimos que o CAPS tende a matricular pessoas com transtornos do campo da psicose e que apresentam situações mais graves, assim como tende a encaminhar os pacientes que apresentam uso de substâncias psicoativas (visto que, dentre os pacientes matriculados da amostra não há referência ao uso de álcool e drogas, enquanto havia este elemento como motivo de atendimento para pacientes encaminhados).

Quanto às **internações psiquiátricas** dos pacientes que procuram o serviço, vimos que 75% dos pacientes que foram encaminhados não tinham internação, enquanto esta porcentagem é de 57% dentre os pacientes matriculados. Este resultado mostra que o serviço considera a existência de internação anterior como um indicativo de adequação ao tratamento no serviço, a partir da função do CAPS de ser substitutivo à internação.

O fato de matricular pacientes que apresentam situações indicativas de gravidade do caso e encaminhar aqueles pacientes considerados menos graves mostra que o serviço tem tendência a cumprir sua missão de serviço especializado em pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, com a perspectiva de realização de uma clínica ampliada e de evitar internações psiquiátricas. Esta é uma observação importante na medida em que um dos problemas dos serviços tipo CAPS, levantados por profissionais da área, é a

possibilidade de acompanhar pacientes não necessariamente graves, tornando o serviço “ambulatorizado”. A questão da ambulatorização dos CAPS é mais complexa do que o simples fato de haver pacientes que não necessitam de atenção de alta complexidade, mas inclui também (e principalmente) o tratamento em regime ambulatorial de pacientes que necessitariam mais do que consultas. Por enquanto vamos permanecer com o primeiro indicativo de adequação do serviço em relação às matrículas aos pacientes graves e de encaminhamento daqueles menos graves; sendo que para contribuir com essa conclusão, será necessário avaliar a **utilização do serviço** pelos pacientes matriculados, descartando ou não a hipótese de uma ambulatorização do CAPS.

Uma outra pergunta que os dados relativos à demanda dos pacientes apontam se refere ao uso de **substâncias psicoativas**. Vimos que o CAPS encaminha estes pacientes, não havendo na amostra nenhum matriculado com essa característica. Portanto, a pergunta é clara: o serviço não está atendendo à demanda de álcool e drogas, ou estes casos teriam sido considerados de baixa gravidade e, portanto, encaminhados?

Tanto a norma prescritiva do programa de saúde mental, como a proposta institucional do CAPS Profeta Gentileza, tem a premissa de que deve atender paciente cujo uso de drogas e álcool se apresenta como comorbidade ao transtorno mental e que, aqueles pacientes para os quais o uso de substância é a causa do transtorno, devem ser tratados em serviços especializados. Para tentar responder à pergunta, devemos investigar para onde foram encaminhados os pacientes que mencionaram o uso de substâncias como motivo do tratamento; sempre considerando a ressalva de que a variável “motivo do atendimento” não tem poder numérico de generalização, como ressaltado no capítulo 5.

Dos sete pacientes que mencionaram o uso de substâncias, apenas dois foram encaminhados para serviços especializados em álcool e outras drogas, sendo o restante indicado para ambulatórios de psiquiatria, de psicologia e de clínica médica (sempre com a inclusão de tratamento médico). A partir disso, poderemos considerar que estes casos foram avaliados como “menos graves”, portanto, indicados para tratamentos ambulatoriais e que aqueles indicados para serviços especializados foram avaliados no CAPS como sendo específicos de uso de substância, não apresentando comorbidade. Sendo assim, poderíamos concluir que o CAPS não tem pacientes cujo uso de substâncias psicoativas representariam uma comorbidade ao transtorno mental porque esta situação não se apresentou. Não há

nenhum resultado da pesquisa que mostre que o CAPS não tem recebido esta clientela, pelo contrário, embora nenhum destes casos tenha esteja na amostra pesquisada, temos o conhecimento de que há pelo menos três pacientes matriculados no serviço com o uso de droga em comorbidade com o transtorno mental.

Além dos fatores referentes ao serviço e seu contexto que influenciam na dimensão do acesso, há **fatores individuais** que imprimem dificuldades e facilidades de acesso aos serviços de saúde. A literatura aponta como fatores individuais que interferem no acesso, por exemplo, a existência da percepção do problema de saúde, a experiência pregressa do sujeito com os serviços de saúde. Neste sentido, a clientela da saúde mental tem suas peculiaridades, pois o sofrimento psíquico traz consigo conseqüências que interferem no comportamento de busca de assistência na saúde. Além do sofrimento intenso e das marcas do estigma, ao desencadeamento de um quadro psíquico grave não há necessariamente o reconhecimento pelo sujeito da necessidade de tratamento, além da desorientação e confusão experienciadas que prejudicam as relações com os outros e com o mundo.

Em geral, a clientela da saúde mental é levada a procurar ajuda na saúde por seus familiares e muitas vezes não há colaboração do paciente no sentido de iniciar o tratamento. Portanto, além de fatores estritamente individuais dos sujeitos, que influenciam na busca de cuidados em saúde (como sexo e experiências pessoais pregressas com serviços de saúde), a clientela da saúde mental tem peculiaridades que tornam a questão do acesso mais complicada, pois, de antemão, **o próprio transtorno mental é um elemento dificultador do acesso.**

Então, no campo da saúde mental, a **capacidade técnica da equipe** em manejar as situações apresentadas, a **disponibilidade** de invenção e criação de estratégias diversas para o tratamento, a **flexibilidade de processos de trabalho** são fundamentais para a consideração do acesso ao serviço, dada as características da clientela. Como conseqüência, as peculiaridades do serviço de saúde mental são muitas, pois exigem prontidão da equipe ao momento em que o paciente vai ao serviço, sem a precisão de agendamentos e programas pré-estabelecidos de tratamento, assim como necessita de articulação com os familiares e outros atores no sentido de possibilitar a adesão.

Portanto, um serviço aberto, com acolhimento humanizado, profissionais com capacidade técnica, sem hora marcada nem fila de espera, são centrais para possibilitar o

acesso da clientela ao tratamento em saúde mental. Os fatores individuais e a capacidade de assistência do serviço estão interligados na própria noção do que é a **demanda**, como aponta Pinheiro et al (2005), sendo a demanda em saúde concebida como uma construção cotidiana que é o resultado da interação entre o paciente que procura atendimento, os profissionais e o serviço de saúde.

Neste item, observamos que o perfil da demanda que procura o CAPS é representado por pessoas que não terminaram o ensino fundamental, tem de 20 a 59 anos, de maioria carioca e moradora das cercanias do bairro de Inhoaíba. É igualmente representada por homens e mulheres, sendo que a maioria tem profissões de pouca qualificação e quase a metade (40%) não tem ocupação de trabalho. A maioria é solteira e 30% vivem com um cônjuge.

Observamos que o serviço recebe tanto pacientes que já passaram por tratamento em saúde mental como aqueles que estão pela primeira vez procurando atendimento nesta área da saúde. O CAPS recebe tanto demandas com situações indicativas de gravidade do quadro quanto casos mais leves, e a maioria das pessoas não tem internação psiquiátrica anterior. Vimos que a maior parte dos encaminhamentos ao CAPS é oriunda se serviços da atenção básica em saúde, notadamente dos Postos de Saúde pertencentes à área de abrangência do CAPS.

Apontamos que o próprio sofrimento mental imprime dificuldades para esta clientela de buscar assistência na saúde, devendo ser compensada na qualidade técnica do serviço em potencializar o acesso.

Devemos lembrar, antes de passar para o próximo item, que além do acesso e acolhimento, a **utilização do serviço** e a **integração da rede** também são elementos que compõem a dimensão acesso, sendo abordados posteriormente.

7.2. O acolhimento

Para Merhy (1991; 1994) o acolhimento, assim como o acesso, oportuniza a discussão sobre os modelos assistenciais, na medida em que diz respeito ao que o serviço produz enquanto ações de saúde, considerando os saberes da área e o programa político; portanto o acolhimento é um conceito entre o técnico e o político, pois é a ação que concretiza o programa político na ação técnica em saúde.

Para Camargo Júnior et al (2006) o conceito de acolhimento é complementado pelo de acessibilidade organizacional, com o poder de descrever a maneira como as pessoas iniciam o cuidado em saúde, sendo a acessibilidade concebida como um conjunto de situações que viabiliza a entrada do usuário no serviço, com dificuldades e facilidades de conseguir o atendimento, portanto, interligada com as características da oferta e da disponibilidade de recursos. Com a utilização da metodologia do fluxograma descritor para a avaliação de serviços, os autores apontam a importância na pesquisa de observar o momento da recepção do usuário no serviço e quais os problemas de acesso que acontecem nesta situação, como por exemplo, a existência de burocratização, de agendamentos e de fluxos normatizados.

Silva Júnior & Mascarenhas (2004) destacam três dimensões do acolhimento: como postura, como técnica e como princípio de reorientação do serviço. A primeira dimensão implica a **atitude humanizada** e receptiva dos profissionais ao receber, escutar e tratar as demandas dos usuários; implicando em relação de interesse mútuo, confiança e apoio. Esta dimensão abrange tanto as relações entre os profissionais e usuários como também as relações intra-equipe, como relações democráticas, que estimulam a participação, autonomia e decisão coletiva. O acolhimento como **técnica** é a utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuário. Quando se trata da equipe multiprofissional, há a articulação dos diferentes saberes, buscando superar a fragmentação na busca de construção de novas respostas às necessidades em saúde. Já o acolhimento na **organização do serviço**, está no centro da proposta do projeto organizacional, que é a base que orienta o trabalho dos profissionais, os processos em equipe, a busca de capacitação. A supervisão é destacada, neste último item, como importante modo de organização do serviço e de acompanhamento do cotidiano de trabalho.

Estes autores também incorporam a idéia de acessibilidade organizacional para complementar o conceito de acolhimento. De modo que o acolhimento é abordado por estes autores por quatro dimensões: 1) acesso (geográfico, organizacional); 2) postura (escuta, atitude profissional-usuário, relação intra-equipe); 3) técnica (trabalho em equipe, capacitação dos profissionais, aquisição de tecnologias, saberes e práticas); e 4) reorientação do serviço (projeto institucional, supervisão, processo de trabalho). A partir desta consideração, o acolhimento faz parte da análise do acesso ao serviço.

Sendo o acolhimento no CAPS Profeta Gentileza exatamente o dispositivo de recepção do usuário, vamos partir para as considerações do que a pesquisa trouxe em relação a este procedimento, considerando-o como um elemento que compõe o eixo acesso. Neste item vamos abordar quais são os princípios do acolhimento e analisar como ele é efetivado no CAPS.

O conceito de acolhimento no CAPS Profeta Gentileza se transforma em um **dispositivo da porta de entrada** do serviço, este primeiro atendimento no serviço, que tem com função principal a **avaliação do caso** e a **definição da direção do tratamento**. O acolhimento enquanto dispositivo em ação na assistência refere-se somente ao primeiro atendimento. Se o paciente continua no serviço, isto passa a ser caracterizado como acompanhamento, mesmo que seja por um período de avaliação e culmine em um encaminhamento a outro serviço. Não necessariamente as funções do acolhimento se esgotam neste primeiro atendimento, ou seja, o acolhimento não termina no primeiro atendimento, mas para a pesquisa vamos considerar apenas o primeiro atendimento como sendo o acolhimento. Portanto, o que se chama de acolhimento nesta pesquisa é literalmente o primeiro atendimento.

A proposta **normativa** para a realização do acolhimento, neste serviço, é que deve ser feito por **dois técnicos de categorias profissionais diferentes**, sendo que para tal existe uma escala de duplas profissionais por turno que ficam com a função de acolher os pacientes novos que procuram o serviço naquele período. Não deve haver marcação de dia e horário para o acolhimento e nem fila de espera, todo paciente deve ser acolhido ao chegar no serviço, em todos os turnos de funcionamento da unidade.

Durante a observação participante da pesquisa, não foi observada nenhuma situação de adiamento do acolhimento, pelo contrário, a equipe reorganiza o trabalho dos profissionais, mas não deixa de realizar o acolhimento no mesmo dia em que o usuário procurou o serviço.

No entanto, os resultados dos dados quantitativos, apresentados no capítulo 5, mostraram que nem sempre o primeiro atendimento no CAPS é realizado por uma dupla multiprofissional, sendo efetivada em mais da metade das vezes por um único técnico. Quanto à participação das diferentes categorias profissionais no procedimento de acolhimento, vimos que não há participação equitativa entre as diferentes categorias

profissionais, sendo que os profissionais da enfermagem têm presença marcante quando o acolhimento é realizado por uma dupla de técnicos, enquanto que estes estão em menor número nos acolhimentos realizados um único profissional. Também vimos que a categoria profissional que tem menor participação no dispositivo acolhimento é o psiquiatra.

Os resultados quantitativos referentes aos pacientes que foram encaminhados pelo CAPS trouxeram questionamentos importantes em relação à **qualidade do acolhimento** realizado no serviço. Uma destas questões se refere justamente à participação das categorias profissionais neste dispositivo, questionando a qualidade de **interdisciplinar** da assistência no CAPS, um dos pilares diferenciais deste tipo de serviço.

As discussões em equipe referentes aos pacientes encaminhados (etapa qualitativa), trouxeram os mesmos resultados dos dados quantitativos: a metade dos acolhimentos foi realizada por um único técnico. Das duplas de profissionais, na realização destes acolhimentos, somente uma era composta por dois técnicos da mesma categoria (auxiliar + auxiliar, caso E3). As outras quatro duplas eram compostas por técnicos de categorias profissionais diferentes: psiquiatra + psicólogo (caso E1), psiquiatra + auxiliar (caso E6), enfermeiro + auxiliar (casos E5 e E8). Dos acolhimentos com apenas um profissional, temos que dois foram feitos por um enfermeiro (casos E7 e E10), dois por um auxiliar de enfermagem (casos E4 e E9) e um foi feito pelo musicoterapeuta (caso E2)⁶⁴. Devemos observar que dos dez casos encaminhados discutidos na etapa qualitativa, somente em dois casos não há a participação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Os casos matriculados discutidos em equipe na etapa qualitativa da pesquisa mostraram a mesma realidade, sendo que os quatro casos foram acolhidos por apenas um técnico. Como nos casos encaminhados, estes mostraram a participação dos profissionais psicólogos e musicoterapeuta. A novidade é que um dos casos foi acolhido por um psiquiatra, situação raramente encontrada.

Ao longo das discussões em equipe dos casos encaminhados, foi destacada pelos profissionais, a importância de fazer o acolhimento em dupla pelo fato de “ajudar a lembrar” (caso E1 e E2). Mas a questão do trabalho em duplas no acolhimento deve ir além

⁶⁴ Sobre o caso 2, a musicoterapeuta que fala do caso, observa que na ficha de PAM havia a assinatura de um outro profissional, mas que este não teria ficado no acolhimento, que ela teria feito sozinha. Portanto, este caso é aqui considerado como não tendo sido feito em dupla, embora pareça ter havido uma tentativa neste sentido.

da possibilidade de lembrar do caso para a discussão em equipe. A importância da realização do acolhimento em duplas de profissionais de diferentes categorias é mais do que uma simples divisão de trabalho, mas é fundamentalmente a possibilidade de realização de um trabalho **multiprofissional**, desde o primeiro atendimento, na abordagem do caso. O fato de o acolhimento ser realizado, na maior parte das vezes, por um único profissional indica que o serviço não está efetivando o olhar multiprofissional na avaliação dos pacientes que chegam para o primeiro atendimento, assim como para a definição da conduta subsequente.

O resultado encontrado pela pesquisa sobre o não-cumprimento da escala de duplas de profissionais no acolhimento é uma realidade conhecida no serviço, visto que há menções a este respeito no cotidiano do serviço, assim como há registro em Livro-Preto. Então esta é uma das questões que deve ser abordada futuramente pela equipe, na medida em que parece haver a valorização do trabalho interdisciplinar (pois existe a escala) e há percepção dos profissionais em relação à não-efetivação da interdisciplinaridade no acolhimento. Porque afinal a escala não é cumprida? Porque metade dos acolhimentos é feita por um único profissional?

A **escala de acolhimento**, com pré-determinação de uma dupla de profissionais, é um indicativo normativo do serviço que acaba sendo descumprido no dia-a-dia, assumindo o acolhimento o profissional que está “disponível” (no sentido de “ter tempo”, “não estar ocupado”). Como foi visto no caso E 1, aparecendo também no relatado em Livro-Preto e comentado pelos profissionais em seu dia-a-dia. Porque isto acontece? O não cumprimento da escala de acolhimento remete à organização do serviço? Remete a escolhas pessoais dos profissionais?

O desenho da porta de entrada do CAPS Profeta Gentileza foi tema de debate em equipe ao longo de seus anos de funcionamento, principalmente no que tange o dispositivo de Grupo de Recepção, mas quanto ao formato do acolhimento não há registro de que tenha sido questionado. Mas há sim registro dos mesmos problemas que encontramos como resultado da pesquisa: o não cumprimento do acolhimento como prescrito (dos seguimentos da escala, das duplas multiprofissionais e do acompanhamento dos pacientes). Há registro também de propostas de realização de seminários internos no serviço sobre a Porta de Entrada, o que inclui o dispositivo acolhimento, mas não efetivada.

Portanto, a pesquisa identifica dificuldades da equipe em cumprir o que se propõem em relação ao acolhimento, no mesmo sentido do que já era conhecido e apontado pelos próprios profissionais, pela coordenação e pela supervisão⁶⁵. Isso sem falar na qualidade do relato do acolhimento, apontado na pesquisa, também problema já conhecido no serviço. Isso aponta para necessidade de que o serviço tome o dispositivo acolhimento em discussão, como um elemento analisador da qualidade da assistência e oportunizando a reorganização do trabalho em equipe.

Ainda dentro do elemento interdisciplinaridade temos um dado interessante: dentre os pacientes que não foram encaminhados no acolhimento e permaneceram mais tempo no serviço, vimos que a maioria foi atendida por mais de uma categoria profissional. Isto demonstra que houve, nestas situações, iniciativa de realização de avaliação multiprofissional dos casos.

Um dos casos matriculados (M1) discutidos em reunião de equipe, na etapa qualitativa da pesquisa, pode ser interessante para contemplarmos o trabalho interdisciplinar neste CAPS. Vamos ver como se deu o trabalho de uma dupla de profissionais, psiquiatra e musicoterapeuta, na condução deste caso.

A situação que este caso apresenta é de um **Grupo de Medicação conduzido por um profissional não-médico**, a musicoterapeuta. Isso nos faz retomar a apresentação de como este dispositivo assistencial foi traçado no CAPS de Inhoaíba (relatado no capítulo 5). A implantação do dispositivo Grupo de Medicação tinha duas prerrogativas: 1) Organizar os atendimentos de pacientes matriculados que estivessem estáveis em relação à consulta com o médico psiquiatra e em relação à dispensação de medicamentos; 2) Envolver os profissionais não-médicos com o trabalho dos psiquiatras, no sentido de fortalecer a multidisciplinaridade neste contexto de avaliação e continuidade do tratamento. Sendo assim, o Grupo de Medicação era feito em duplas: um profissional médico e um não-médico. Na situação trazida pelo caso estudado, houve a saída da psiquiatra do serviço, então a musicoterapeuta continuou a realizar os grupos, acompanhando os pacientes e organizando a dispensação de medicamentos, com a participação de um enfermeiro.

⁶⁵ Como foi identificado no registro do Livro-Preto, apontado no Capítulo "História e Contexto do CAPS Profeta Gentileza".

Portanto, temos um Grupo de Medicação, que na falta de psiquiatra, ficou sendo coordenado por um profissional não-médico.

Esta realidade pode ser questionada à luz da premissa de avaliação médica para a continuidade do tratamento medicamentoso. Mas, diante da falta do profissional psiquiatra, foi uma situação considerada pelos profissionais como positiva, pois dava continuidade ao trabalho em grupo de pacientes, permitia o **acompanhamento** destes sujeitos e **organizava o uso da medicação**. Este é um exemplo em que as funções das categorias profissionais não se exerceram de maneira rígida, sendo possível que um profissional não-médico prosseguisse o trabalho com um grupo de pacientes, tendo em vista a continuidade do acompanhamento.

Quanto ao tema do trabalho interdisciplinar, também vimos nestes resultados que não há diferenciação na participação das categorias profissionais nos acolhimentos de pacientes matriculados e encaminhados. Portanto, não há quaisquer relação entre a(s) categoria(s) profissionais do acolhimento em relação à decisão de encaminhar ou matricular os pacientes.

Uma outra questão apontada na discussão em equipe que tem relação com o dispositivo do acolhimento a partir de sua perspectiva normativa: **o profissional que acolhe deveria ocupar inicialmente o papel de técnico de referência do paciente**, enquanto este está no serviço. Ou seja, o profissional que acolhe o paciente tem a prerrogativa de acompanhá-lo.

Isso fica bem claro no caso E 3, em que é chamada a atenção para o fato de que cinco profissionais diferentes tiveram contato com o paciente, e onde não há nenhum elemento que informe que o profissional que acolheu esteve acompanhando o paciente ao longo dos meses em que este esteve no serviço. Também no caso E 5 podemos observar que os profissionais que realizaram o acolhimento não são os mesmos que acompanharam o paciente ao longo dos sete meses em que esteve sendo atendido no serviço. Portanto, nos dois casos, em que os pacientes ficaram um período no CAPS até serem encaminhados, não houve acompanhamento do profissional do acolhimento, como prevê o projeto clínico do serviço.

Em relação aos pacientes matriculados, discutidos na etapa qualitativa, observamos que dos quatro casos, dois (M1 e M4) tinham como técnicos de referência o profissional do

acolhimento. A situação esperada do técnico de referência para os pacientes matriculados é diferente daquela suposta para os encaminhados, na medida em que o paciente que tem o CAPS como referência de tratamento tem participação ativa na escolha do técnico de referência, a partir das relações terapêuticas e vínculos (transferências) que vão se criando ao longo do tratamento. Já para os pacientes encaminhados, o técnico de referência é o profissional que realizou o acolhimento.

A segunda questão que aponta para a qualidade do acolhimento, encontrada na etapa quantitativa da pesquisa em relação aos casos encaminhados, é fato de que o CAPS parece ter **atendido o pedido dos pacientes** ao procurar o serviço (como visto no item “motivo-pedido”, 1.12 do capítulo 5). Esta questão é levantada como uma consideração, visto que este item não tem relevância quantitativa, mas pode indicar uma tendência percebida na pesquisa.

Vimos que aqueles pacientes que pediram laudo médico e medicação foram encaminhados para profissionais médicos; aqueles que pediram continuidade do tratamento foram encaminhados para locais onde poderiam continuar o tratamento ambulatorial, aqueles que pediram tratamento psicológico foram encaminhados ao psicólogo, sendo que o único pedido que não foi necessariamente respondido de forma literal foi do paciente que pediu atividade e ganhou um encaminhamento para o psicólogo... Mas houve também acréscimos aos pedidos de psicólogos, recebendo também encaminhamentos para o profissional psiquiatra.

A afirmativa de que o cumprimento dos pedidos dos pacientes pode questionar a qualidade do acolhimento aparece na medida em que **levanta suspeita sobre a avaliação dos casos** pelos profissionais do acolhimento. Como sugerido anteriormente, ou a avaliação dos profissionais está de acordo com a percepção do paciente sobre suas necessidades de atendimento em saúde (o que demonstraria uma clareza absurda por parte dos pacientes em relação às suas queixas e às possibilidades do sistema de saúde em atendê-las), ou os profissionais não estão necessariamente realizando uma avaliação, mas sim atendendo à indicação do paciente.

Na etapa qualitativa da pesquisa, com as discussões em equipe de dez casos encaminhados, apareceram situações em que a queixa do paciente, o motivo para procurar atendimento, a situação atual do paciente em relação à necessidade de cuidados em saúde

não estavam claros na construção do caso. As situações apresentadas foram citadas pelos próprios profissionais durante a discussão dos casos e se sobrepõem à questão da qualidade de registro, para a própria qualidade do acolhimento.

No caso E 3, embora o paciente tenha passado três meses em acompanhamento no serviço e cinco técnicos diferentes tenham realizado registros no PAM, não foi possível compreender o caso e nem as razões do encaminhamento. Também não foi possível compreender a proposta de tratamento no serviço que poderia ter sido feita ao paciente. Em decorrência disso, ao longo da discussão há uma série de suposições dos profissionais em relação ao caso. No caso E 4, não é possível saber o que o paciente buscava no CAPS e nem as razões da conduta profissional. No caso E 6, embora o paciente tenha passado por um hospital e com acompanhamento do PSF, não se sabe o que desencadeou o episódio de agressividade. No caso E 7, não se sabe porque o paciente foi encaminhado para fora da área; têm-se apenas suposições de causas em relação à precariedade da rede. No caso E 8, não se sabe a queixa atual do paciente. No caso E 9, não se sabe onde a paciente recebe a medicação que toma, não se sabe por quanto tempo faz uso, não se sabe a queixa atual do paciente e se faz suposições para dar compreensão ao motivo do atendimento, como uma busca do paciente por fazer tratamento perto de sua residência.

Estes foram os casos para os quais a equipe apontou problemas de falta de informação para a construção do caso e para a compreensão da conduta profissional. Devemos notar que, em apenas um destes casos citados acima os profissionais que realizaram o acolhimento estavam presentes na discussão. Portanto, o que não se sabe em relação ao caso E 6 não é referente a nenhum problema de registro e é exclusivamente um problema da qualidade do próprio atendimento.

Dentre os casos matriculados abordados pela pesquisa na etapa qualitativa, apenas um levantou questões em relação à qualidade do acolhimento. Trata-se do caso M 2, sendo o problema do acolhimento identificado pelos profissionais ao longo da discussão a (falta de) demanda do paciente por tratamento determinante para a conduta tomada, desconsiderando itens importantes como ter tido várias internações psiquiátricas, ser diagnosticado como psicótico e apresentar envolvimento em situações de risco da própria vida. Este caso foi acolhido por um psicólogo, bem no início do funcionamento do serviço, não tendo sido realizado um projeto terapêutico de maior intensidade, aceitando que o

paciente procurasse o serviço quando desejasse, sem articulação com a família e sem tentativas mais explícitas de realizar estratégias diferentes que favorecesse a adesão do paciente ao tratamento.

Como vimos no capítulo 6, este caso apresentou dois **eventos-sentinela**: não ter **projeto terapêutico** e não ter recebido **acompanhamento** do serviço. Este paciente não estava em tratamento e só foi retomado pelo serviço a partir de uma carta da Ouvidoria de Saúde. Este caso diz respeito ao acolhimento no serviço, mas também às formas organizacionais que auxiliam no seguimento dos casos (como a CPI e os seminários internos), visto que o caso não foi retomado durante três anos.

O outro resultado encontrado, na etapa quantitativa, que também aponta para qualidade do acolhimento é que 71% dos encaminhamentos foram realizados no acolhimento, ou seja, em apenas um atendimento, o caso foi avaliado, a conduta foi definida e o procedimento de encaminhamento para outra unidade de saúde foi efetivado (apresentado no item 1.14 do capítulo 5).

Estamos apontando este resultado como um questionador da qualidade do acolhimento, na medida em que avaliar a situação do paciente e definir a conduta, supõe que, neste único atendimento, foi possível estabelecer uma **relação de confiança** com o paciente para obter **informações suficientes** para compor uma primeira hipótese sobre a situação apresentada. Supõe também que o profissional, a partir do que foi construído neste atendimento, tenha podido **definir a conduta** mais adequada com a **indicação de tratamento** para o paciente. Supõe, ainda, que tenha sido possível **realizar o encaminhamento**. Ou seja, além de trabalhar com o paciente sobre a importância de realizar o tratamento e em um outro serviço de saúde, o procedimento de encaminhamento deve ter sido realizado, com fichas para tal, telefonemas para outras instituições, etc.

A possibilidade de avaliação do caso e definição da conduta de encaminhamento no acolhimento está interligada com os achados da pesquisa de que não há informação suficiente, na maioria dos acolhimentos, para a tais definições. Ou seja, temos que a maior parte dos encaminhamentos acontece no acolhimento e, ao mesmo tempo, que os acolhimentos não apresentam informação suficiente para a avaliação do caso e definição da conduta. Portanto, a qualidade do procedimento de acolhimento deve ser questionada.

A pesquisa mostrou que o **diagnóstico psicopatológico** não é um elemento presente na avaliação do caso no acolhimento (como vimos, em apenas 18% dos pacientes encaminhados havia registro de hipótese diagnóstica), enquanto que o **diagnóstico da situação** parece ser preponderante. Pela premissa normativa do programa de saúde mental e da pauta da realização do acolhimento, o diagnóstico da situação seria mesmo o elemento mais relevante para uma primeira abordagem do caso (como vimos no primeiro capítulo).

Mas, diante dos problemas que a pesquisa identificou nos procedimentos de acolhimento, como a falta de informação sobre queixa e motivo do atendimento para a construção do caso clínico, cabe questionar se a ênfase no diagnóstico da situação está apontando para uma nova maneira de abordar a loucura, ou se o afastamento da centralidade do diagnóstico psicopatológico está deixando brechas para uma não avaliação técnica do caso, com considerações abrangentes do senso comum, onde se termina por responder ao pedido do paciente. Enfim, esta parece ser uma questão que está na ordem do dia para a reforma psiquiátrica, diretamente relacionada à assistência prestada nos novos serviços.

Uma outra questão que aparece na etapa qualitativa da pesquisa em relação ao acolhimento é o mote “desmedicalizar e subjetivar”. Como vimos em Tenório (2000), esta atitude de provocar questionamentos no sujeito sobre sua implicação no sintoma, pode estar presente desde o primeiro atendimento e traz conseqüências para a continuidade do tratamento. Esta tarefa foi apontada pelos profissionais como algo que pode ser iniciado no dispositivo de acolhimento do CAPS e com o questionamento de qual seria a função do serviço diante desta proposta.

A discussão sobre o processo de “**desmedicalizar a queixa e subjetivar a demanda**” aparece ao longo da discussão dos casos da pesquisa (principalmente no caso E 2). O tópico é apresentado a partir de uma percepção afirmada pelos profissionais (notadamente psiquiatras e psicólogos) de que haveria uma grande proporção da clientela que busca o serviço em utilização exclusiva e excessiva de medicação.

O primeiro ponto a ser observado em relação à discussão sobre a “desmedicalização e subjetivação” é que não necessariamente há o atrelamento desta questão com uma avaliação do caso em si. Ou seja, não houve necessariamente uma avaliação do caso no sentido de identificar se realmente haveria uso exclusivo, excessivo e indiscriminado de

medicação no tratamento destes pacientes. Não se tinham elementos para poder afirmar isso. Trata-se de uma suposição feita a partir de uma percepção geral, mas nos casos trabalhados não havia informação suficiente sobre a queixa do paciente, os motivos que levaram ao atendimento e o tratamento anterior realizado, assim como esta discussão não esteve atrelada a uma hipótese diagnóstica. Houve apenas um rápido comentário de que haveria diferenças neste processo em relação a pacientes psicóticos e neuróticos.

Tendo em vista os diversos trabalhos reunidos nos Cadernos do IPUB 17 (1999), já apresentados anteriormente, sobre o que se convencionou chamar “clínica da recepção”, podemos nos perguntar até que ponto a idéia de desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa adquirem matizes diferenciados no CAPS Profeta Gentileza. Esta idéia remete à possibilidade de convocar o sujeito a participar do processo de tratamento, deixando de ser tomado apenas como um depósito de sintomas a serem extirpados pelos profissionais (e pela medicação) e tornando-se um agente na compreensão do próprio processo psicopatológico, adquirindo poder de conduzi-lo junto com os profissionais.

No caso do CAPS de Inhoaíba, ao que parece, muitas vezes não acontece no acolhimento um procedimento preliminar a desmedicalização da queixa: a própria diagnose, anamnese e avaliação do uso que o paciente faz de medicamentos e de serviços de saúde. Assim, podemos nos perguntar em que medida a subjetivação da queixa não “pula” a avaliação da relação do paciente com os próprios medicamentos e consultas médicas anteriormente consumidos.

O segundo ponto, em relação à preocupação dos profissionais a respeito da “desmedicalização da queixa e subjetivação da demanda”, seria a discussão do papel de um serviço tipo CAPS neste processo. Esta questão foi apontada no caso E1, quando um profissional se questiona se deveria ter atendido o paciente mais vezes, apesar de já estar definido que este seria encaminhado para o ambulatório, no sentido de “saber mais” sobre o caso e, talvez, iniciar um processo de questionamento do tratamento baseado na medicação. O profissional responde sua própria questão, afirmando que o CAPS deve “priorizar os casos mais graves” deixando este trabalho de “desmedicalizar e subjetivar” para os outros serviços de saúde da rede.

Também foi destacado em equipe, em relação ao caso E9, realizada por uma auxiliar de enfermagem, que embora o acolhimento tenha sido feito por esta profissional, a

conduta de encaminhar teria sido conversada com a coordenadora, estando isto escrito no PAM do paciente. Esta observação foi feita num momento em que se discutia a questão do papel do serviço no desencadeamento do processo de “desmedicalização da queixa e subjetivação da demanda”. Neste episódio, a coordenadora “defende” a auxiliar de enfermagem que fez o acolhimento, afirmando que esta teria “sim” questionado o uso exclusivo da medicação no tratamento do paciente ao realizar o acolhimento, embora não esteja registrado.

Esta situação ocorrida, em tom de defesa da competência de um profissional, remete à discussão sobre “desmedicalizar a queixa e subjetivar a demanda” como algo a ser desencadeado no dispositivo do acolhimento, como algo que faz parte das atribuições de um CAPS e que deveria ser realizado por todos os profissionais. O entendimento, nesta situação, do desencadeamento de uma subjetivação do paciente, foi quase literalmente a de questionar o uso de medicação.

Ora, devemos questionar, se o acolhimento no CAPS, da forma como vem sendo realizado, comporta tal tipo de atitude. Ou seja, é prescindível realizar uma melhor avaliação do caso, inclusive em termos diagnósticos, antes de cogitar este trabalho? Devemos interrogar, ainda, se o desencadear de um processo de questionamento do tratamento baseado na medicação é uma tarefa de todas as categorias profissionais que compõem um CAPS e se deve ser sempre feito.

Mesmo que a diferenciação entre neurose e psicose tenha sido citada durante a discussão entre os profissionais, como relevante para a estratégia de subjetivação e desmedicalização, o entendimento de alguns profissionais pode estar sendo do simples questionar o uso da medicação. Será que é interessante para a clínica psicossocial que o paciente, em um primeiro atendimento, seja interrogado pelo profissional no sentido de colocar em dúvida o uso de sua medicação?

Parece que a proposta de “desmedicalizar e subjetivar”, colocada como uma tarefa processual do tratamento (que não necessariamente chega a ser alcançada com anos de tratamento psicanalítico), está sendo vítima de um deslizamento, onde passa a ser algo *à priori*, perdendo sua característica processual. As conseqüências de tomar este elemento como uma tarefa a ser realizada no acolhimento do CAPS, significando o questionamento

do uso da medicação, podem ser inócuas ou mesmo prejudiciais ao tratamento dos pacientes na atenção psicossocial.

Um último fator sobre o acolhimento, que também apareceu na pesquisa, é em relação ao conceito de **autonomia**. Parece que o conceito de autonomia, apontado pela literatura em saúde mental como um objetivo da atenção psicossocial, também passa por deslocamentos na prática da assistência. Identificamos que o sujeito ter ou não autonomia é um critério para encaminhar ou matricular. Ou seja, a autonomia formulada como uma consequência do tratamento se torna elemento *à priori* para a definição da conduta.

Devemos lembrar que Barreto (2005) apontou justamente para a questão da autonomia, interpretada de diferentes maneiras na atenção psicossocial, que se torna indicador de qualidade do serviço nas avaliações. Enquanto Kinoshita (1996) propõe uma perspectiva da autonomia como ampliação da dependência, os usos do conceito podem ir até o limite das concepções de auto-suficiência. Não sabemos ao certo quais são as características daquilo que o termo aponta na assistência do CAPS Profeta Gentileza, mas parecem estar mais próximas de interpretações sobre a capacidade do sujeito em gerenciar a própria vida. O problema maior é o deslocamento de algo que deve ser processual e resultado do cuidado em saúde mental, para que sua existência ou não seja considerada um critério de inclusão ou exclusão do tratamento no serviço tipo CAPS.

Ambas as noções, “autonomia” e “desmedicalizar e subjetivar”, perdem o seu caráter processual, intrinsecamente ligado ao tratamento, e se instalam no serviço de atenção psicossocial como **normas**; ou seja, uma se torna critério para inclusão ou não no tratamento no CAPS e a outra se torna atitude obrigatória do procedimento de acolhimento. A autonomia e a subjetivação, ao passarem por estes deslocamentos, podem ser vistas como normas em ação no serviço e de qualidade questionável.

Enfim, apontamos o dispositivo do acolhimento no CAPS como enquanto um elemento do acesso, como conceito colocado entre o saber técnico e as diretrizes do programa, que concretiza na ação em saúde a entrada do usuário no serviço. Apresentaremos em seguida uma síntese do que foi exposto acima.

O fato de não haver fila e nem marcação de horário para o acolhimento no CAPS indica que o paciente é recebido no momento em que chega ao serviço, sem entraves institucionais, portanto estes elementos são facilitadores do acesso.

O acolhimento como a capacidade técnica dos profissionais, no sentido da utilização do saber para a produção de respostas ao usuário, foi questionado pelos resultados encontrados na pesquisa, a partir de alguns fatores: a metade dos acolhimentos é feita por apenas um técnico, não seguindo a proposta de um olhar multiprofissional para a avaliação do caso; não há informações suficientes no acolhimento para a construção do caso, e, portanto, para a definição da conduta, mas, no entanto, a maioria dos pacientes é encaminhada no primeiro atendimento e a resposta é condizente com o pedido do usuário, suspeitando da qualidade técnica da avaliação.

Vimos que, no dispositivo do acolhimento o diagnóstico situacional é privilegiado em relação ao diagnóstico psicopatológico, como prevê a premissa normativa do programa de saúde mental, o que pode estar apontando para uma novidade da abordagem da loucura nos novos serviços, assim como para uma fragilidade da avaliação dos casos.

Também vimos que, as noções de autonomia do paciente e a atitude técnica de “subjetivar e desmedicalizar” parecem sofrer deslizamentos, perdendo a dimensão processual que as caracteriza, como algo a ser trabalhado ao longo do tratamento para se tornar, no caso da autonomia um critério de indicação para o tipo de serviço e, no caso da “subjetivação”, uma norma imperativa, a partir de um entendimento literal de questionamento sobre o uso de medicação.

7.3. O acompanhamento

O acompanhamento da clientela da saúde mental pelo serviço CAPS é um dos temas privilegiados por esta pesquisa de cunho avaliativo. Junto com o eixo acesso, o acompanhamento é colocado como um analisador da qualidade da assistência. Goldgerg (1996) afirma que, dada a reabilitação psicossocial como um processo, o serviço tem de prestar a **continuidade do cuidado** para que os objetivos do serviço substitutivo sejam possíveis. Não se trata de uma novidade no campo da saúde mental e sim de um princípio e a pesquisa identificou o acompanhamento dos usuários como um dos indicadores de qualidade da assistência apontado pelos profissionais. Na realidade, este foi o único elemento que surgiu na pesquisa, apontado pela equipe, como algo que determina a qualidade do trabalho do CAPS, tanto em relação aos pacientes encaminhados quanto aos matriculados.

Em etapa inicial desta pesquisa, havíamos perguntado como o CAPS acompanha a trajetória de vida dos usuários, através de quais práticas assistenciais o acompanhamento do tratamento é realizado, como é a relação entre profissional e paciente neste percurso e quais são os vínculos entre a clientela e a equipe. Para tentar responder algumas destas questões, vamos apresentar o que foi encontrado. Por facilitar a apresentação vamos denominar o acompanhamento dos casos encaminhados de “seguimento”, visto que identifica o “seguimento dos encaminhamentos”, enquanto para os matriculados vamos manter o termo acompanhamento.

O “seguimento” dos encaminhamentos realizados pelo CAPS surgiu ao longo das discussões como algo valorizado, mas que é raramente efetivado. O seguimento dos pacientes encaminhados implicaria em “saber” o que aconteceu com o paciente depois de ter sido encaminhado pelo CAPS. Ou seja, **conhecer o destino** do paciente, se este conseguiu realizar o que havia sido proposto no encaminhamento do serviço. Nos casos discutidos para a pesquisa, em geral, significa saber se o paciente conseguiu agendar a consulta ambulatorial e se a partir disso está em tratamento.

Como não foi possível ter informações quantitativas específicas sobre o seguimento do encaminhamento, visto que teriam de ser coletadas individualmente, pois não existe registro específico sobre isso no serviço, vamos fazer estimativas a este respeito a partir do que surgiu nos resultados.

Na etapa quantitativa da pesquisa, vimos que dos 25 pacientes que não foram encaminhados no acolhimento, em oito PAMs há registro de que os profissionais do CAPS ajudaram na marcação de consultas, agenciando o encaminhamento, e em três, há o registro de confirmação de que o paciente conseguiu efetivar o encaminhamento. Assim como 11 destes pacientes tiveram atendimento no CAPS após a data de encaminhamento, apontando que houve acompanhamento destes casos até o momento em que estes pacientes conseguissem tratamento em outros serviços. Então, temos indicações de que os pacientes que não foram encaminhados no acolhimento foram acompanhados pelo CAPS e receberam alguma forma de seguimento aos encaminhamentos. Não podemos afirmar nada em relação àqueles que tiveram um só atendimento no serviço.

Na etapa qualitativa da pesquisa, o seguimento dos encaminhamentos foi citado explicitamente nas discussões dos casos E1, E2, E5 e E6, sendo que este último implicaria

o seguimento de um encaminhamento da paciente a um hospital geral para avaliação de etiologia orgânica. Neste caso, não houve por parte dos profissionais que acolheram a indicação de que a paciente deveria retornar ao CAPS após a avaliação no hospital, fato que foi chamado atenção por outro profissional no momento da discussão, “se não seria o caso de um retorno?”.

Foi possível destacar nas discussões dos casos que o seguimento dos encaminhamentos é um ponto importante para a equipe. Em várias situações era ressaltado que não se tinha “pernas” para fazê-lo, embora fosse considerado como “o certo”. Houve manifestação de que realizar este seguimento “é parte do trabalho” do CAPS, mas que os profissionais não conseguem concretizá-lo. Em alguns momentos da discussão isto apareceu como motivo de angústia, com expressões como “não saber” o que aconteceu com o paciente e, portanto, não saber o resultado de sua própria intervenção.

A importância atribuída ao seguimento não parece ser específica de nenhum profissional ou categoria, mas algo compartilhado pela equipe. É apontado como função do CAPS, como pertinente à intervenção, mas como algo de que os profissionais estão impossibilitados de cumprir, dado o volume de trabalho.

Na discussão do caso E2, o seguimento do paciente é apontado como um elemento que define a “**qualidade do encaminhamento**” do serviço. Temos aí um ponto importante para o tema da avaliação de serviço, de modo genuinamente apontado por um profissional, em meio ao “não-saber” sobre o resultado de sua intervenção.

O seguimento do caso, ao longo das discussões, apareceu principalmente relacionado com o encaminhamento, mas possibilitou a ampliação da discussão para o **acompanhamento das internações**.

No caso E2, em meio à discussão sobre a dificuldade de encaminhar um paciente sem saber se este será atendido pela rede, aparece uma fala interessante de um profissional: “**encaminhar é o sucesso e internar é o fracasso do CAPS**”. A proposição é questionada, e, no decorrer da discussão, a supervisora aponta que o “fracasso” do serviço em relação à internação é quando o CAPS não consegue fazer o acompanhamento desta internação.

Temos aí um elemento interessante para o campo da avaliação de serviço: a internação é considerada como o último recurso assistencial, mas não como uma intervenção que não deve ser realizada “de jeito nenhum” pelo CAPS. A internação aparece

como um dos dispositivos a ser acionado pelo CAPS, mas que o serviço deve cumprir seu papel de acompanhamento do paciente.

Embora a proposição da internação como um fracasso do trabalho do CAPS tenha aparecido, temos uma tomada de posição do serviço em relação ao uso possível da internação e a continuidade do trabalho do CAPS com o paciente: **o acompanhamento**. Então, o seguimento e o acompanhamento foram colocados como um **valor** do serviço e como aquilo que imprime **qualidade** ao trabalho do CAPS.

Os casos matriculados discutidos em equipe trazem elementos para analisar o acompanhamento. Vamos apontar como foi realizado o acompanhamento destes pacientes e quais foram os dispositivos organizacionais utilizados para tal.

No caso M2, o ponto central da discussão foi justamente não ter havido acompanhamento do paciente. Vimos que o paciente teve contato com alguns profissionais, vinha sozinho ao serviço, era manifestadamente psicótico e que a equipe lançou mão de instrumentos organizacionais para tentar recuperar o caso (CPI e telefonemas ao paciente), mas nem assim houve acompanhamento.

O caso aponta fundamentalmente para a questão do acompanhamento de pacientes no serviço tipo CAPS, interligando elementos do trabalho em equipe, da questão dos registros de atendimentos, dos critérios utilizados para a definição de ser um “paciente de CAPS”, da ampliação do trabalho com o paciente incluindo a família e a comunidade, da articulação entre serviços, da existência de instrumentos como dispositivos organizacionais que auxiliem no processo de acompanhamento. Este caso é um exemplo de evento-sentinela, com a duração de três longos anos: o não-acompanhamento do paciente.

A descrição da discussão em equipe fala por si mesma quanto à não tomada de responsabilidade do serviço em relação ao caso, mas devemos buscar quais elementos envolvidos neste resultado. Podemos partir da hipótese da supervisora de que não houve uma *prise en charge* do paciente porque este vinha esporadicamente ao serviço e como conseqüência não foi matriculado. Temos aí que a demanda do paciente por tratamento definiu sobremaneira a conduta da equipe, ou seja, parece que o paciente não solicitou o suficiente para iniciar um processo de referenciação ao serviço.

Como foi questionado ao longo da discussão do caso, qual é a demanda apropriada para um paciente de CAPS? No acolhimento o profissional afirmara que não havia

“demanda de análise”, o que é rebatido imediatamente, como não sendo a demanda do paciente por tratamento que deve definir a conduta do projeto terapêutico para pacientes psicóticos. Como foi apontado, no final da apresentação do caso, os critérios de ser “paciente de CAPS”, ter múltiplas internações anteriores, ter o diagnóstico de psicose e ter tido tratamento num CAPS anteriormente, não foram considerados no acolhimento como indicativos para a matrícula, tendo sido utilizado o critério de demanda de tratamento do paciente.

Outro ponto da hipótese da supervisora é que se o paciente estivesse matriculado haveria a tomada de responsabilidade sobre o caso. Mas esta suposição é questionada por um profissional, constatando que existem pacientes matriculados que também não frequentam o serviço. Há aí a expectativa de que quando um paciente é devidamente matriculado significa que a equipe o considera “do CAPS” e, portanto, se responsabiliza pelo tratamento. Há também uma expectativa de que haja mais controle sobre o tratamento de pacientes matriculados, ou seja, que o estatuto de paciente matriculado contribui para que o paciente seja tratado pela equipe. Isso aponta para uma **ligação entre o estatuto de matriculado e a responsabilidade do serviço**; ou seja, a efetivação da matrícula é apontada como um dispositivo organizacional que ajuda na realização do acompanhamento.

É importante lembrar do caso M4, em que o paciente foi matriculado no dia do acolhimento, diferente da maioria dos casos matriculados em que há um tempo longo entre o acolhimento e a matrícula. Mesmo sem ter atendido o paciente (o que aconteceu posteriormente), somente a partir do relato do familiar, foi definida a gravidade do caso e decidido que se trata de um “caso de CAPS”, apontando a responsabilidade do serviço em relação à clientela dita grave. Como houve o acompanhamento posterior à matrícula, podemos pensar a função do estatuto de matriculado para a responsabilização do serviço pelo caso, apontado pela supervisora como uma das razões importantes para o acompanhamento.

Voltando ao caso M2, houve utilização de outros **dispositivos organizacionais** na tentativa de recuperar o acompanhamento do caso: uma lista dos pacientes que deveriam ser transferidos de CAPS e a CPI (Comissão de Prontuários Incorretos)⁶⁶. Mas como vimos,

⁶⁶ Estes dois dispositivos organizacionais criados no serviço estão descritos no Capítulo “História e Contexto do CAPS Profeta Gentileza”. O primeiro trata da lista de pacientes que deveriam passar a ser atendidos no CAPS de Inhoaíba dado a região de moradia, e a CPI (Comissão de Prontuários Incorretos) trata de uma

estas tentativas não foram suficientes para fazer com que o CAPS interrompesse o não-acompanhamento deste paciente.

É importante destacar que tanto a lista de pacientes a serem transferidos como a CPI foram iniciativas dos profissionais (e não da coordenação ou supervisão), como tentativas de organizar o próprio trabalho. Temos, nestas duas propostas, a demonstração de que se trata de uma equipe com disponibilidade para organizar o trabalho e com criatividade de invenção de maneiras para tal.

Como foi possível evidenciar com a apresentação da discussão em equipe, é somente a partir da Carta da Ouvidoria de Saúde que o caso M2 é levado para a reunião, sendo apropriado pelo conjunto da equipe e possibilitando uma real tomada de responsabilidade sobre o paciente, inclusive com a decisão de matriculá-lo.

No momento da discussão deste caso, há uma avaliação crítica da equipe em relação ao não-acompanhamento, seguida da construção do caso e de definição da conduta a ser tomada a partir de então. A estratégia de trabalho futura com o paciente inclui o acompanhamento da internação atual, propiciando o vínculo com o paciente e a construção de um projeto terapêutico no CAPS, o trabalho com os familiares e vizinhos.

É ressaltada que para o acompanhamento da internação do paciente deve ser realizado uma **articulação com a equipe da internação**, no sentido de ter uma conduta em comum para o caso. Na estratégia de retomar o caso é enfatizada a importância do **envolvimento dos familiares**. Também é construída uma proposta de aproximação com os vizinhos do paciente. Foram os vizinhos que procuraram a Ouvidoria de Saúde, uma tomada de posição radical, buscando uma instância oficial de controle dos serviços de saúde. Temos que considerar que os vizinhos já haviam telefonado para o serviço, na busca de atendimento para o paciente.

Para este caso não houve acompanhamento por mais de três anos. Os profissionais apontaram como importante o estatuto da matrícula para o controle do acompanhamento. Podemos observar que o paciente esteve no serviço várias vezes, em contato com diversos profissionais, mas o caso foi apropriado pela equipe a partir da carta da Ouvidoria de saúde e da discussão em supervisão. A partir do acolhimento no serviço não houve o

revisão dos prontuários (todos) em busca de identificar “qualquer coisa incorreta”, aí incluído pacientes sem acompanhamento.

envolvimento de outros profissionais, ficando a responsabilidade do caso sobre aquele que realizou o acolhimento. Poderíamos supor que a participação de outros profissionais, desde o início, poderia ter ajudado evitar o que o paciente ficasse sem tratamento por tanto tempo, apontando o trabalho em equipe como fator relevante para o acompanhamento.

Ao retomar o caso, a equipe usa todas as estratégias para ajudar no acompanhamento, quais sejam, o trabalho com a família e os vizinhos do paciente, a articulação com a equipe de profissionais da internação e o envolvimento de toda equipe para o cuidado com o paciente.

Um elemento que pode ter contribuído para a desassistência do caso é o fato de que não havia **participação da família**, como mostra a passagem em que o irmão do paciente telefona para o CAPS de Campo Grande pedindo ajuda, sendo que o paciente estava referenciado ao CAPS de Inhoaíba havia três anos. O irmão não sabia disso, mostrando que também não acompanhava o paciente. Então, além da demanda esporádica do paciente não havia nenhuma demanda familiar.

A participação da família no tratamento, inclusive como elemento propiciador do acompanhamento, pode ser vista no caso M4, em que é a família que procura atendimento no CAPS. Neste caso, o início do tratamento é anterior ao atendimento do paciente, quando serviço e família constroem estratégias de abordagem. Posteriormente, o técnico de referência passa a realizar visitas domiciliares, iniciando o trabalho com o paciente. Neste caso tanto o envolvimento da família, quanto à existência do recurso veículo foram fundamentais para o acompanhamento do paciente. A participação da família como uma outra instância que se responsabiliza pelo paciente é elemento considerado importante na atenção psicossocial. Enquanto o carro para a realização de visita domiciliar é um elemento da estrutura, considerado pela equipe como fundamental para assistência do CAPS.

O caso M3 é um exemplo bem-sucedido de acompanhamento da trajetória de vida do paciente e **responsabilização do serviço sobre o caso**, havendo a utilização de diversas estratégias e dispositivos do serviço. A equipe acompanha o paciente com atendimentos no serviço, em situação de internação com visitas hospitalares, quando está na casa da mãe com visitas domiciliares e contatos com outros serviços: sejam da saúde, da justiça ou da assistência social. Os profissionais trabalham no sentido de intensificar a participação da família no tratamento e em busca da melhoria de vida do paciente, com a possibilidade de

benefício social. Ou seja, neste caso, o serviço realmente realiza o acompanhamento, criando diferentes estratégias e lançando mão dos dispositivos disponíveis.

O caso M1 teve acompanhamento ao longo do período, mas apresenta situações que questionam o acompanhamento realizado pelo CAPS. Logo no início da apresentação do caso em equipe, é anunciado que o paciente tem um projeto terapêutico que “não é projeto”. A profissional de referência do caso afirma que o paciente ficou um ano indo ao CAPS somente para o Grupo de Medicação, levando para casa seu estoque de medicamentos. Isso é apontado pela profissional como não sendo um projeto terapêutico.

À luz da avaliação de serviços, a situação apresentada é um **evento-sentinela**. Esta situação aponta, na verdade, para dois eventos sentinelas: 1) Paciente não tem **projeto terapêutico** e 2) Paciente está no CAPS em **regime ambulatorial**: vem uma vez por mês e leva medicação para trinta dias.

Assim como há dispositivos institucionais que auxiliam no acompanhamento, a organização do serviço pode ser um obstáculo. Devemos lembrar que o caso M3 foi incluído na pesquisa a partir da indicação de uma profissional, pois levantaria questões referentes à **organização do serviço**. Do ponto de vista desta profissional, a recente internação do paciente poderia ter sido evitada se o paciente pudesse ter sido medicado no CAPS, o que não foi possível por causa de modificações no funcionamento do trabalho dos psiquiatras e da sala de medicação.

Embora esta tenha sido a razão de inclusão do caso na pesquisa, o assunto da nova configuração do trabalho no CAPS não foi discutido naquele momento, tendo sido dado relevo à condução do caso clínico, mas cabe aqui sua apresentação, pois evidencia o desenho no serviço influenciando diretamente na assistência, sendo importante lembrar quais foram estas mudanças institucionais.

A modificação que havia sido feita no serviço em relação ao trabalho dos psiquiatras e ao funcionamento da sala de medicação se seguiu à criação do Grupo de Referência e teve como motivação o número considerado grande, por parte dos profissionais da enfermagem, de pacientes sem reavaliações médicas e de prescrição de medicamentos. A enfermagem, diante da intermitência do profissional psiquiatra no CAPS, considerou que havia muitos pacientes que não estavam tendo reavaliações médicas e, portanto, do esquema medicamentoso. Nestas situações, os profissionais de enfermagem

estariam “repetindo receitas” muito antigas. A partir disso, iniciou-se um outro desenho de trabalho no serviço: os técnicos de referência passaram a fazer esta tarefa de “transcrever receita”, ou seja, repetir a prescrição medicamentosa. Então esta função deixou de ser algo realizado exclusivamente pela enfermagem para ser dividido entre todos os profissionais, no papel de técnicos de referência. Concomitante a isso, diante do fato de que havia profissionais da enfermagem que queriam estar mais presentes nos dispositivos do CAPS (como oficinas e acolhimento), mas cujo trabalho na sala de medicações não estava permitindo que restasse tempo, foi decidido que a sala de medicação não ficaria aberta todo o período de funcionamento do serviço. Foram estabelecidos horários de entrega de medicações, que coincidiam com a escala de psiquiatras no serviço.

A “questão do serviço” que este caso mostraria, segundo a profissional, era o fechamento da sala de medicação que naquele momento impediu que o paciente fosse medicado no serviço, resultando na internação. Se seguirmos a consideração desta profissional, temos uma situação em que o **desenho institucional** definiu o resultado da intervenção. Neste caso, podemos dizer que elementos da estrutura e do processo de trabalho influenciaram diretamente no resultado, ou melhor: **a modificação na estrutura transformou o processo de trabalho e trouxe conseqüências para o resultado.**

Um item importante do acompanhamento da trajetória de vida e do tratamento do paciente é o trabalho em equipe multiprofissional. Vimos que o procedimento de acolhimento, na metade das vezes, não cumpre o princípio de ter mais de uma categoria profissional envolvida na avaliação do paciente. Para o acompanhamento dos matriculados vamos observar como é realizado o acompanhamento.

No caso M1, o início do tratamento do paciente é acompanhado pelo psiquiatra e pelo musicoterapeuta, a partir do Grupo de Medicação, que como apresentado anteriormente, foi uma experiência de caráter multiprofissional criada especificamente como uma estratégia de acompanhamento dos pacientes estabilizados. Com a saída deste profissional psiquiatra, a musicoterapeuta deu continuidade ao grupo e ao acompanhamento deste paciente. A assistente social participa do caso apenas em relação à sua especificidade, referente ao benefício social, e um novo psiquiatra entra no caso depois de longo período em que o único profissional responsável pelo caso era o musicoterapeuta. Podemos

concluir, então, que não houve uma apropriação multiprofissional do caso, apenas diferentes categorias envolvidas no atendimento do paciente.

No caso M2, aparece claramente a não-realização de um trabalho em equipe, o que só vem a ocorrer a partir da carta da Ouvidoria de Saúde, momento em que o caso é discutido em reunião/supervisão. Quando o paciente foi ao CAPS, em duas ocasiões, os profissionais o remeteram para o técnico que o acolheu, em um outro dia. Ou seja, o paciente não foi tomado como um caso de toda a equipe, mas sim de um único profissional. Como o caso não havia sido discutido em equipe, não era matriculado, não tinha um projeto terapêutico definido, é como se este fosse responsabilidade somente do profissional que o acolheu, não implicando o restante dos profissionais. Vamos considerar que, neste caso, os elementos que possibilitaram a apropriação do caso pelo conjunto dos profissionais foram uma denúncia de outra instância social e a discussão em equipe.

O caso M3 é aquele cuja discussão demonstra maior interdisciplinaridade no acompanhamento do caso. Tendo sido acolhido por dois psicólogos, o paciente tem como técnico de referência o musicoterapeuta que trabalha em parceria intensiva com o terapeuta ocupacional. Ambos os profissionais realizam atendimentos, trabalhos com a família, visitas domiciliares e hospitalares. Há envolvimento de psiquiatras e da assistente social. Durante a discussão em equipe, foi observado que muitos profissionais falaram sobre o paciente, propiciando diversos olhares na construção do caso e na definição de estratégias. De todos os casos discutidos, este foi o que mais suscitou a participação das diferentes categorias profissionais, demonstrando uma real apropriação do caso pelo conjunto da equipe.

Em relação ao caso M4, devemos observar que foi um profissional psiquiatra que realizou o acolhimento, fato raro neste serviço, como vimos nos dados quantitativos. Assim como foi o profissional que realizou o acolhimento que tem a função de técnico de referência do paciente, como indicado pela norma prescritiva do serviço (dos quatro casos matriculados estudados, em dois o técnico de referência é o mesmo profissional que realizou o acolhimento). O psiquiatra assume o lugar de técnico de referência e a assistente social é incluída como uma estratégia diferente de abordar o paciente, a partir de questões do benefício social. Não há o envolvimento de outras categorias profissionais, mas

psiquiatra e assistente social formam parceria nos atendimentos ao paciente e aos familiares, assim como para construção de estratégias para o tratamento.

Devemos observar que, em nenhum destes quatro casos matriculados incluídos na etapa qualitativa da pesquisa, havia participação de profissionais da enfermagem no acompanhamento, ao contrário da maciça participação destes profissionais no acolhimento. Os profissionais da enfermagem têm maior participação no acolhimento e menor envolvimento com o acompanhamento dos casos. Isto aponta para **existência de diferentes funções entre as categorias profissionais na assistência psicossocial**, ao contrário do que indica o desenho do serviço.

Um último elemento a ser destacado dentro do item acompanhamento é que surgiu na pesquisa uma situação interessante em relação ao **benefício social**. Aparece no caso M1 um **juízo** em relação ao pedido de benefício social (poderíamos dizer que se trata de um juízo moral). Há um juízo por parte dos profissionais em relação ao pedido do familiar por benefícios sociais para o paciente; sendo que está clara a necessidade de algum recurso para que a família possa realmente cuidar do paciente, inclusive com a fala da assistente social de que o paciente tem indicação para a LOAS e com a fala da própria técnica de referência de que o benefício possibilitaria a contratação de um cuidador que viabilizaria a maior frequência do paciente ao CAPS.

Os profissionais parecem confusos com esta função do CAPS em indicar pacientes para benefícios sociais. Entre a real pertinência da necessidade de benefícios sociais e a possibilidade de abusos de demanda por parte de uma população carente, os profissionais deslizam em julgamentos morais generalizados. Isso foi evidenciado também na discussão do caso E2, quando os profissionais afirmam que teriam pessoas que iriam “sondar o CAPS” em busca de um possível benefício social, assim como é afirmado que os profissionais “percebem” esse interesse logo de início.

Os profissionais sabem distinguir a necessidade do benefício social para o tratamento do paciente, assim como sabem identificar o interesse no benefício social sem justificativa de doença mental, mas se perdem entre um e outro e, neste caso, lançam uma espécie de crítica, um juízo moral, ao pedido do familiar.

Ainda sobre este juízo moral por parte dos profissionais em relação ao pedido de benefício social, temos neste caso a observação feita pelo psiquiatra que acabara de

entrar no tratamento do paciente. Este profissional questiona as outras técnicas em relação à insistência da familiar quanto ao pedido de benefício, alegando que isto não lhe foi solicitado. Porque deste questionamento? Há uma desconfiança da atuação das profissionais? Seria uma tentativa de crítica ao julgamento moral, no sentido de que a irmã quer tratamento e não somente benefício? Ora, será que a irmã não falou em benefício com este profissional exatamente por ser a primeira consulta com um médico novo no serviço, após tanto tempo que o paciente ficou sem atendimento com um psiquiatra? Mesmo após reafirmada a pertinência do pedido de benefício, houve um novo julgamento? Será que haveria nesta situação uma representação por parte do familiar em relação às atribuições de cada categoria profissional? Ou seja, de que o benefício social seria da alçada da assistente social e não do médico.

Enfim, neste item consideramos o eixo acompanhamento como um analisador da qualidade da assistência, sendo uma das missões do serviço tipo CAPS, observar como o serviço presta a continuidade do cuidado. Este é um caminho interessante para a pesquisa avaliativa. Vimos que o elemento acompanhamento surge como um valor na equipe, como algo que imprime a qualidade da assistência prestada, tanto em relação ao seguimento dos encaminhados como ao acompanhamento da trajetória de vida dos matriculados, incluindo as situações de eventuais internações em hospitais psiquiátricos.

Em relação ao seguimento dos encaminhados, que significa conhecer o destino do paciente, saber se o encaminhamento foi concretizado, é apontada pelos profissionais que esta é uma tarefa do CAPS, mas que não consegue ser realizada. O não-saber sobre o destino do paciente retorna para os profissionais como um desconhecimento sobre os resultados de seu próprio trabalho. Observamos que o seguimento dos encaminhamentos é feito de maneira esporádica, sem sistematicidade, ficando a cargo de cada técnico a realização do procedimento, sem auxílio de nenhum dispositivo institucional para organizar o seguimento.

Em relação ao acompanhamento dos pacientes matriculados, vimos que há dispositivos organizacionais que auxiliam na tarefa de acompanhar, como a CPI, os seminários internos, a matrícula e, principalmente, a reunião/supervisão de equipe. Foi observado que o momento da reunião proporciona a discussão do caso e fundamentalmente o compartilhamento de responsabilidade pelo paciente entre os profissionais. A

participação de mais de um profissional no acompanhamento também foi apontada como fator importante da sua concretização.

Além dos dispositivos organizacionais que auxiliam no acompanhamento, o trabalho com a família também é potencializador da continuidade do cuidado, assim como a articulação entre os serviços da rede. O dispositivo do serviço para a realização do acompanhamento dos pacientes matriculados é o técnico de referência.

7.4. A utilização do serviço

O item utilização do serviço também é uma dimensão que serve para avaliar a qualidade do serviço, assim como o acesso e o acolhimento, a maneira com que os dispositivos do serviço são utilizados pelos pacientes traz informações sobre a adequação do tratamento oferecido para a sua clientela.

Os dados quantitativos apresentados mostraram que 71% dos pacientes encaminhados passaram apenas pelo acolhimento no serviço, utilizando, portanto, apenas o **atendimento individual**. Dos 25 pacientes que não foram encaminhados no acolhimento, há registro de que 14 deles tiveram **medicação** fornecida pelo serviço, ou seja, além do acolhimento, supostamente passaram por **atendimento com o profissional psiquiatra** e tiveram contato com a **sala de medicação** e com os **profissionais da enfermagem** responsáveis pela distribuição de medicamentos. A maioria destes pacientes, no período em que permaneceu no CAPS teve atendimentos com pelo menos **dois profissionais de categorias diferentes**. Dentre estes pacientes apenas dois participaram de atividades coletivas, somente um teve familiar inserido no Grupo de Família e um outro teve projeto de qualificação profissional via informática (CDI).

Os dados qualitativos em relação aos pacientes encaminhados trouxeram os mesmos resultados em termos da utilização do serviço, sendo majoritariamente de atendimentos individuais e uso de medicação até a passagem para outro serviço de saúde.

Para os pacientes matriculados, a etapa quantitativa da pesquisa mostrou que as **oficinas terapêuticas** são os dispositivos mais utilizados, juntamente com os **atendimentos individuais** e o **uso de medicação**. O segundo dispositivo mais utilizado é o **Grupo de Família**, sendo que metade dos pacientes da amostra tem familiar inserido neste grupo. O terceiro é o pedido de **laudo médico**, e o quarto é a participação no **CDI**. Dos 14 pacientes

da amostra de matriculados, três tiveram **internação psiquiátrica** após iniciar o tratamento no CAPS, sendo que um destes o serviço já recebe em crise. Há registro de **visitas domiciliares** e **hospitalares**. Apenas um dentre os pacientes da amostra estava inserido no **Programa de Volta Para Casa**. Dentre os 14 pacientes da amostra de matriculados, seis casos haviam sido discutidos em **reunião/supervisão** de equipe.

Os dados quantitativos mostraram que há diferença na utilização dos dispositivos do CAPS entre os pacientes encaminhados e matriculados. Este resultado é esperado de um serviço tipo CAPS, visto que os encaminhados passam somente pela avaliação e suporte até a concretização do encaminhamento, enquanto os matriculados, sobre responsabilidade do serviço, podem (em função de cada projeto terapêutico) fazer usos dos demais dispositivos existentes. Portanto, exceto pelos atendimentos individuais e pelo uso de medicamentos, os dois grupos de pacientes se diferem quanto à utilização do serviço, sendo que os pacientes matriculados participam das atividades coletivas e têm projetos mais amplos de cunho reabilitativo e de reinserção social, como o CDI.

A discussão dos casos matriculados, que compõem a etapa qualitativa da pesquisa, mostrou situação diferente dos apontados pelos dados quantitativos. Nenhum dos quatro pacientes teve real inserção em atividades ou oficinas no serviço. O caso M1 era acompanhado pelo Grupo de Medicação, que não configura uma atividade, e só começa a participar da musicoterapia após um ano no serviço. O caso M2 tem eventuais e rápidas incursões em atividades, mas sem projeto terapêutico não está inserido em nenhuma oficina. O caso M3 é acompanhado fundamentalmente com trabalhos individuais, com raras participações em atividades coletivas. O caso M4, nem sequer chegou ao serviço, sendo tratado através de visitas domiciliares. Devemos apontar que o número da amostra é pequeno, além de que apenas dois foram realmente sorteados, enquanto os outros dois foram incluídos na pesquisa exatamente porque apresentavam situações problemáticas em relação à continuidade do tratamento. Mas, utilizaram outros dispositivos do serviço, também apontados na etapa quantitativa, como visitas domiciliares (casos M3, M4 e M2), internação psiquiátrica e conseqüente visita hospitalar (M3 e M2), trabalhos com a família (casos M1, M2, M3 e M4).

Neste item, vimos que a diferença de utilização do serviço para pacientes encaminhados e matriculados diverge exatamente naquilo que diferencia os dois grupos,

enquanto uns foram avaliados como podendo realizar tratamento em outros serviços e, portanto, foram encaminhados, os matriculados efetivam o tratamento no CAPS e, portanto, fazem utilização dos diversos dispositivos assistenciais. Todos os encaminhados passaram pelo dispositivo acolhimento e aqueles que permaneceram mais algum período no serviço, passaram por consultas com mais de uma categoria profissional, além do psiquiatra e fizeram uso de medicação fornecida pela unidade.

Já os pacientes matriculados, para os quais o CAPS é o local de tratamento, vimos que além dos atendimentos individuais e do uso de medicação, o dispositivo mais utilizado foi a oficina terapêutica. Isso aponta para a diversificação dos dispositivos da assistência prestada, com uso de atividades grupais que têm propostas específicas. A metade dos familiares destes pacientes está inserida no Grupo de Família, demonstrando a importância da adesão do familiar no tratamento no CAPS. Vale lembrar que a adesão do familiar é um indicativo proposto pelo Relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) e pela proposição de pactuação de metas da gestão municipal. Os pacientes matriculados também são acompanhados via visitas domiciliares e hospitalares, além da possibilidade de estarem inseridos em projetos de geração de renda e capacitação profissional.

7.5. Critérios considerados para encaminhar e para matricular

Apresentaremos abaixo, aquilo que foi apontado pelos profissionais como critério para encaminhar os pacientes, vistos na etapa qualitativa da pesquisa, ou seja, foram estes elementos que nortearam a definição da conduta dos profissionais, considerando estes pacientes como não tendo indicação para o tratamento no serviço, portanto, sendo encaminhados a outras unidades de saúde. Abaixo apresentamos os elementos encontrados nas discussões:

- “está bem no tratamento ambulatorial” (casos E1 e E10);
- não tem internação anterior (casos E1, E2 e E6);
- não está em crise (caso E1);
- “não é um caso grave” (caso E1);
- hipótese diagnóstica de neurose e não de psicose (casos E1 e E5);
- hipótese de etiologia orgânica (caso E6);

- dar continuidade ao tratamento ambulatorial (casos E1, E2 e E7);
- adequação do tratamento ambulatorial à área de moradia (casos E1, E2, E3 e E10);
- apresenta juízo crítico (caso E1);
- continuidade da medicação (caso E1, E2 e E9).

Não podemos deixar de considerar que muitos dos profissionais que fizeram o acolhimento destes dez casos não estavam nas reuniões de discussão da pesquisa, portanto, não tiveram a oportunidade de falar sobre os casos e, conseqüentemente, explicitar os critérios utilizados para o encaminhamento, restando apenas o registro de informações em prontuário e as interpretações dos profissionais presentes.

A partir disso, podemos supor a possibilidade de que existam fatores não explicitados na discussão em cada caso, mas que tenham sido levados em consideração para a decisão de encaminhar, a partir de informações contidas no registro. Estes fatores seriam, principalmente, ter tido tratamento anterior em ambulatorio (registrado nos casos E2, E7, E8, E9 e E10) e não ter internação anterior (registrados nos casos E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8).

Podemos questionar ainda se não houve o uso de parâmetros como **autonomia** do sujeito para a definição da decisão de encaminhar, na medida em que os relatos mostram, pacientes indo sozinhos ao serviço e falando de sua situação, demonstrando, talvez, um grau aceitável de gerenciamento de si próprios. Seguindo a mesma linha interpretativa de identificar elementos nos relatos dos profissionais que justifiquem a conduta de encaminhamento, podemos questionar também se estes casos foram considerados como **não sendo situações de crise**. Estes dois elementos apontariam para uma percepção de não-gravidade dos casos (embora somente no caso E1 tenha sido citado a questão de não ser um “caso grave”).

Autonomia, que no trabalho de Goldberg (1996) é um objetivo da atenção psicossocial, no CAPS de Inhoaíba parece estar sendo utilizado pelos profissionais como critério para encaminhar pacientes (como propusemos no item sobre o acolhimento deste capítulo). Delgado e Venâncio (2000), ao apontarem a autonomia do sujeito psicótico como indicador de qualidade dos serviços de saúde mental, também têm em conta a autonomia

como ponto de chegada e não de partida, diferente do modo como o CAPS Profeta Gentileza parece estar usando esse critério nos encaminhamentos: como ponto de partida.

Como podemos observar, a maioria das razões apontadas como motivo para o encaminhamento tem relação com **histórico de tratamento ambulatorial anterior** e a **situação atual** do paciente, havendo referência ao **diagnóstico psicopatológico** apenas nos casos E1 e E5 como do campo da neurose e não da psicose, e no caso E6 em que há suspeita de uma etiologia orgânica para o quadro.

Abordaremos agora os critérios apontados pela equipe como indicativos de tratamento no serviço tipo CAPS. Vamos retomar os motivos da matrícula de cada um dos quatro casos discutidos na etapa qualitativa da pesquisa:

- Caso M1: é um caso “grave”, por ter sido morador de rua durante anos, pela “situação social” e pelo diagnóstico de esquizofrenia.
- Caso M2: teve múltiplas internações psiquiátricas, tem diagnóstico de psicose, se coloca em situações de “risco”.
- Caso M3: tem diagnóstico de esquizofrenia, tem internações psiquiátricas anteriores e apresenta situação social grave.
- Caso M4: tem diagnóstico de esquizofrenia, tem internações psiquiátricas anteriores e situação atual de isolamento e agressividade.

Devemos observar que no momento de responder sobre as razões da matrícula destes pacientes, os profissionais apontam tanto o diagnóstico da situação como o diagnóstico psicopatológico (nos quatro casos ambos estão presentes). É importante considerar que estas respostas foram obtidas a partir de pergunta clara sobre as razões da matrícula, ao final da discussão de cada caso. Os profissionais de saúde mental parecem ter em mente que as duas dimensões devem ser consideradas ao traçar a estratégia de tratamento, pois quando explicitamente perguntado sobre as razões da matrícula o diagnóstico psicopatológico aparece em pé de igualdade com o diagnóstico situacional. O que não é encontrado ao longo das discussões e nem nos registros em PAMs e prontuários.

Na discussão de apenas um dos pacientes matriculados (M3) a questão diagnóstica aparece, a partir da fala da supervisora, apontando o diagnóstico de esquizofrenia do paciente, em meio à construção do caso em equipe. Nesta situação, o técnico de referência narra todo o percurso do tratamento, dando relevo ao fato do paciente “não-cumprir o

combinado”, não realizando o seu projeto terapêutico, não indo ao serviço nos dias marcados, etc. Com a inclusão na discussão da hipótese diagnóstica de esquizofrenia e suas implicações para a vida do paciente, parece ter havido uma transformação na maneira da técnica de referência abordar o caso, aceitando esse “não-cumprimento” dos acordos e podendo buscar novas estratégias de ação para o acompanhamento do paciente, sem exigir dele que cumpra o combinado.

Este é um exemplo em que a inclusão do diagnóstico psicopatológico é frutífera para a compreensão do caso e favorável ao desenvolvimento de estratégias terapêuticas que potencializem a qualidade do tratamento.

O diagnóstico da situação tem relevo ao longo da discussão do caso M1 e, embora o diagnóstico de esquizofrenia tenha sido citado, não foi discutido e nem considerado na construção do caso clínico e nem na definição de conduta. A técnica de referência afirma que há registro do diagnóstico de esquizofrenia, mas cogita a possibilidade de um quadro de senilidade ou demência. O diagnóstico psicopatológico não é foco de discussão, havendo apenas a pergunta da supervisora sobre se já haveria sido feita uma avaliação neurológica. A resposta é negativa e não há a definição de uma conduta neste sentido. Parece que não há valorização do diagnóstico psicopatológico neste caso, bastando o diagnóstico da situação.

Devemos retomar a questão da premência do diagnóstico da situação, encontrada no CAPS Profeta Gentileza, como apontado pelos resultados da pesquisa, e incrementá-la com a consideração de que a autonomia do paciente parece estar sendo utilizada como um critério de definição do local de tratamento.

Mesmo que a premência do diagnóstico da situação seja um elemento importante para a primeira abordagem do caso (o acolhimento) e mesmo que o deslocamento da centralidade do diagnóstico psicopatológico represente um importante passo em relação à possibilidade de uma nova perspectiva de tratamento da loucura, devemos questionar a qualidade da avaliação dos pacientes que a atenção psicossocial está efetivando.

Talvez pudéssemos pensar em que medida haveria sim um diagnóstico, psicossocial, no sentido de que aqueles com maior grau de autonomia seriam encaminhados para o ambulatório com mais frequência. Assim, não se trataria de um diagnóstico com base na psicopatologia, mas na possibilidade de gerenciamento de si próprio. Este ponto nos leva à questão da oposição entre a avaliação do diagnóstico da situação e do

diagnóstico psicopatológico, que parece ocorrer em vários dos casos trabalhados. Além disso, aqueles que aparentam “não-gravidade” (sem questionar o que seria gravidade), sem internação, que tem tratamento anterior em serviço ambulatorial e que apresentam alguma autonomia ou “juízo crítico” são encaminhados.

É importante considerar que os pacientes matriculados têm mais atribuição de hipótese diagnóstica do que os encaminhados, demonstrando que quando o paciente é de responsabilidade do serviço há mais empenho em analisar o caso tendo em vista a construção de um diagnóstico.

Uma última consideração sobre os critérios de matrícula e encaminhamento pode ser apontada. O caso M1 traz elementos para analisar o processo de decisão de encaminhamentos para o ambulatório. Embora não se trate de um paciente encaminhado, tal conduta foi cogitada pelos profissionais diante do **regime ambulatorial** em que o tratamento era realizado, quando constatam que o paciente só vem uma vez por mês ao serviço, com o tratamento baseado somente no uso de medicação. Do que se trata essa possibilidade de indicação para o ambulatório? Trata-se de uma avaliação de que o CAPS não seria o local de tratamento adequado para o paciente? Ou de que o CAPS não teria mais nada a fazer em relação ao caso? Ou seria uma punição, um castigo, por não poder cumprir aquilo que o CAPS indica como pertinente, que seria vir mais vezes ao serviço e estar inserido em atividades?

Vimos neste item que os critérios para a definição de encaminhar são principalmente o fato de o paciente conseguir fazer tratamento ambulatorial e apresentar uma situação atual que indique não-gravidade. Já os critérios para a decisão de matricular são o diagnóstico psicopatológico no campo das psicoses e o diagnóstico da situação indicando gravidade do caso.

7.6. A rede de saúde mental do território

A integração do CAPS com a rede de saúde mental do território é um fator importante para a avaliação na medida em que o serviço tipo CAPS pretende ter a função de **ordenador** desta rede e que para possibilitar o trabalho do CAPS há necessidade de ações intersetoriais e com outros serviços e programas de saúde. Vamos apresentar o que a

pesquisa trouxe em relação à integração da rede de saúde mental no território e qual é o lugar do CAPS Profeta Gentileza.

Na etapa qualitativa, em relação aos pacientes encaminhados, a rede de saúde da área foi citada na maioria dos casos (casos E1, E2, E3, E5, E7, E9 e E10). As discussões sobre a rede permeiam as reuniões, ora com **informações** sobre a rede, ora **justificando** a conduta do encaminhamento ou, ainda, **questionando** a conduta em função das condições da rede de saúde.

A equipe demonstra **conhecimento da rede**, inclusive de circunstâncias de trabalho de outros serviços, como, por exemplo, as agendas dos psiquiatras “fechadas” para marcações de novas consultas, a lotação de psicólogos em cada Posto de Saúde da região (AP 5.2) e até mesmo com informações sobre serviços de saúde de outras regiões, como a lotação de psiquiatras em ambulatório do bairro de Santa Cruz (AP 5.3). É a **falta do profissional psiquiatra nos ambulatórios** o item mais frequentemente apontado.

Com o caso E7, podemos ter um exemplo de como as discussões dos casos são permeadas pela situação da rede. Neste caso, alguns profissionais fazem a suposição de que o técnico que acolheu encaminhou para um serviço fora da área de abrangência do CAPS por falta de psiquiatra na rede local; isso é justificado como uma necessidade e como uma maneira de tentar garantir o atendimento. É na discussão deste caso que acontece uma verdadeira disputa entre as opiniões dos profissionais sobre se o paciente será ou não atendido, considerando a dúvida sobre se a referida unidade de saúde, para qual o paciente foi encaminhado, segue à risca ou não o princípio de regionalização.

O conhecimento sobre a precariedade da rede, por vezes, **justifica a conduta do profissional do CAPS**, como podemos ver no caso E10: uma mulher de 67 anos vai ao CAPS buscando regionalizar o seu tratamento e é orientada a permanecer no ambulatório do centro da cidade. Temos, então, uma situação em que **a precariedade da rede justifica a conduta mais conservadora possível**, que é “deixar como está”.

No caso E9, o paciente vai ao CAPS pedindo consulta psiquiátrica, afirmando não conseguir agendar consulta psiquiátrica ambulatorial. No acolhimento, o paciente é encaminhado para um psiquiatra no ambulatório. Na discussão em equipe é apontado com espanto o fato de o CAPS ter feito o mesmo procedimento que o paciente afirmou ser

difícil. Será que há por trás desta conduta a suposição de que **o encaminhamento do CAPS facilitaria o agendamento no ambulatório?**

Devemos questionar em que medida isto nos traz elementos para pensar a sedimentação de uma conduta propriamente psicossocial. Ou seja, o CAPS, enquanto serviço, munido de autoridade para encaminhar e direcionar a conduta de outros serviços da rede em relação aos casos de saúde mental. Portanto, se a vaga de um paciente pode ser facilitada pelo encaminhamento do CAPS (e não de um hospital, por exemplo), talvez possamos supor que a direção que o CAPS imprime à condução do caso é reconhecida por outros serviços da rede: a direção psicossocial no sentido do acompanhamento da trajetória de vida dos pacientes. Haveria, então, uma **aceitação do modo psicossocial nos serviços de saúde**. Haveria um **reconhecimento** e uma **confiança** na “expertise” do CAPS em avaliar o paciente e indicar o tratamento adequado.

Estas considerações remetem à função do serviço tipo CAPS como **ordenador da rede**. No caso E3, uma profissional afirma que os CAPS do interior do estado “realmente” funcionam como “agenciadores” da rede, realizando a avaliação do paciente para definir o local de tratamento, justificando a possibilidade de o paciente ter sido avaliado no CAPS Profeta Gentileza como não sendo “um caso para serviço tipo CAPS” e ter sido encaminhado a um outro CAPS do interior do estado do Rio de Janeiro; ou seja, a partir da idéia de que é o CAPS do interior que saberá encaminhar para serviço ambulatorial naquele território.

No caso E6, a rede de saúde não é citada na discussão em equipe, mas nos traz a oportunidade de apontar a **trajetória do paciente na rede**. A paciente esteve no Hospital Pedro II de Santa Cruz (AP 5.3), onde recebeu encaminhamento para a psiquiatria ambulatorial, foi de ambulância ao CAPS Profeta Gentileza, acompanhada por profissional do PSF e, então, foi encaminhada ao Hospital Estadual Rocha Faria em Campo Grande (AP 5.2).

Para a análise desta situação devemos considerar alguns fatos: 1) Há três serviços/programas de saúde envolvidos: hospital, PSF e CAPS; 2) Os dois hospitais envolvidos têm a mesma característica: hospital geral com equipe de saúde mental; 3) A paciente voltou para o ponto de partida: ser atendida em um hospital.

O que haveria por traz da conduta tomada pelo CAPS? A partir de um raciocínio lógico, diríamos que há uma **desconfiança da avaliação do hospital** (HEPII) que avaliou a paciente e encaminhou para o ambulatório de psiquiatria. Ao suspeitar de uma etiologia orgânica e encaminhar a paciente para um outro hospital, o CAPS está abertamente questionando a avaliação do primeiro hospital. Ou haveria aí a suposição de que o CAPS teria de traçar a conduta do hospital, no sentido de indicar os rumos da avaliação: descartar a etiologia orgânica? A conduta tomada neste caso questiona a atuação do CAPS como **ordenador** da rede, sua função de **acompanhar** o paciente e o papel de **articulador de cuidados**, na medida em que não solicitou retorno da paciente após a consulta no hospital, deixando a paciente sob responsabilidade do PSF.

No caso E5, a discussão sobre a rede de saúde deixa de ser focada nos serviços e passa a dar relevo aos **profissionais**. Trata-se especificamente dos psicólogos da área. É apontada a importância de conhecer os profissionais de outros serviços, discutir casos e estabelecer uma relação de confiança e “transferência de trabalho” entre os profissionais para possibilitar o encaminhamento dos pacientes. Este caso relata a passagem de uma paciente que esteve em tratamento no CAPS por sete meses e relutou em aceitar o encaminhamento para o ambulatório. O profissional narra seu trabalho com a paciente visando o encaminhamento, mas ressalta a importância de foi a sua atuação na rede que propiciou a **escolha** de um psicólogo no ambulatório para atender a paciente e ocasiões de discussão sobre o caso. O profissional atribui o sucesso do encaminhamento ao fato de ter criado situação de transferência de trabalho e confiança com o psicólogo do ambulatório.

A rede de saúde aparece em duas cenas distintas: por um lado, temos uma rede que é um conjunto de serviços sobre o qual se têm informações, se joga com as precariedades, se usa serviços e se desconfia dos outros; e, por outro lado, temos uma rede colorida por pessoas que se conhecem, dispõem de seu “capital social” para encaminhar pacientes, onde a transferência do paciente passa pela transferência de trabalho entre os técnicos. Entre o distante burocrático e o íntimo pessoalizado, dança-se uma música cujo ritmo não está definido.

Parece que o trabalho do Fórum de Saúde da área programática é justamente imprimir o ritmo do trabalho da rede. É o locus privilegiado de discussão entre os profissionais sobre a rede de saúde. O Fórum é onde os profissionais dos diversos serviços

se encontram e tem oportunidade de conversar sobre a rede, inclusive com os gestores, e traçar diretrizes comuns, num debate coletivo que pretende estabelecer o que é da competência de cada unidade, organizar a oferta de atendimentos e enfrentar a demanda.

Devemos contemplar, ainda, qual seria a relação da rede com a assistência do CAPS. Até que ponto características da rede de saúde da região imprimem sua marca no trabalho dos profissionais? Podemos questionar se o conhecimento sobre a rede, demonstrado pela equipe do CAPS, não produz algo mais do que informações importantes para agenciar os encaminhamentos, mas que também pode **transformar a maneira de trabalhar do CAPS**.

Como, por exemplo, quando relacionado ao processo de “desmedicalização da demanda e subjetivação da queixa”. Será que se a rede tivesse capacidade de absorver os pacientes indicados para o tratamento ambulatorial o serviço estaria se questionando neste sentido? Será que esta questão é levantada por uma tendência à abordagem “psi” em relação aos casos, ou será que também é influenciada pelas condições da rede? Pois muitas vezes, como pudemos perceber ao longo das descrições das discussões dos casos, foi cogitado iniciar um trabalho de questionamento do uso exclusivo da medicação ainda em atendimentos no CAPS, para em segundo momento encaminhar para um psicólogo no ambulatório, supondo a possibilidade de que este trabalho, em médio/longo prazo, pudesse fazer prescindir do uso da medicação e, portanto, do profissional psiquiatra.

Um outro exemplo em que a situação da rede de saúde mental pode imprimir transformações no trabalho do CAPS é a questão de fornecimento de medicação aos pacientes já encaminhados, como aparece no caso E2. O suprimento de medicamentos para estes pacientes não seria um procedimento sempre aceitável pela norma da unidade⁶⁷. Este procedimento é desencadeado pelo número reduzido de psiquiatras na rede, que faz com que haja demora em “conseguir vaga” no ambulatório de psiquiatria.

Na etapa quantitativa da pesquisa em relação aos pacientes encaminhados, foi observado que metade dos pacientes vinham com encaminhamentos de outras unidades, notadamente dos Postos de Saúde da AP 5.2., representando 20%. Destes 18 pacientes que foram ao CAPS encaminhados por Postos de Saúde, dois foram reencaminhados às

⁶⁷ O fornecimento de medicação nestas situações é também relatado em registros do Livro-Preto, presente no Capítulo “História e Contexto do CAPS Profeta Gentileza” e no Conto “Um Dia de CAPS”, quando é citado o “jeitinho” a ser dado para que o paciente tenha medicação até a data da consulta no ambulatório.

unidades de origem e o restante foi encaminhado para ambulatório de psiquiatria e/ou psicologia, neurologia, clínica médica e serviço especializado em álcool e drogas. Então, nestes casos o CAPS realizou a avaliação dos pacientes encaminhados pelos Postos de Saúde, redirecionando o local de tratamento, fazendo sua função de **ordenador** da demanda de saúde mental na rede.

Houve três pacientes com origem do encaminhamento do IMAS Nise da Silveira, sendo um reencaminhado ao ambulatório do Nise, outro o CAPS encaminhou para ambulatório de psiquiatria na AP 5.2, o terceiro recebeu orientação de retomar seu tratamento psiquiátrico particular e ganhou um encaminhamento para psicologia ambulatorial na AP 5.2. Ou seja, no primeiro caso não houve adequação regional ao tratamento, ao contrário do segundo caso, enquanto o terceiro recebe um psicólogo em sua área de moradia. Já os pacientes oriundos de outros CAPS e demais instituições tiveram a **adequação do tratamento ambulatorial segundo sua região de moradia**.

Um caso interessante é o encaminhado pela FUNLAR, onde há um trabalho do CAPS junto a esta instituição no sentido de manter o tratamento do paciente. Nesta situação o CAPS demonstra o seu papel de **ordenador da rede**, avaliando o caso no serviço e discutindo com a instituição sobre a adequação do tratamento na FUNLAR, de modo que foi possível que esta instituição desse continuidade ao acompanhamento do paciente.

Dentre os pacientes encaminhados, há apenas 5 oriundos dos programas PSF/PACS, sendo que um foi reencaminhado ao serviço de origem, enquanto os outros foram encaminhados para ambulatórios de psiquiatria e/ou psicologia e neurologia.

Os resultados dos encaminhados mostraram que o CAPS é **referência** de tratamento em saúde mental, recebendo tanto encaminhamentos de serviços da área de abrangência como de instituições (hospitalares psiquiátricas) de outras regiões do município. Para os pacientes matriculados, os resultados mostraram que a origem do encaminhamento ao CAPS é fundamentalmente de serviços propriamente da saúde mental ou que tem equipes de saúde mental.

Foi observado que cinco sujeitos que tinham tratamentos em ambulatórios procuraram o CAPS por demanda espontânea, além da outra metade da amostra dos encaminhados que também procurou o CAPS por demanda espontânea. Isso aponta para o papel do CAPS de **porta de entrada** da saúde mental, demonstrando que o serviço também

é **referência em saúde mental para a população**, além de para outras instituições de saúde.

Os resultados quantitativos mostraram que o CAPS encaminha principalmente para o CMS Belizário Penna para a psiquiatria e para os Postos de Saúde da região para o tratamento em psicologia, ou seja, apontando para o fluxo na rede como previsto, pois estes são os serviços ambulatoriais de referência do CAPS.

A pequena representatividade numérica de encaminhamentos dos programas PSF/PACS poderia ser um sinal de que a **lógica de matriciamento** está em ação, evitando a referência e contra-referência, característica da lógica de encaminhamento entre serviços de saúde (não da responsabilidade compartilhada dos serviços sobre o paciente do apoio matricial do CAPS para o PSF/PACS). Poderia indicar também outra realidade: que os pacientes do território que teriam indicação de tratamento na saúde mental já foram cadastrados pelos programas e estariam em tratamento, seja no CAPS ou em ambulatórios; restando poucos pacientes que acabam sendo encaminhados ao serviço para avaliação (escapando da lógica do matriciamento). Assim como, poderia demonstrar que existem sujeitos que precisam de tratamento em saúde mental mas que não chegam nem aos postos da atenção básica.

Na etapa qualitativa da pesquisa, apareceu apenas um caso encaminhado (caso E6) que foi levado ao serviço por profissional do PSF. Nesta situação não podemos dizer que houve responsabilidade compartilhada sobre o caso, sendo que o serviço encaminhou a paciente para avaliação no hospital geral e deixou a responsabilidade de acompanhar para o profissional do PSF. Não havendo nenhum elemento que caracterize apoio matricial do CAPS para com o PSF.

Já nos casos matriculados discutidos na etapa qualitativa, os programas PSF/PACS não estão envolvidos em nenhum dos tratamentos. Estes programas são citados no caso M2 como uma estratégia que ajudaria no acompanhamento deste caso, e é lamentada a não cobertura dos programas na área de moradia do paciente.

Vimos no capítulo História Contexto que o CAPS experimentou diferentes momentos na relação com os programas PSF/PACS, tendo sido implantados em Inhoaíba no mesmo período e tendo no Grupo de Apoio Técnico (GAT) profissionais que trabalharam no CAPS Pedro Pellegrino, ou seja, pessoas com experiência na saúde mental.

Dividimos a forma de trabalhar do CAPS Profeta Gentileza com os programas PSF/PACS em quatro períodos.

O primeiro momento foi marcado por visitas de agentes comunitários de saúde levando casos cadastrados para discutir com a equipe do serviço. A maior parte dos casos não era considerada pelos profissionais do CAPS como tendo indicação para tratamento na saúde mental, parecia que os agentes comunitários levavam para discutir com o CAPS todos os casos socialmente problemáticos que encontravam.

O segundo período foi de colocar em discussão os casos levados pelos agentes comunitários na reunião de equipe do CAPS, com tempo delimitado para tal. Os casos eram discutidos e as estratégias eram conjuntamente construídas.

O terceiro momento foi de uma organização da parceria entre CAPS e PSF/PACS a partir de uma proposta do GAT, com formulários de anamnese preenchidos pelos estagiários e residentes dos programas, com a identificação de pessoas cadastradas com indicação de problemas de saúde mental. Haveria um carro do PSF disponível para a realização de trabalho dos profissionais do CAPS nos locais de trabalho da atenção básica. Os casos seriam discutidos com as equipes e deveria haver uma co-responsabilização daqueles que apresentassem questões de saúde mental. Não houve a disponibilização do veículo, alguns profissionais do CAPS iniciaram, mesmo assim, as idas aos postos da atenção básica, inclusive com a realização de visitas domiciliares conjuntas, mas não houve prosseguimento. Como vimos anteriormente, alguns dos casos encontrados eram pacientes referenciados ao CAPS, mas que não estavam sendo acompanhados porque não iam ao serviço, dadas as dificuldades de transporte para quem mora do outro lado da linha do trem. Também foram encontrados casos sem nenhum tratamento, confirmando a perspectiva do GAT de que haveria pessoas que não chegam aos serviços e estariam sem nenhum tratamento (utilizando as emergências psiquiátricas em situação de crise).

O quarto período é mais ou menos um retorno ao período inicial. Não havendo maneira predeterminada para o trabalho conjunto entre CAPS e PSF/PACS, é a partir das demandas de cada caso que as equipes procuram parceria. Observamos durante a pesquisa que há realização de visitas domiciliares conjuntas e que, em alguns casos de pacientes do CAPS, os agentes comunitários estão incluídos nas estratégias de acompanhamento, assim como são importantes agenciadores de consultas clínicas.

Diante do exposto, poderíamos concluir que o apoio matricial do CAPS aos programas da atenção básica não é efetivado; embora haja co-responsabilização de alguns casos, não há uma sistemática de discussão entre os dois programas que pudesse caracterizar o efetivo apoio matricial.

Como vimos na situação em que alguns profissionais do CAPS conseguiram ir até as equipes e avaliar casos indicados pelos agentes, foram encontrados pacientes graves sem nenhuma forma de tratamento, com conseqüente uso de emergências psiquiátricas em situação de crise. Estes pacientes nunca chegaram ao CAPS e não há discussão sobre eles entre as equipes.

Portanto, não podemos afirmar que o baixo número de encaminhamentos dos programas PSF/PACS para o CAPS seja um sinal de que exista apoio matricial, pois o trabalho conjunto entre as equipes é em função dos casos clínicos.

Neste item, mostramos que os profissionais do CAPS demonstram ter conhecimento sobre a rede de saúde mental do território e que estas informações justificam condutas e transformam o trabalho do CAPS. O Fórum de Saúde Mental da Área programática apareceu na pesquisa com a função maior de ordenador da rede, na medida em que oportuniza discussão entre os diversos serviços e realiza propostas de ordenação da demanda entre as diversas unidades. Observamos que houve substantivo incremento da rede de saúde mental com a progressiva lotação de psicólogos em ambulatórios da região.

Vimos que o CAPS se insere no território como referência de avaliação e tratamento em saúde mental para os Postos de Saúde da região, com importante fluxo de encaminhamento, assim como também encaminha para ambulatórios de referência para a psiquiatria e psicologia. O CAPS também aparece como referência para a população, vista a representatividade das buscas de tratamento por demanda espontânea que o serviço recebe. O serviço está inserido na rede maior de saúde mental do município, na medida em que recebe encaminhamento dos hospitais psiquiátricos de outras APs.

Quanto à relação com os programas PSF/PACS não foi possível caracterizar um trabalho de apoio matricial do CAPS, embora esteja no horizonte de propostas da instituição. As parcerias formadas entre os dois programas são concretizadas a partir dos casos clínicos, quando cada técnico de referência vai traçar com os agentes comunitários formatos de trabalho conjunto.

7.7. A participação dos profissionais na reunião/supervisão

Como podemos perceber ao longo das discussões de caso em equipe, muitos profissionais não estavam presentes nas reuniões. Devemos considerar, no entanto, que só pudemos perceber isto na ocasião em que o profissional que acolheu um paciente que teve o PAM sorteado para a pesquisa não estava presente, pois quanto aos outros não podemos saber, não fizemos “lista de presença”, nem nada do gênero.

Dos dez casos encaminhados sorteados pela pesquisa, somente três contaram com o(s) profissional (s) do acolhimento na discussão em equipe. Isto significa que sete não estavam presentes. Já para os quatro casos matriculados, todos os profissionais de referência estavam presentes nos dias das discussões para a pesquisa, sendo que no caso M2 o profissional que acolheu o paciente não estava presente na reunião.

É importante considerar a dinâmica da pesquisa para a investigação destas não-presenças na reunião. As discussões dos casos encaminhados para a pesquisa foram realizadas em duas reuniões: cinco casos em cada reunião, em semanas consecutivas. No primeiro dia, foram sorteados os dez casos e escolhidos dentre estes os cinco casos em que estivesse presente o maior número de profissionais que realizaram os acolhimentos. Isto foi informado à equipe. A escolha por realizar as discussões em semana consecutivas deve-se ao fato que os auxiliares de enfermagem participam da reunião em escalas diferentes: cada um destes profissionais está na reunião a cada quinze dias. Isso porque há escala de rodízio de dias de trabalho, então, nem todos estão presentes em todas as reuniões. Por isso a pesquisa optou por semanas consecutivas, buscando garantir que todos os auxiliares de enfermagem estivessem nas reuniões de discussão dos casos da pesquisa. Portanto, a **falta de profissionais** na reunião não se justifica pelo rodízio quinzenal da enfermagem.

Os profissionais presentes nas reuniões em que a pesquisa teve lugar comentaram a ausência de colegas, a cada vez que era anunciado o nome do profissional que acolheu um paciente sorteado na pesquisa e este não estava presente.

Embora as faltas na reunião não se justifiquem pelo rodízio da enfermagem, temos o fato de que as ausências são, justamente, dos profissionais enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Dos casos em que os profissionais do acolhimento não estavam nas reuniões da pesquisa, temos: auxiliar e auxiliar (caso E3), auxiliar (caso E4), auxiliar e enfermeiro

(caso E5), enfermeiro (caso E7), enfermeiro e auxiliar (caso E8), auxiliar (caso E9), enfermeiro (caso E10).

Portanto, apresenta-se um problema para a qualidade da assistência do CAPS Profeta Gentileza: como vimos nos resultados quantitativos, os profissionais da enfermagem são os que têm maior participação no acolhimento, e, no entanto, como constatamos na etapa qualitativa, são os profissionais menos presentes na reunião/supervisão.

Este fato constatado traz questionamentos específicos sobre a participação dos profissionais de enfermagem na reunião de equipe, mas também a respeito da participação do conjunto dos técnicos. Ao longo da realização da pesquisa (notadamente nas reuniões de equipe de discussões dos casos sorteados para a pesquisa) houve comentários de técnicos sobre a ausência de outros profissionais na supervisão. Diante de tais comentários, na segunda reunião da pesquisa, a coordenadora justificou a ausência de cada um: problemas de doença de familiar, troca de turno de trabalho, compensações por turno anteriormente cedido, licença temporária, dentre outros fatores que explicavam a não-presença de profissionais na reunião.

Observamos que, ao longo do conjunto das discussões dos casos sorteados pela pesquisa, quando o profissional que realizou o acolhimento não estava presente, as discussões foram mais breves, recheadas de suposições e permeadas por certo constrangimento. Nas situações em que o profissional que acolheu o paciente não estava presente na reunião havia real falta de informação, dificultando a discussão do caso, mas percebemos também uma tentativa de “não falar do trabalho do colega” em situação de sua ausência⁶⁸. Como ficou evidente no caso E4, cuja discussão foi permeada por muitos risos e silêncios.

Este “cuidado” em não “criticar” o colega deve ser apontado pela pesquisa como um **dificultador do trabalho em equipe**, na medida em que imprime um certo “impedimento” de **reflexão sobre a conduta do caso**, de **compartilhamento do trabalho** e de **aprendizado coletivo**; elementos estes fundamentais para a qualidade da assistência e do

⁶⁸ Esta equipe passara, em outras circunstâncias, por “mal entendidos” em relação a isto, o que causara “mal-estar” e verdadeiros desentendimentos entre alguns profissionais.

trabalho em equipe multiprofissional, que tem como lugar privilegiado a reunião/supervisão.

Além da ausência de profissionais de enfermagem nas reuniões, um outro ponto importante, observado ao longo da pesquisa, é que os profissionais que pareciam mais participativos nas discussões em equipe eram os **psicólogos** e os **psiquiatras**, notadamente tendo mais falas destes profissionais descritas neste trabalho.

Como resultado geral da pesquisa, temos que a maior ausência de técnicos na reunião/supervisão é de profissionais da enfermagem enquanto que a maior participação nas discussões que aí tem lugar é de profissionais “psi” (psicólogos e psiquiatras). Isso questiona, de forma eminente, a produção da multiprofissionalidade esperada de um serviço tipo CAPS, considerando que a reunião/supervisão em equipe é lócus fundamental da construção coletiva do trabalho, seja com a definição de condutas dos casos clínicos ou do desenho do serviço.

Devemos questionar ainda se a participação nas reuniões tem alguma relação com a **realização da pesquisa**. Será que os enfermeiros não estavam presentes por causa da existência da pesquisa? Será que os psicólogos e psiquiatras “falaram mais” exatamente por causa da pesquisa? Até que ponto a existência da pesquisa não modificou o comportamento dos profissionais do CAPS?

Ao questionar esta possibilidade, confrontando-a com a observação participante na unidade e com história deste serviço, chegamos à conclusão de que a participação dos profissionais do CAPS na reunião não foi fundamentalmente influenciada pela pesquisa. No entanto, a realização da pesquisa imprimiu novos elementos na discussão dos casos e de assuntos referentes ao serviço. Vamos expor a seguir alguns elementos que contribuem para tal consideração.

A discussão de casos para a pesquisa seguiu a dinâmica comum das reuniões de equipe, não sendo um procedimento “estranho” aos profissionais. A pesquisa aconteceu em lugar e tempo reservados para a reunião de equipe e seguiu o formato de trabalho comumente utilizado: discussão de casos clínicos. Portanto, a existência da pesquisa não exigiu dos profissionais um outro tempo de trabalho e nem a utilização de local diferente, assim como não alterou a forma habitual de trabalho em equipe (de discussão de casos).

Quanto à **ausência de profissionais de enfermagem na reunião de equipe**, observada pela pesquisa, não é fato novo e nem desconhecido do conjunto dos profissionais, da coordenação e da supervisão. Ao longo da história da unidade há referência sobre a importância de participação dos profissionais na reunião de equipe, diante da constatação de ausências (como podemos ver no capítulo 4). Há referência a pedidos da coordenação e da supervisão neste sentido, assim como a norma do serviço imprime a participação na reunião de equipe como uma condicionante para o trabalho. A ausência de profissionais na reunião de equipe, por diferentes razões, é um elemento comum no serviço, não sendo específico do período de realização da pesquisa.

Quanto à maior participação nas discussões dos profissionais “psi” (psicólogos e psiquiatras), foi considerado ao longo da observação participante que estes profissionais de destacam na discussão dos casos clínicos. No entanto, não podemos afirmar que esta participação é necessariamente maior do que a de outros profissionais, considerando que há profissionais da enfermagem e de outras categorias que também tem expressiva participação na discussão dos casos. Devemos deixar essa consideração em suspeita, pois não temos dados para realizar afirmativas precisas sobre o assunto e devemos levar em consideração o viés (talvez inevitável) da pesquisadora durante a observação participante, no sentido de ter trabalhado como psicóloga no serviço.

Mas também devemos levar em consideração ainda dois fatores que podem ajudar a investigar esta questão: 1) O fato de que os profissionais psicólogos foram precursores neste serviço, estavam desde o princípio do CAPS e formularam o projeto do serviço com diretrizes clínicas e institucionais. Ocupam, portanto, desde o início do funcionamento do serviço, um lugar preponderante na direção e condução dos trabalhos. 2) O lugar de relevo que os profissionais psiquiatras ocupam na atenção psicossocial, tendo a prerrogativa de atribuir diagnósticos e definir condutas. E, indo além do CAPS Profeta Gentileza, devemos considerar o lugar de destaque que o médico ocupa na sociedade, lugar de excelência de saber e de poder decidir sobre a vida. Estas duas considerações pretendem dar inteligibilidade à possibilidade de maior participação destas categorias profissionais na discussão dos casos.

Consideramos, portanto, que a ausência de profissionais da enfermagem e a participação dos profissionais “psi” na reunião de equipe não são fatores influenciados pela pesquisa. Mas há outros elementos em que a pesquisa pode ter imprimido suas marcas.

Ao longo das discussões de casos da pesquisa, parece ter surgido uma certa **representação da pesquisa avaliativa** como algo que “confere” o trabalho e identifica “falhas”. Podemos citar algumas situações em que isto ficou claro: a) Quando o profissional se questiona o que mais “poderia ter sido feito” em relação aquele caso (aconteceu na discussão do caso E1); b) Quando o profissional pega o PAM para discutir e afirma que “não se lembra” do caso, olhando para pesquisadora (caso E2); c) Quando é apontada cada falta de informação nos relatos em prontuário dificultando a compreensão do caso (aconteceu em muitos casos).

Consideramos, então, que uma das conseqüências imediatas da realização da pesquisa foi um efeito de “evidenciar falhas”, embora não fosse este o objetivo. Isso pôde ser visto claramente na proposição da coordenadora de formular um esquema normativo de pontos que não poderiam faltar no acolhimento, após as repetidas observações de “falta de informação” para a discussão dos casos.

Por outro lado, esta conseqüência imediata da pesquisa, no sentido de ter evidenciado “falhas”, pode ser analisada de modo a dar relevo ao papel da pesquisa avaliativa em **potencializar a reflexão da equipe sobre o próprio trabalho**.

Ao produzir uma discussão de casos de maneira sistemática, a pesquisa avaliativa potencializou a perspectiva de uma abordagem geral sobre o trabalho, resultando em constatações dos profissionais sobre elementos da assistência, como o registro e o acompanhamento/seguimento dos casos. A questão da qualidade dos registros, embora já conhecida, foi tomada com espanto e como algo a ser melhorado. A pesquisa também propiciou a formulação dos profissionais sobre a importância do seguimento dos encaminhamentos, como algo que imprime a qualidade ao trabalho.

Neste item pudemos observar que, embora seja um princípio normativo do serviço, nem todos os profissionais participam da reunião/supervisão de equipe, este momento privilegiado de construção de um trabalho multiprofissional. Vimos que existem conflitos entre os profissionais, mas que a equipe apresenta disponibilidade para a reflexão coletiva sobre os casos e para o compartilhamento das atribuições da assistência.

7.8. Os registros

O tema registro é assunto antigo no CAPS Profeta Gentileza, apontado por profissionais e coordenadores, ora o foco está na **qualidade dos relatos** em PAMs e prontuários, ora na simples **quantidade**, tanto dos registros em **formulários internos** do serviço quanto naqueles destinados ao **faturamento e administração**. A quantidade dos registros em fichas de pacientes não está dissociada da qualidade, pois, como vimos, a falta de informação sobre o paciente tem relação com a própria qualidade do atendimento. Assim como os formulários destinados à administração do serviço e seu faturamento também estão relacionados com a clínica, na medida em que permitem a construção de uma fotografia da assistência prestada, possibilitando que os profissionais tenham conhecimento sobre o conjunto do trabalho, oportunizando reflexão e transformação.

Para facilitar a apresentação vamos dividir o tema dos registros em dois: registros de finalidade administrativa e registros de atendimentos dos pacientes (em PAMs e prontuários).

O primeiro ponto é aquele dos registros de informações diversas, que formam um conjunto de **dados que o serviço produz sobre seu próprio trabalho**. Tem-se em serviço uma série de planilhas e fichas que pretendem registrar as ações da assistência, o trabalho dos profissionais para fins administrativos e de faturamento da unidade. Vamos apresentar alguns destes registros: FRA (Ficha de Registro Ambulatorial), FIP (Ficha de Identificação do Profissional) e APAC (Autorização de Procedimento de Alto Complexidade/Custo) para o faturamento do serviço; Planilhas do IFB sobre os pacientes matriculados para acompanhamento da assistência; e fichas internas (como os cadernos de cada oficina terapêutica, o registro em Livro-Preto, folha de produção diária de cada profissional).

São todos necessários, é claro, para o funcionamento da unidade e da assistência prestada, mas são objeto de queixa dos profissionais (considerando a quantidade excessiva), provocam o deslocamento de técnicos da assistência para tarefas administrativas (exclusiva ou parcialmente) e, o mais importante, todo este conjunto de registros não é integrado, oferecendo pouco retorno para os profissionais sobre a assistência prestada.

São registros que permitem responder perguntas específicas, mas não uma abordagem do conjunto da assistência no serviço. Por exemplo, com as planilhas do IFB,

podemos saber do número de pacientes matriculados, quais as atividades de que participam, com qual frequência e temos informações sobre o perfil destes pacientes. Com os números de PAM, podemos saber quantos atendimentos de pacientes não matriculados foram realizados, mas não sabemos, por exemplo, quantas pessoas foram atendidas.

O fato de não existir uma abordagem do conjunto de informações colidas e registradas no serviço traz como consequência imediata o **desconhecimento por parte dos profissionais a respeito da clientela e do próprio trabalho**. Durante o trabalho de campo, um profissional comentara que havia uma predominância de “mulheres quase idosas” e pessoas encaminhadas do PSF que buscavam atendimento no serviço: a equipe não tem como responder essas questões sobre a assistência, como consequência há apenas “suposições” e “impressões” de cada técnico individualmente. Isso acontece ao longo dos três anos de funcionamento da unidade: tem-se a impressão de que aparecem muitos idosos, crianças e pedidos de benefícios sociais.

Como vimos na etapa quantitativa desta pesquisa, algumas “impressões” dos profissionais são procedentes, como no caso de que os Postos de Saúde têm encaminhado mais mulheres do que homens e que a média de idade feminina é maior, enquanto outras suposições dos técnicos não foram encontradas na pesquisa, como vimos o encaminhamento do PSF/PACS é um dos menos significativos quantitativamente.

Ao contrário dos registros existentes para os pacientes matriculados (as planilhas do IFB) para os pacientes que procuram o serviço e são encaminhados para outras unidades de saúde não há nenhuma forma de registro que permita saber sobre a demanda que o serviço recebe. É possível saber apenas o número de atendimentos tipo PAM realizados, mas não o número de pessoas atendidas e nem quantos atendimentos de primeira vez (acolhimentos).

Durante a primeira etapa da pesquisa qualitativa foi preciso realizar uma revisão sistemática dos PAMs existentes no serviço, como descrito no anexo. A partir desta revisão e consequente reorganização deste material, foi possível pela primeira vez na história do serviço saber quantas pessoas foram atendidas no CAPS. Ou seja, uma informação bastante simples, mas que a infinidade de registros existentes não é capaz de fornecer.

Portanto, é preciso rever os registros, a forma como são realizados buscando maior integração das informações, para que se possa otimizar a construção de dados sobre a

assistência, servindo de acompanhamento para a gestão, para o faturamento, mas também para a própria unidade de saúde.

Quanto aos registros em PAMs e prontuários há problemas de falta de registro assim como da qualidade dos relatos de atendimento e definição das condutas, que remetem à qualidade do próprio atendimento.

Na etapa quantitativa da pesquisa, apontamos para a falta de informação em itens da ficha de PAM (preenchida em todo primeiro atendimento), cabe aqui apresentar as porcentagens mais representativas de não existência da informação para cada variável: escolaridade 17% dos encaminhados e 7% dos matriculados; naturalidade 28% dos encaminhados e 14% dos matriculados; profissão 18% dos encaminhados e 7% dos matriculados; ocupação atual 29% dos encaminhados e 35% dos matriculados; situação conjugal 6% dos encaminhados; primeiro atendimento em saúde mental 45% dos encaminhados e 21% dos matriculados; número de internações anteriores 30% dos encaminhados; diagnóstico inicial 81% dos encaminhados e 35% dos matriculados.

Observamos, no capítulo 5, que algumas variáveis, como escolaridade, são mais simples do que outras, como “primeiro atendimento em saúde mental”. Para as mais simples, a falta do registro indica que a informação não foi coletada durante o atendimento e nem considerada importante para a definição da conduta. Já para as outras variáveis, apontamos que há questões de interpretação, como para “primeiro atendimento em saúde mental”, e questões técnicas, como para o diagnóstico inicial.

Concluimos que a concepção do vem a ser atendimento em saúde mental é dada pelo serviço (aqueles da saúde mental ou com equipe de saúde mental) e não pela categoria profissional do atendimento (psiquiatras, por exemplo). Este resultado da pesquisa foi apontado como algo a ser levado em consideração na construção das fichas de PAM e na assistência, de modo a potencializar o poder informativo desta variável.

Quanto à variável diagnóstico inicial, apontamos uma supremacia do diagnóstico da situação em relação ao diagnóstico psicopatológico; o que é esperado do dispositivo acolhimento. Vimos que há mais registro de hipótese diagnóstica para os pacientes matriculados, indicando o caráter processual necessário para esta definição. Mas também colocamos em questão a premência do diagnóstico situacional em relação ao modo psicossocial de abordagem da loucura.

Na maioria dos casos encaminhados discutidos em equipe houve a constatação pelos profissionais da falta de informação no registro do acolhimento, de modo que o motivo do atendimento e as razões da conduta do profissional não são expostos de modo claro. Esta constatação mesmo não sendo nenhuma novidade causou reações de “espanto” dos profissionais. A questão da **falta** de registro e da **qualidade** deste foi assunto constante ao longo da história do serviço e apareceu durante todo o trabalho de campo da pesquisa⁶⁹.

Ao longo das discussões em equipe para a pesquisa, apareceram problemas de qualidade e de falta de informação registrada em mais da metade dos casos. A situação de precariedade do registro foi apontada pelos próprios profissionais durante a construção dos casos para a pesquisa. Dentre os seis casos citados (no item acolhimento deste capítulo) como havendo falta de informação para a compreensão do caso em apenas um (caso E6), o profissional que acolheu estava presente, portanto o que não permite uma clareza sobre o caso não está relacionado ao registro em si, mas explicitamente à qualidade do atendimento.

Assim, temos que considerar a questão da **falta e da qualidade dos registros**, mas também questionar se os problemas em relação ao registro não diriam respeito também à **qualidade do próprio atendimento** (como foi possível observar no caso 6).

Nas discussões dos casos em equipe para pesquisa, ficou tão evidente a questão do registro em prontuário que a coordenadora tomou a decisão de realizar um “treinamento” com os profissionais, sobre os “pontos” que não poderiam deixar de ser abordados no acolhimento.

Portanto, temos a quantidade de informações contidas no relato como insuficiente para a compreensão do caso e da conduta do profissional, mas isso remete à qualidade do próprio atendimento. Então temos duas questões principais: o registro em si, supondo que o atendimento teria sido suficiente para abordar o caso, mas que não teria sido feito um bom relato escrito sobre o procedimento; e um segundo ponto, que seria questionar a qualidade do próprio atendimento, não abordando elementos fundamentais para a avaliação do caso e a decisão de conduta apropriada.

⁶⁹ Como pode ser constatado no material Livro-Preto, nas discussões em equipe e na revisão sistemática das pastas de PAM, há evidências de enorme falta de informação sobre as condutas tomadas pelos profissionais e sobre a situação dos pacientes.

O caso M2 apresenta algumas questões para o tema dos registros. Nota-se que muitas das informações sobre as vindas do paciente ao serviço não estavam anotadas em prontuário e que os profissionais vão trocando relatos ao longo da discussão para construir o caso. Há um encadeamento paulatino de recortes sobre as passagens do paciente no serviço, até que se consegue formar minimamente um percurso que descreva sua trajetória. Mas houve um fato curioso neste caso: o espanto dos profissionais em relação a ser “fato antigo” o comportamento incendiário do paciente, o que estava presente no relato do primeiro atendimento. Ou seja, temos aí uma situação em que a informação estava registrada, mas o prontuário não havia sido devidamente lido. Temos uma situação em que não há falta de registro, mas onde não houve o uso da informação existente.

Enfim, a questão da falta de registros das variáveis contidas na ficha de PAM, assim como a precariedade das informações presentes nos relatos escritos de atendimento foi objeto de atenção da equipe durante a pesquisa e de formulação da coordenadora do serviço em abordar esta questão. Mas, quanto à integração das informações coletadas nas unidades de saúde, é uma questão que cabe à gestão, no sentido de otimizar o uso dos dados.

Os registros devem ser revistos com a perspectiva de melhoria de todo o sistema de informação em saúde, na medida em que oportuniza o monitoramento das unidades e programas, assim como oferece informações que podem ser utilizadas para transformação da assistência dentro dos serviços.

Além disso, seria um ganho para o campo de pesquisas em serviços de saúde. No caso da pesquisa que realizamos, toda a etapa quantitativa poderia ser parte dos recursos existentes no serviço, caso houvesse integração dos registros já existentes na unidade, visto que todas as informações coletadas foram produzidas na unidade.

7.9. Síntese da análise do estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza

Escolhemos os eixos acesso e acompanhamento para buscar informações que permitissem considerações de teor avaliativo sobre a assistência prestada no CAPS Profeta Gentileza. Como não se trata de uma avaliação normativa (embora a norma prescrita seja uma referência para analisar os resultados encontrados) e sim de uma pesquisa avaliativa, o que buscamos foi o **modo como** o serviço põe em prática os seus diversos dispositivos como um caminho para realização de seus objetivos. Vamos, portanto, sintetizar algumas

destas considerações mais importantes e apontar as questões que a pesquisa trouxe em relação ao CAPS Profeta Gentileza.

Consideramos que o papel do CAPS como ordenador da rede, com a função de ser porta de entrada e com a premissa da responsabilidade territorial são fatores do acesso impressos pelo programa político nacional de saúde mental. Assim como consideramos que a implantação do CAPS Profeta Gentileza teve o objetivo de ampliar a cobertura de cuidado em saúde mental para a população da Área Programática 5.2, na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro, sendo a cobertura também um fator do acesso.

Quanto ao acesso geográfico ao CAPS, apontamos alguns elementos dificultadores do acesso, como: a limitação de circulação livre de pessoas pela região devido à violência local, a existência de uma linha de trem que divide a área de abrangência do serviço e que não permite passagem adequada de um lado ao outro, e o pouco transporte público disponível. Apontamos que as condições em que a maioria daquela população vive também são elementos dificultadores do acesso, como a precariedade das condições de vida, o baixo poder aquisitivo e os baixos índices de Desenvolvimento Humano.

Quanto aos recursos do serviço, consideramos o espaço físico do serviço, ou sua estrutura, como adequadas ao funcionamento de um serviço tipo CAPS, permitindo o desenvolvimento de diversas atividades, com flexibilidade para a transformação dos recintos, oportunizando locais agradáveis para a convivência assim como lugares de preservação do sigilo. Quanto aos materiais que fazem parte dos recursos do serviço, a pesquisa mostrou o que já era apontado pelos profissionais e pela coordenação: que os recursos telefone e veículo são fundamentais para a realização do trabalho. Vimos que o telefone foi disponibilizado e oportunizou maior contato dos com os pacientes e principalmente com outras instituições da rede. Enquanto que a existência de veículo é uma condicionante importante para a realização efetiva de acompanhamento dos casos mais difíceis que necessitam de visitas domiciliares e, eventualmente, hospitalares. Também vimos que a equipe aponta a falta do veículo como o que impediu a concretização do apoio matricial para os programas PSF/PACS, como sugerido pelo Grupo de Apoio Técnico (GAT).

A medicação também é um recurso do serviço, que influencia nos processos de trabalho e nos resultados da assistência, como elemento do acesso ao uso regular de

medicação, assim como da continuidade do cuidado, visto que sua falta provoca a busca dos pacientes por emergências psiquiátricas, além de ser fator de não confiança no serviço.

A alimentação, inexistente no serviço, apareceu na pesquisa como um fator de adesão do paciente ao tratamento em alguns casos, mas mostrou-se mais significativo em relação ao efeito nos profissionais. A não existência de alimentação no serviço causa a sensação de que o projeto do CAPS pode não ter continuidade, principalmente em relação à implantação do acolhimento noturno, além de causar mal-estar entre os profissionais pela necessidade de realizar “caixinha” para o provimento mínimo. Consideramos que estas conseqüências afetam a confiança dos profissionais em relação à gestão, assim como interfere na motivação para o projeto, na medida em que não há segurança sobre a continuidade da implantação. É importante lembrar que a maior parte dos profissionais lotados em Inhoaíba escolheu deliberadamente o serviço a partir do desafio de construção do CAPS III.

Quanto aos recursos humanos, o único problema encontrado foi a intermitência do profissional psiquiatra. O lado negativo desta situação nós já vimos (reavaliações medicamentosas espaçadas, transformações no desenho do serviço em busca de suprir estas falhas, profissionais não-médicos “copiando” receitas), mas poderíamos apontar um lado interessante desta situação: **a equipe de Inhoaíba aprendeu a trabalhar sem psiquiatra.** Ou seja, é um serviço onde o psiquiatra (quando chega) é que se insere no trabalho da equipe e não ao contrário. O médico não é o aquele profissional que traça as coordenadas das estratégias de tratamento, como é comum nos serviços de saúde, sendo incluído como mais um saber específico dentre os outros, mas não como o principal. Portanto, a intermitência do profissional psiquiatra (situação não-desejada, obviamente) trouxe marcas a esta equipe que podem ser consideradas interessantes à luz da proposta reformista de **deslocamento da centralidade médica sobre a loucura.** Esta situação, de certa forma, obrigou a equipe a tomar o paciente como de sua responsabilidade sem o apoio do psiquiatra, aprendeu a negociar com outras instituições o uso da consulta médica para seus pacientes, conseguiu formular interpretações e criar condutas para os tratamentos prescindindo do olhar do psiquiatra.

Não estamos afirmando que o psiquiatra não é necessário no CAPS, pelo contrário, sua especificidade é fundamental para a assistência, mas estamos apontando como uma

situação não esperada (um verdadeiro evento-sentinela: não ter psiquiatra) pôde favorecer (mesmo de que forma compulsória) uma verdadeira apropriação do trabalho na saúde mental pelos profissionais não-médicos e realizar um deslocamento da centralidade do saber médico sobre o sofrimento psíquico.

O lugar do médico no serviço tipo CAPS é uma problemática apontada pela pesquisa em andamento Avaliação da Integração da Rede de saúde mental no município do Rio de Janeiro (Cavalcanti, 2005), como uma questão na ordem do dia para a reforma psiquiátrica, dada justamente pela centralidade no saber médico que pode ocorrer mesmo em um serviço tipo CAPS; assim como pela conseqüente primazia do medicamento como forma principal de tratamento. Enfim, não foi nosso objetivo investigar o lugar do médico no trabalho do CAPS, estamos apenas apontando uma conseqüência positiva na transformação da assistência no serviço estudado, acarretado pela situação negativa que é a falta do profissional psiquiatra.

Uma conseqüência possível do deslocamento do saber médico, é que pode haver uma supremacia de outros olhares sobre a loucura, por exemplo, do profissional psicólogo. Vimos na pesquisa que os psicólogos estiveram à frente do projeto clínico inicial do serviço, assim como comparecem de maneira relevante nas discussões dos casos em equipe. Enfim, esta seria uma questão que mereceria ser investigada: confirmar esta proposição de uma supremacia do saber “psi” no serviço e analisar as conseqüências para a produção de cuidado em saúde mental. Talvez tenhamos apontado uma situação indicativa neste sentido. Poderíamos pensar que as discussões sobre o tema “desmedicalizar e subjetivar”, encampada pelos psicólogos, tenha tido influência na transformação deste mote representativo de uma postura clínica diante do tratamento em uma norma, como apontamos anteriormente. Como o entendimento da questão sendo literal para alguns, as conseqüências podem ser nefastas para o paciente, como ter o uso de medicação questionado em um primeiro atendimento.

Voltando a questão do acesso, apresentamos que o desenho do serviço e o projeto institucional apontam fatores facilitadores do acesso (potencial), como não haver fila de espera ou agendamento para o acolhimento, a não rigidez dos papéis profissionais, não havendo funções pré-definidas para cada categoria.

Observamos que o estilo de trabalho da equipe tem a característica da flexibilidade, transformando a organização do dia em função das demandas que surgem, como por exemplo, na substituição de profissionais da escala de acolhimento, demonstrando que a organização do serviço é feita em função da clínica; o que é um aspecto muito interessante para um serviço de saúde mental, na medida em que é privilegiado o atendimento ao paciente e não o cumprimento da norma. Observamos na equipe autonomia para a organização do próprio trabalho, assim como a problematização coletiva sobre o desenho do serviço, apontando para um estilo “democrático” na construção das diretrizes da assistência e do funcionamento da unidade. Vimos também que, apesar de existir conflitos entre os profissionais, há disponibilidade para a reflexão crítica e discussão entre os membros. Todos estes elementos característicos da maneira de trabalhar em equipe são indicativos propensos à qualificação do cuidado prestado e são favorecedores do acesso e da continuidade do cuidado.

O estudo do perfil da demanda do CAPS mostrou que o serviço recebe pacientes de variadas idades, com a mesma proporção de homens e mulheres, muitos sem ocupação de trabalho. O CAPS recebe igualmente pessoas por demanda espontânea e pacientes encaminhados de outras unidades de saúde. As primeiras demonstram que o CAPS é referência em saúde mental para a população e que tem feito o papel de porta de entrada e de ordenador da rede. Já os encaminhamentos colocam o CAPS como referência para os Postos de Saúde da região e para os serviços de saúde mental do município, demonstrando também o papel de porta de entrada em seu território.

A pesquisa observou também que embora o CAPS exerça suas funções de porta de entrada e ordenador da rede o CAPS para uma parte das pessoas que o procura, que outros serviços também exercem a função de porta de entrada, como os Postos de Saúde e os hospitais psiquiátricos, e que o Fórum de Saúde Mental da AP 5.2 é o ordenador da rede por excelência, é aquele que cumpre de maneira mais expressiva esta função.

A pesquisa mostrou que o serviço respeita totalmente a premissa de regionalização do atendimento e que a tendência do serviço em matricular mais aqueles pacientes que têm internação psiquiátrica anterior aponta para sua missão de ser um serviço substitutivo.

Embora não tenhamos abordado os fatores individuais relativos ao acesso, apontamos que o próprio transtorno mental é um dificultador do acesso e da adesão, de

maneira que deve ser compensado pela disponibilidade da equipe em acolher o portador de sofrimento psíquico e capacidade técnica dos profissionais para avaliar e traçar estratégias criativas de tratamento. A pesquisa também apontou como facilitadores do acesso e da continuidade do cuidado as articulações com a família, assim como as parcerias com outras instituições de saúde mental (para sucesso dos encaminhamentos e para o acompanhamento da internação).

No eixo acolhimento apontamos alguns fatores que põem em questão a qualidade do acolhimento realizado no CAPS: o fato de que a maioria foi encaminhada a partir de um único atendimento, que em muitos casos o acolhimento não ofereceu informações suficientes para explicitar a queixa do paciente e o motivo para buscar cuidado na saúde mental, o fato de não haver um trabalho multiprofissional na metade dos acolhimentos e a observação de que pode estar havendo uma simples concordância com o pedido do paciente na decisão de encaminhar. Observamos uma supremacia do diagnóstico da situação em relação ao diagnóstico psicopatológico, apontando tanto para a efetivação de uma abordagem verdadeiramente psicossocial do sofrimento psíquico, como abrindo brechas para uma avaliação baseada em impressões de senso-comum. Os resultados mostraram que os profissionais da enfermagem são os mais presentes no acolhimento, não havendo uma participação equitativa das categorias profissionais.

O acolhimento é apontado como um organizador da assistência, sobre qual gira todo o projeto institucional e os dispositivos existentes. Os resultados encontrados na pesquisa indicam a importância de realizar um seminário interno sobre a porta de entrada do serviço (acolhimento e grupo de recepção), programado muitas vezes ao longo da história do serviço (como vimos no capítulo 4), mas sempre adiando. A pesquisa mostrou que a porta de entrada não tem sido realizada a partir de olhar multiprofissional, que pode estar havendo uma certa pressa em encaminhar sem realmente efetivar uma avaliação cuidadosa, portanto, deve ser objeto de reflexão da equipe tendo em vista sua qualificação e possível transformação. Além da realização de seminário interno sobre a porta de entrada do serviço, parece importante retomar a idéia de fazer uma “rodada dos acolhimentos da semana” no início de cada reunião/supervisão, considerando que este é o momento privilegiado de discussão sobre o trabalho e de qualificação da assistência.

O diagnóstico psicopatológico aparece mais nos casos matriculados, o que demonstra o caráter processual da atribuição de hipótese diagnóstica, assim com uma preocupação da equipe em considerá-lo na formulação do projeto terapêutico. Embora tenha sido citado como razões para a matrícula em todos os paciente da amostra qualitativa, observamos que em apenas um dos casos o diagnóstico psicopatológico foi realmente incluído na construção do caso, ao longo da discussão em equipe, e pautou o delineamento de estratégias terapêuticas.

O acompanhamento, outro eixo da pesquisa, foi apontado pela equipe como um valor, mas cujo seguimento dos encaminhados não chega a ser concretizado, acarretando um desconhecimento dos profissionais sobre os resultados do próprio trabalho. Para os pacientes matriculados, o acompanhamento está fundamentalmente a cargo do profissional de referência, tendo sido observado como fatores importantes para a concretização do acompanhamento: a parceria entre os profissionais da equipe, a reunião/supervisão, os seminários internos e o estatuto organizacional da matrícula.

A partir da observação participante consideramos que os pacientes têm a oficina como referência e que muitas vezes o técnico de referência do paciente é o coordenador da oficina em que eles estão inseridos. A pesquisa mostrou que a oficina é o dispositivo assistencial mais utilizado pelos pacientes matriculados, confirmando a observação de que se trata de um importante elemento de acompanhamento.

Um outro fator importante para o acompanhamento foi a participação da família no tratamento, valorizando a co-responsabilização pelo cuidado. A demanda da família pelo tratamento do paciente também é um importante elemento de acompanhamento na medida em que ajuda a evitar que o paciente seja “esquecido” pelo serviço, como vimos acontecer no caso M2.

A utilização do serviço mostrou também a inserção de pacientes matriculados no projeto de democratização da informática (CDI), como uma atividade que remete a função de CAPS como de reinserção social, de ampliação das possibilidades de vida, indo além do tratamento propriamente dito.

A rede de saúde mental aparece na maioria das discussões em equipe. Há conhecimento sobre as situações dos outros serviços e as ações do serviço incluem as condições da rede. Vimos que o Fórum se apresenta como o maior ordenador da rede, não

necessariamente o CAPS. Este fato pode ser bastante interessante para atenção psicossocial, visto que agrega a maior parte dos serviços da rede, que inclui os coordenadores e gestores, além dos profissionais. Talvez seja mais propício que o Fórum centralize a função de ordenador da rede do que o serviço CAPS. A experiência do Fórum da AP 5.2 foi bem sucedida, por exemplo, ao normatizar a demanda das escolas para os serviços de saúde mental, o que provavelmente o CAPS não teriam capacidade de realizar.

Quanto ao apoio matricial que o CAPS deveria oferecer para a atenção básica, observamos que não foi concretizado, embora esteja no projeto do serviço. Devemos considerar que a maneira de trabalhar das equipes conjuntamente, a partir dos casos clínicos, pode estar revelando uma maneira interessante de parceria entre os programas, mesmo que diferente daquela prevista. Na medida em que haja cobertura populacional do PSF/PACS e haja identificação dos casos para saúde mental, ou seja, a partir dos casos, os dois programas podem efetivar uma co-responsabilização. Talvez seja um novo estilo de parceria, que não é necessariamente pautado pelo apoio matricial, mas também não pertence à lógica da referência e contra-referência, pois como vimos, o número de encaminhamento do PSF/PACS para o CASP foi pequeno.

Outra situação que a pesquisa mostrou é a falta de participação de profissionais na reunião/supervisão de equipe. Vimos que os profissionais da enfermagem são os mais presentes no acolhimento e, no entanto, os menos presentes na reunião. Sendo o momento privilegiado de reflexão crítica da equipe, de compartilhamento do trabalho entre os profissionais e formação de um olhar multiprofissional, o serviço deve tomar a participação na reunião como objeto de discussão. Assim como os deslizamentos que o conceito de autonomia e o mote “desmedicalizar e subjetivar” possam estar sofrendo devem ser alvo de abordagem no serviço.

Quanto aos registros a pesquisa evidenciou problemas de qualidade nos próprios atendimentos, anteriores ao registro, o que deve ser tratado pela equipe, focalizando o acolhimento e a capacidade técnica dos profissionais em avaliar os casos. Vimos que registros referentes à administração e faturamento tomam tempo e disponibilidade dos profissionais que poderiam ser dedicados à assistência. Uma solução para isso seria integrar todos os registros internos de modo a tornar possível a diminuição da quantidade de formulários a serem preenchidos e oportunizar a produção de dados para a própria unidade.

Vimos que foi somente a partir da realização da pesquisa que o CAPS pôde saber a quantas pessoas foram acolhidas no serviço desde sua implantação, foi a revisão sistemática dos PAMs (descrita em anexo) que produziu a informação de 1180 acolhimentos foram realizados.

Enfim, o estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza trouxe resultados preocupantes, como a qualidade do acolhimento e eventos-sentinela de falta de acompanhamento, não existência de projeto terapêutico, mas também apontou situações interessantes no sentido da transformação da assistência psiquiátrica, talvez no caminho real de uma nova abordagem sobre a loucura.

Considerações finais

Quando nos lançamos nesta empreitada tínhamos o objetivo de realizar um processo avaliativo, em formato de estudo de caso, do CAPS Profeta Gentileza. Buscamos apoio no campo da avaliação de serviços de saúde e naquilo que a literatura do campo da saúde mental oferecia como possibilidades para a avaliação. Privilegiando o princípio de cotidianidade para a pesquisa, focamos nos eixos acesso, acolhimento e acompanhamento, como formas de alcançar elementos para uma apreciação crítica da assistência.

Tínhamos a expectativa de que o próprio cotidiano do serviço poderia oferecer indicações de critérios para a avaliação da qualidade. Pois bem, o único indicador que surgiu nas discussões em equipe não é nenhuma novidade: o acompanhamento, já apontado como princípio do campo da atenção psicossocial por Goldberg (1996). Os profissionais colocaram o acompanhamento dos pacientes como aquilo que imprime qualidade ao trabalho do CAPS, seja em relação ao seguimento dos encaminhados, seja no acompanhamento dos pacientes matriculados, que inclui a trajetória de vida do usuário, em várias situações, inclusive durante a internação.

Para o delineamento metodológico seguimos aquilo que a literatura sugeria: combinação de metodologia quantitativa e qualitativa, inserção no cotidiano do serviço, inclusão das variáveis *soft*, construção da historicidade e do contexto da unidade e observação de eventos-sentinelas.

Os dados quantitativos coletados sobre o CAPS produziram informações inéditas para o serviço, como o perfil da demanda que chega ao CAPS, o número de acolhimentos realizados desde o início da implantação, as origens dos encaminhamentos ao CAPS, assim como possibilitaram ter informações sobre como o serviço responde às demandas, a forma como o serviço está realizando o acolhimento e o acompanhamento. Com isso oportunizou apreciações sobre a assistência, como analisar o lugar que o serviço ocupa no território em relação à função de porta de entrada da saúde mental no território, de organizador da rede e de sua relação com a atenção básica.

Os dados qualitativos permitiram uma maior compreensão a respeito do que os dados quantitativos haviam mostrado, como por exemplo, os profissionais da enfermagem estarem envolvidos no procedimento de acolhimento, mas pouco nas discussões dos casos,

assim como no acompanhamento dos pacientes matriculados. As discussões realizadas com os profissionais, sobre os casos encaminhados e matriculados, oportunizaram um panorama sobre o modo como a equipe acolhe, encaminha e acompanha. Foi nesta etapa que surgiu o acompanhamento como um indicador de qualidade e como um valor que a equipe presa, mas não consegue efetivar em ações práticas. Foi nesta etapa da pesquisa que podemos demonstrar como a equipe constrói os casos clínicos, como é o desencadeamento da discussão entre os profissionais e quais são os elementos que favorecem o andamento do acompanhamento e quais são aqueles que o tornam complicados para a equipe.

A observação participante trouxe considerações importantes, como o fato de os pacientes se referirem às oficinas e aos profissionais que os atendem como referências de tratamento e não necessariamente ao técnico de referência ou ao profissional médico. Assim como evidenciou o mal-estar dos profissionais em relação à falta de itens da estrutura e sobre a insegurança em relação à implantação do acolhimento noturno, ou seja, da efetiva implantação do projeto deste serviço: o CAPS III.

A construção da história e do contexto deste serviço foi fundamental para entender sobre a formulação do desenho institucional e para que as considerações avaliativas não fossem descontextualizadas. O uso do material Livro-Preto trouxe a construção paulatina da formulação de um trabalho em equipe e os desafios enfrentados ao longo da implantação.

A narrativa “Um dia de CAPS”, escrita em formato de conto, pretendeu ser um relato do cotidiano de um profissional, a autora desta tese, objetivando não somente mostrar como é um dia de trabalho, as situações que surgem e como o profissional vai modificando o seu plano de ação para dar conta das demandas, mas também pretendeu apontar que a posição da pesquisadora em relação ao serviço que foi objeto do estudo: um lugar de implicação desde os primeiros momentos da implantação do serviço, com compromisso com a assistência prestada na saúde mental.

E então, como avaliar um CAPS? Não chegamos a construir novos indicadores e nem delinear um desenho metodológico específico para avaliação de qualidade dos CAPS, mas confirmamos com a pesquisa a necessidade de utilização de metodologias quantitativas e qualitativas, além do acompanhamento do cotidiano e a construção da historicidade e da contextualização do serviço.

Vimos com a pesquisa que o serviço dispõe de uma série de registros sobre o seu trabalho que não estão integrados e, portanto, não oferecem retorno aos profissionais (e nem para o monitoramento da gestão) sobre a assistência, deixando de oportunizar o movimento próprio da avaliação, de uma reflexão sobre a prática, dentro da equipe, possibilitando sua progressiva transformação e qualificação.

Talvez o que a avaliação possa fazer pelos CAPS seja justamente oferecer instrumentos que possibilitem que os serviços tenham acesso os resultados das suas ações, mesmo que a partir de informações simples e quantitativas, sobre a demanda, o acolhimento e o acompanhamento. Para que isto seja possível o primeiro passo é integrar os registros.

Não precisamos necessariamente de “novos indicadores” para a avaliação da qualidade de saúde mental, talvez possamos nos acalmar na “corrida aos indicadores” como apontou Barreto (2005). Podemos estimar a qualidade das ações a partir de indicadores já existentes, como as taxas propostas pela política para monitoramento dos serviços, como uma etapa quantitativa, e de maneira qualitativa com incursões na forma de trabalhar da equipe, investigando sobre o acompanhamento dos pacientes. Precisamos oportunizar que os critérios já existentes ganhem poder avaliativo, aceitando que serão sempre critérios indiretamente relacionados aos resultados. Algumas taxas governamentais propostas, como adesão do familiar, taxa de abandono do paciente ou da continuidade do cuidado, inclusão de projetos de geração de renda, entre outros, estão na ordem do dia e são possíveis de serem produzidos nos serviços.

Com boa produção de informações nos próprios serviços, com incursão no cotidiano da assistência, seguindo o acolhimento e a forma de trabalhar dos profissionais é possível realizar uma avaliação da qualidade dos novos serviços.

As características da assistência dos novos serviços implicam que as medidas sejam sempre indiretas, que sejam indicativas e não exatas. Talvez a avaliação precise ajudar os serviços a se apoiarem nos dispositivos já existentes, oportunizando a reflexão sobre o conjunto da assistência dentro da própria equipe.

BIBLIOGRAFIA

AGUILAR, Maria José & ANDER-EGG, Ezequiel. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

ALMEIDA, P. & ESCOREL, S. (2001). Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*, v.25, n. 58, (p 35-47).

AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2^A edição, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. Manicômio e Loucura no Final do Século e do Milênio. In: FERNANDES, M.I. (Org) *Fim de Século: Ainda Manicômio?*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999, 47-53.

Assessoria de Saúde Mental/Superintendência de Saúde Coletiva/Subsecretaria de Estado de Saúde/Secretaria de Estado de Saúde/Serviço Público Estadual. Relatório de Gestão da Assessoria de Saúde Mental – 1999 a 2003. Apresentado em Fórum Estadual de Saúde no ano de 2004 (mimeo).

BANDEIRA, M.et al (2002). Escala de avaliação da satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol 51 (3): 153-166.

BARRETO, J. (2005). *O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora: Editora da UFJF.

BEZERRA Jr., B. A Diversidade no Campo Psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação? In: *Cadernos do IPUB*, n.14, p.135-144, 1999.

BEZERRA Jr., B. C. De Médico, de Louco e de todo mundo um pouco. O campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. A.W. (org) *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, (p.171-191), 1994.

BOSI, M.L.M. & MERCADO, F. J. (Org). *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BOSI, M. L. M. e MERCADO, F. J. (Org). *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques emergentes*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Série F: Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004 / Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL (2006) Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Coordenação de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados, Ano I, (2), janeiro – junho de 2006.

BRASIL (2005). Tribunal de Contas da União. Relatório de avaliação de programa: Ações de Atenção à Saúde Mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos / Tribunal de Contas da União.

CADILHE, G. R. L.. Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde Mental em um Município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado – IPUB-UFRJ, 1997.

CAMARGO JÚNIOR et al. Aspectos Metodológicos da Avaliação na Atenção Básica. In: Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Pinheiros & Mattos (org). Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. (pp223- 241).

CARVALHO, A.L. & AMARANTE, P. (1996) Avaliação da Qualidade dos Novos Serviços de Saúde Mental: em busca de Novos Parâmetros. *In: Saúde em Debate* 52:74-82, setembro, 1996.

CAVALCANTI, M. T. Desafios e Importância Estratégica da Avaliação de Qualidade de Serviços de Saúde Mental para a Assistência Psiquiátrica Brasileira Contemporânea. *Cadernos do IPUB*, Número Especial 60 anos, 1998.

CAVALCANTI, M. T. (2005). Projeto de Pesquisa “Avaliação de Serviços de Saúde Mental: Análise da Integração dos Centros de Atenção Psicossocial –CAPS- com a rede de cuidados em Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro” (FAPERJ/SUS), Instituto de Psiquiatria (IPUB/UFRJ), Programa de Saúde Mental (SMS/RJ) e Instituto Franco Basaglia (IFB). (mimeo).

COHEN, E. & FRANCO, R. (1993). *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área de Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Zulmira Maria de Araújo (org). *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à prática da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

CORDEIRO, H. A. et al (2001). Princípios e novas bases metodológicas para o aprimoramento da qualidade no sistema de saúde. *Revista saúde em foco* (21) 21-34.

DELGADO, Pedro Gabriel. Atendimento Psicossocial na Metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos do IPUB*, n.14, 113-121, 1999.

DONABEDIAN, A. Evaluaciona de la Calidad de la Atencion Medica. In: *Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antologia*. Editor principal: Kerr L. White. Publicaciona

Científica N. 534. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de Salud. 1992.

FAGUNDES, H. (1999). Os CAPS de Campo Grande e Santa Cruz e a consolidação da rede de atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos do IPUB*, n 14 (p 31-36).

FIDELIS, P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de Serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Correa, RJ. In *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. RJ: NAU Editora, 2003.

FIGUEIREDO, A.C. Do atendimento Coletivo ao Individual: um atravessamento na transferência. *Cadernos do IPUB*, vol. VI, n17, 2000.

GOLDBERG, J. (1996). Reabilitação como Processo – O centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, A.M.F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Ed: Hucitec: São Paulo.

GOMES, M. P.C. (1999). A Política de Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, Instituto de Psiquiatria, Universidade federal do Rio de Janeiro.

HARTZ, Z. (Org). Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à prática da Implantação de Programas. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. 7 GOMES, M. (2001). Avaliação e Gestão Municipal de Saúde. *Revista Saúde em Foco* (21) 7-19.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. Relatório de assessoria técnica do convênio IFB/CAPS-SMS-RJ: Consolidação de serviços municipais de atenção psicossocial nas regiões de Bangu, Campo Grande, Guadalupe, Inhoaíba, Irajá, Olaria e Santa Cruz. Rio de Janeiro, 2004. (mimeo).

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. Relatório de assessoria técnica do convênio IFB/CAPS-SMS-RJ: Consolidação de serviços municipais de atenção psicossocial nas regiões de Bangu, Campo Grande, Guadalupe, Inhoaíba, Irajá, Olaria e Santa Cruz. Rio de Janeiro, 2005. (mimeo).

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial In: PITTA, A.M.F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Ed. Hucitec: São Paulo, 1996, (p.55-59).

LEAL (1999 a) Erotildes Maria, 1999 (a). O Agente do Cuidado na reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado, Instituto de Psiquiatria da Universidade federal do Rio de Janeiro.

LEAL, Erotildes Maria. 1999(b). Tudo está em seu lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia. *Cadernos do IPUB*, n.14,47-54.

LIBÉRIO, Maria Madalena Amado. Estudo de satisfação com os CAPS da Cidade do Rio de Janeiro: ouvindo seus autores principais. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

LOYOLA e MACEDO, “Saúde Mental e Qualidade de Vida” (org.), Rio de Janeiro: Cuca/IPUB, 2002.

MECIER, Celine & PERREAULT, Michel (1990). L'évaluation de Programme. Notions de base. In: Problèmes Sociaux. Tome I: Théories et Méthodologies. Sous la direction de Henri DORVIL et Robert MAYER. Presse de L'Université du Québec.

MERHY, E., CAMPOS, G., CECILIO, L. (Org.), (1994). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

OLIVEIRA, C. G. (1996). Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde: um estudo de caso. Dissertação de mestrado, Instituto de medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, C.G. (1992). Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian. *Série estudos em Saúde Coletiva*. N 20, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PINHEIRO, R. et al. Demanda à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIROS, R. & MATTOS, R. (Orgs.). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 2005. p 65-76.

PERREAULT, M. Avaliação de Programas e Serviços em Saúde Mental e Toxicomania. Apresentado no XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Belo Horizonte, Minas Gerais, outubro de 2005, (mimeo).

PITTA, A.M.F. A Qualidade de serviços de Saúde Mental: desafios para a epidemiologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 45(6):313-321, 1996.

PITTA, A.M.F. Avaliação de Serviços e a Produção de Cidadania. In: (org.) KALIL, M.E.X. *Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*. Editora Hucitec e Cooperação Italiana em Sdaúde: São Paulo – Salvador, 1992.

PITTA, A.M.F. Cuidados com o Cuidar em Saúde Mental: estratégias de avaliação. *Cadernos do IPUB*, n.03, p. 159-170, 1996.

PITTA, A.M.F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Ed. Hucitec: São Paulo, 1996, Cap.03 (IV), 150-154.

RIETRA, Rita de Cássia Paiva. Inovações na Gestão em saúde Mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, 1999.

SARACENO et al, (1997). Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária. São Paulo, Editora Hucitec.

SARACENO, Benedetto. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 1999.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A.M.F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Ed. Hucitec: São Paulo, 1996, Cap.03 (IV), 150-154.

SCHMIDT, M. B.. A Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde Mental – uma contribuição para o campo da atenção psicossocial. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

Secretaria Municipal de Saúde/Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde/Coordenação de Programas de Saúde Mental – *Uso Racional dos Psicofármacos* – Ano 1, vol 1/abril-junho 2006.

SILVA, L.M.V. & FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: Limeites e Perspectivas. *Cadernos de saúde Pública* 10 (1):80-91, 1994.

SILVA FILHO, João Ferreira, CAVALCANTI, Maria Tavares et al. Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde Mental no Município de Niterói/RJ – A satisfação dos usuários como critério avaliador. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 45(7):393-402, 1996.

SILVA FILHO, João Ferreira, CAVALCANTI, Maria Tavares et al. Avaliação de Qualidade da “porta de entrada” do sistema assistencial em Saúde Mental de Niterói – RJ. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 47(2):73-80, 1998.

TRAVASSOS & MARTINS (2004). Uma revisão sobre o Conceito de Acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20, S190 – S198.

TENÓRIO, F. “Desmedicalizar e Subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. In: A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. *Cadernos do IPUB* Vol. VI, n 17, (2000), (p79-91).

TENÓRIO (1996). Conhecer para cuidar: o primeiro censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro. *Cadernos do IPUB*, n3.

VASCONCELOS, E.M., “Avaliação de Serviços e ‘Revolving Door’: Perfil da Clientela de uma Enfermaria psiquiátrica e Implicações Assistenciais Frente à Desinstitucionalização” *in: Transversões*, vol. 01, número 01, p.24-47, 1999.

VASCONCELOS, E. M.. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(4): 189-197, 1995.

VASCONCELOS, E.M.. *Breve Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente*. In: Vasconcelos, E. M. (org.) *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo:Cortez, 2000.

VENANCIO, A. T., LEAL, E. & DELGADO, P. (org). *O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Te Corá Editora e Instituto Franco Basaglia, 1997.

Anexo 1

O processo de coleta de dados:

colocando em operação a metodologia da pesquisa avaliativa a partir de uma revisão sistemática dos PAMs

Logo que iniciei a pesquisa de campo, no CAPS de Inhoaíba, deparei-me com uma questão não prevista, ou, como veremos adiante, não planejada na pesquisa, mas uma realidade já conhecida por mim enquanto profissional do serviço: os registros de acolhimento. No entanto, embora não se tratasse de uma novidade, a situação encontrada causou-me espanto enquanto pesquisadora. Tendo delimitado o objeto de pesquisa a partir de um trajeto inicial mais dispersivo, necessário para deslocar dos indicadores de qualidade “oficiais” (sejam eles normativos, epidemiológicos ou governamentais), elegi, o acolhimento oferecido pela equipe do serviço à população local como eixo de investigação, percebi que para abordá-lo teria que realizar um desvio de rota.

Para obter uma compreensão abrangente do cotidiano de um CAPS, inicialmente narrei uma série de situações que compõe o dia-a-dia desse serviço, produzindo em forma de um conto, apresentando uma narrativa própria enquanto profissional deste serviço, o texto “Um Dia de CAPS”. Este texto é uma narrativa livre a respeito de um de meus dias de trabalho no CAPS Profeta Gentileza, enquanto psicóloga do serviço, antes de me licenciar para dedicação à tese e à realização da pesquisa na unidade.

Também foi necessário contextualizar os acontecimentos e o funcionamento do CAPS a partir de um conjunto de informações sobre o processo de implantação desse serviço. O resultado está apresentado no Capítulo História e Contexto do CAPS Profeta Gentileza, onde são agrupados os acontecimentos e formação de um trabalho coletivo, ao longo da existência do serviço (de novembro de 2002 a agosto de 2006). Este capítulo foi construído com base na pesquisa no material Livro-Preto, o registro oficial de ocorrências da unidade, assim como a partir de anotações minhas realizadas desde o início do funcionamento da unidade.

Com a metodologia da pesquisa já traçada, estabelecido o uso dos materiais de registro de atendimento dos pacientes (PAMs para os encaminhados e prontuários para os

matriculados), voltei CAPS com a intenção de iniciar a coleta de dados. Mas não era assim tão simples e foi necessário realizar uma dedicação anterior à organização do material que seria pesquisado.

Assim, ao invés de sortear os registros de atendimento (e acolhimento) para discutir em reunião de equipe e a, partir daí, pesquisar os modos de receber os usuários, como estava no planejamento da pesquisa, foram encontrados registros nada disponíveis a um sorteio: muito pelo contrário, a preparação para o sorteio mostrou-se bastante rica para recolher informações sobre o tema, por um lado quantitativas, por outro nuances da própria qualidade do registro de informações. O mundo que adentrei ao chegar ao serviço para o primeiro dia da pesquisa em campo colocou-me em contato direto com um tipo de registro que é um verdadeiro índice de acolhimento: o PAM, Pronto-Atendimento Médico, uma folha através da qual qualquer primeiro atendimento é registrado no serviço.

Neste capítulo anexo, portanto, vou apresentar o início do trabalho de campo desta pesquisa, que consiste em uma revisão da totalidade dos PAMs existentes no serviço para posteriormente realizar o sorteio e a coleta de dados dos casos para o estudo. Esta etapa é importante de ser descrita aqui porque representa com clareza a realidade de pesquisar serviços de saúde, assim como já traz desde o início o teor de intervenção que a pesquisa avaliativa carrega.

Enquanto a pessoa em atendimento não é encaminhada a outro serviço ou matriculada no CAPS ela tem seus atendimentos regulares registrados no PAM, algo que não é um prontuário, mas também não é simplesmente uma ficha: trata-se de uma entidade híbrida, que não tem o caráter de permanência e a densidade do primeiro, mas também não é um registro burocrático que apenas sinaliza um momento específico no tempo, é uma forma de registrar o processo de acolhimento, seu durante e seu como, a maneira pela qual torna-se simples ou difícil encaminhar, matricular, ouvir, medicar, telefonar, lembrar e outros procedimentos técnicos que compõem a atenção psicossocial.

Por meio da entrada nesse “mundo do PAM” espero mostrar não só o número de atendimentos de primeira vez do CAPS de Inhoaíba, mas as dificuldades e impasses preliminares de encaminhar ou matricular usuários, sedimentados nas categorias que fomos criando para organizar o conjunto de PAMs.

Como descrito no capítulo 2 temos no CAPS de Inhoaíba (assim como em outros do município carioca) duas formas de registro: PAMs (ficha de Pronto Atendimento Médico) e prontuário (para os paciente matriculados). Como descrito anteriormente, todo paciente que é atendido no serviço tem preenchido uma “ficha de PAM”, ficha esta que é “importada” ao prontuário na situação de matrícula.

Seguindo a metodologia desta pesquisa, vamos utilizar as duas formas de registro, as duas categorias de pacientes deste CAPS: os pacientes de PAM (para selecionar os pacientes encaminhados) e os pacientes matriculados. Utilizam-se os pacientes de PAM que foram encaminhados e os que foram matriculados no período entre 01/01/06 e 10/08/06, independente da data de entrada no serviço, a data de acolhimento.

1. O “Trabalho de Campo”

O trabalho de campo começa antes do manuseio do material propriamente dito e das discussões em equipe. Primeiro foi feita uma programação de datas com a coordenadora e a supervisora do serviço. Após essa programação inicial foi realizada uma reunião com toda a equipe para explicitar os objetivos da pesquisa e como pretendíamos realizar tal metodologia, contendo duas formas de trabalhar: coleta de dados quantitativos nos registros dos pacientes e coleta de dados qualitativos a partir de discussões em equipe de casos sorteados. Ficou então combinado que as discussões dos casos sorteados se dariam nas reuniões de equipe. Esta escolha deve-se ao maior número de profissionais neste dia, de reunião, e por ser o fórum de discussões em equipe, portanto com maior participação dos profissionais e maior potencial de aproveitamento das questões discutidas para o cotidiano do serviço; além de contar com a participação da coordenadora e da supervisora.

A pesquisa teve boa aceitação tanto da coordenadora e da supervisora, assim como da equipe de profissionais. Todos sabiam da pesquisa anteriormente, pois a metodologia estava sendo delineada enquanto eu ainda trabalhava na unidade e não era incomum ter conversas a respeito da pesquisa. Desde cedo a pesquisa foi entendida pelos profissionais como algo que traria contribuições ao trabalho do CAPS e à discussão do funcionamento da equipe em relação ao acompanhamento dos casos. A pesquisa foi recebida com facilidade e entusiasmo pelo conjunto de profissionais, desde que foi anunciado que o trabalho de campo da minha tese de doutoramento seria um estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza.

Como previsto na metodologia, para iniciar o trabalho de campo, o CAPS (a equipe e/ou a coordenação) separaria os PAMs de pacientes encaminhados no ano de 2006 e eu sortearia dentre estes os casos a serem discutidos em reunião. Ao conversar pelo telefone com a coordenadora, ela conta que têm feito essa separação, com a ajuda eventual de alguns técnicos, mas que não terminou de ver todos os PAMs, de modo que concordamos ser fundamental que eu fosse ao serviço antes ao dia programado para iniciar a pesquisa no sentido de averiguar o trabalho de separação dos PAMs, contando com a possibilidade de que esta tarefa viesse a ser complementada por mim.

Era isso que imaginávamos que iria acontecer: que eu encontraria uma separação quase terminada, mas que teria de completar o trabalho de seleção dos PAMs dos pacientes encaminhados. Mas, ao contrário do esperado, não era possível simplesmente terminar a tarefa de separação dos PAMs, era necessário traçar uma maneira de realizar esta separação, **revendo a totalidade deste material**. Alguns PAMs já haviam sido separados, mas não estava claro quais já tinham sido revistos, de maneira que não era possível dar continuidade à tarefa, era preciso iniciar uma revisão de todos os PAMs, o que chamaremos aqui de **revisão sistemática**.

Já que isto deveria ser feito e que a situação dos registros de PAM era considerada bastante confusa pela coordenação e pela equipe, seria interessante não somente separar aquilo que interessaria para a pesquisa (que seriam os pacientes encaminhados em 2006), mas realizar uma revisão de todos os PAMs com o objetivo de propiciar uma nova organização daquele material.

Segue uma descrição de como foi realizada esta revisão dos PAMs e como foram construídas categorias de separação deste material a medida que o trabalho avançava. Pode parecer um pouco enfadonho e desnecessário tal descrição, mas esta se faz importante na medida em que se trata de uma realidade encontrada no campo e que faz parte da discussão sobre a dificuldade de realização de processos de avaliação, ou mesmo qualquer outro tipo de pesquisa, em unidades de saúde: **a problemática dos registros em serviços de saúde**.

2. O trabalho de revisão sistemática dos PAMs do CAPS Profeta Gentileza

Os PAMs no CAPS de Inhoaíba são armazenados em pastas, cada uma corresponde a uma letra do alfabeto. Aí são colocados a partir do primeiro nome do paciente; então o PAM de Maria da Silva está na pasta da letra M.

Reuni então os PAMs que haviam sido separados pela coordenadora com o auxílio de alguns profissionais, seguindo algumas pastas das letras do alfabeto. Lendo o conjunto de PAMs e a partir do que me haviam dito, pude concluir que algumas pastas (em torno de três) haviam sido trabalhadas pelos profissionais e várias pastas pela coordenadora, começando da letra ‘z’, subindo na seqüência, sem saber onde haviam parado. Com esse trabalho, haviam sido retirados das pastas os PAMs em que não havia uma conduta clara e os PAMs de pacientes que já haviam sido encaminhados a outras unidades de saúde. Tínhamos, portanto, duas pilhas: 1. PAMs de pacientes encaminhados; 2. PAMs em “dúvida”.

A primeira pilha, de PAMs de pacientes encaminhados, estava organizada por ordem alfabética (seguindo a forma de organização das pastas). Cada conjunto, referente a uma letra, estava agrupado com um clipe e um pequeno papel que indicava a letra correspondente.

A segunda pilha, que era visivelmente bem maior, era composta por PAMs sem conduta clara, ou seja, onde não era possível estabelecer através dos relatos escritos qual era a situação do paciente. Esta pilha foi chamada de “dúvida”. Lendo os PAMs desta segunda pilha, percebo que tem de tudo um pouco, como por exemplo: pacientes para os quais havia sido marcado retorno mas que nunca mais voltaram; casos que estavam em atendimento com a perspectiva de serem encaminhados, mas nos quais não é possível saber se o procedimento chegou a ser realizado efetivamente; casos com relatos de extrema gravidade onde se planeja realizar visita domiciliar, sem nenhum relato subsequente; entre outros. Enfim, uma série de alternativas possíveis onde não havia como saber qual foi a conduta tomada, ou a impressão inicial sobre o caso, ou onde não havia nenhuma indicação sobre o destino daquele paciente. Nesta enorme pilha de PAMs haviam desde pacientes que estavam em acompanhamento há muito tempo, com muitos atendimentos relatados (com muitas folhas de evolução), até pacientes que estiveram no CAPS uma única vez. Também havia PAMs sem relato há anos, assim como alguns com o último relato há um mês.

Alguns destes PAMs da pilha “dúvida” foram agrupados pelo nome dos profissionais de referência, para facilitar o trabalho da equipe em esclarecer as situações desses pacientes.

Ao entender o que já havia sido feito, resolvo então identificar as pastas das letras que não haviam sido vistas e fazer esta tarefa de separação seguindo os dois grupos já delineados: 1. os encaminhados, e 2. os de “dúvida”. Identifico que faltam as letras: F, I, K, N, Q e T. Separo, então estas pastas, mas em seguida percebo que há na pilha de dúvidas PAMs iniciados com estas letras, que teoricamente não haviam sido vistos. E agora? Não é possível ter certeza de que pasta foi ou não vista? Então resolvo conferir uma letra de pasta que já teria sido vista. Pego uma pasta e confiro: na revisão da letra A, além dos 9 PAMs já separados e postos na pilha de encaminhados, encontro mais 18 que haviam sido encaminhados. Então, chego a conclusão que deveria ser realizado a revisão de todas as pastas, de maneira sistemática, de todos os PAMs, para realmente conseguirmos identificar o real conjunto dos pacientes encaminhados, além de desenvolver uma maneira de organizar os PAMs.

Então, a pesquisa avaliativa que havia sido delineada, cujo ponto inicial seria o sorteio de casos encaminhados, começara bem antes. A revisão das pastas de PAMs do CAPS Profeta Gentileza, para daí retirar os encaminhados, seria parte do meu trabalho de pesquisa. **A pesquisa, então, inclui desde seu início uma intervenção do cotidiano de trabalho da equipe.**

Definido então que seria realizada a revisão da totalidade dos PAMs, escolho a grande mesa oval da sala da equipe para fazê-lo. Na sala tem uma estante, onde estão arranjadas, na vertical, pastas de cor cinza, cada uma com uma letra do alfabeto, em ordem alfabética da direita para a esquerda, ocupando duas prateleiras. De A a Z, estão todos os PAMs daquele serviço: que deram entrada desde julho de 2003, embora o registro de PAMs tenha se iniciado em 23/10/03. Aí estão todos os que tiveram um primeiro atendimento, exceto aqueles que foram matriculados (e então os PAMs foram retirados destas pastas e anexados ao prontuário com número de matrícula) e exceto também aqueles que faleceram (cujos PAMs foram para a pasta de arquivo-morto).

Segue a apresentação, em números, da revisão de todos os PAMs do serviço. Haverá uma apresentação por pasta, seguindo a organização alfabética da forma como são guardados. A maneira detalhada de apresentação destes dados segue a forma como foram

coletados e são importantes aqui para podermos acompanhar as modificações quanto a forma de coleta e os agrupamentos. Esta forma de apresentação não tem nenhum valor em relação ao resultado dos números (pois não interessa para a pesquisa saber a quantidade de pacientes encaminhados cujos nomes começam com a letra A, por exemplo), mas representa a maneira como são organizados no serviço e que foi seguida para a reorganização do material. Esta apresentação detalhada explicita a situação de armazenamento dos registros e é relevante no que se refere a metodologias de pesquisa em serviços de saúde.

A tabela a baixo mostra numericamente a revisão dos PAMs. Nas linhas estão os números de PAMs, por cada pasta referente à letra do alfabeto, correspondentes a cada uma das categorias da separação que estão nas colunas. As categorias são as seguintes:

1. O número de PAMs encaminhados antes de 2006, ao longo dos anos de 2003, 2004 e 2005, portanto anteriores 01 de janeiro de 2006;
2. O número de PAMs encaminhados no ano de 2006, até a data de corte da pesquisa: 10/08/06;
3. O número de PAMs que retornaram às pastas após a revisão, ou seja, o número de PAMs que tinham anotação recente e com indicação de que estavam em tratamento;
4. O Número de PAMs que não tinham conduta clara e nenhuma indicação de que estavam em tratamento, portanto foram para a pilha de PAMs em dúvida.

Pasta	Encaminhados antes de 2006	Encaminhados em 2006	Ficam nas pastas (em tratamento)	Vão para pilha de dúvida
A	22	8	44	
B	6	1	0	
C	13	5	20	
D	8	4	14	
E	22	3	23	32
F	7	2	16	0
G	10	4	12	4
H	5	3	12	1
I	3	2	9	2
J	28	7	10	31
K	0	0	0	1

L	19	8	3	16
M	24	19	21	39
N	9	2	3	10
O	2	2	3	10
P	9	0	3	6
Q	0	1	0	0
R	18	6	11	12
S	18	6	9	5
T	3	2	2	2
W	9	1	1	3
V	11	1	5	3
Y	0	0	1	0
Z	3	0	0	0
Total	249	87	222	177

A tabela mostra os números da maneira que foram sendo coletados, sendo que o número de 32 dúvidas na letra E refere-se ao total de dúvidas até esta letra, pois até então as dúvidas não estavam sendo separadas por sua respectiva pasta alfabética. Com o resumo dos números coletados, temos que, no total de **736 PAMs revisados** (735 + 1 que foi separado pela coordenadora para discussão imediata), temos que 249 pacientes foram encaminhados antes de 2006 e que **87 pacientes foram encaminhados no ano de 2006**. Também temos que 222 pacientes de PAM estão em tratamento (tecnicamente em avaliação) e que há 177 pacientes de PAM sem conduta clara nem indicação de que estão em tratamento e/ou avaliação.

Esta revisão de PAMs foi realizada por mim em uma semana de **funcionamento normal do serviço**, de maneira que os profissionais tinham de ter acesso a estes registros enquanto era realizada a coleta de dados. Assim, apesar das estratégias criadas para o controle sobre este material e da colaboração da equipe, é possível que um ou outro PAM não tenha sido contabilizado. Acreditamos que se isso ocorreu foi em número reduzido, portanto consideramos que estes dados representam a totalidade dos PAMs que estavam nas pastas.

As estratégias de controle criadas para a realização desta revisão de PAMs se resumem na centralização das pastas de PAM ao longo deste trabalho e da colaboração da equipe. O trabalho de revisão centralizou o acesso às pastas, de modo que quando um profissional precisasse de um PAM este tinha de pedi-lo a mim, tornando possível ter controle deste material para não haver retrabalho, contagem dupla ou ausência de contagem.

Ao longo destes dias de revisão, 23 PAMs que haviam sido separados anteriormente pela coordenadora como “sem conduta clara”, como dúvida, foram esclarecidos como já encaminhados e estão incluídos nestes números. Este esclarecimento foi feito pela própria coordenadora conversando com os profissionais sobre os casos, que lembraram dos respectivos encaminhamentos que não haviam sido devidamente registrados.

A partir da letra J, passam a ir para a pilha de dúvida todos aqueles em que a conduta não está clara ou que não há relato algum no ano de 2006. Por isso o número aumenta consideravelmente.

Há ainda uma informação sobre a coleta de dados, que parece interessante de ser destacada. Houve uma separação anterior feita pela coordenadora e alguns técnicos, além daquela feita por mim a partir da revisão sistemática das pastas de PAM. Desta divisão, em relação a separação dos PAMs encaminhados, tem-se que 80 foram separados anteriormente e 256 foram separados por mim ao longo da revisão. Então do total de PAMs encaminhados, 23,8% tinham sido separados anteriormente e 76,2% foram separados ao longo da revisão. Esta consideração serve apenas para mostrar como o trabalho de revisão foi importante no sentido de realmente identificar os PAMs encaminhados em sua totalidade. A revisão foi feita de maneira sistemática, de forma a ter controle sobre o material durante o cotidiano de funcionamento do serviço. Isto mostra como é difícil realizar uma tarefa de revisão de prontuários com a unidade em funcionamento e, portanto pegando e devolvendo os PAMs. Isso foi possível porque eu estava fazendo somente isto, não estava na assistência.

2.1. A grande pilha de dúvidas

Antes do início da revisão da totalidade dos PAMs existentes nas pastas, a coordenadora, com a ajuda eventual de técnicos, já havia separado PAMs que foram considerados sem conduta clara. Havíamos combinado que, quando do término da revisão das pastas, eu me juntaria a ela no trabalho com as dúvidas.

Havia 233 PAM em dúvida com a coordenadora e a revisão das pastas separou ainda 177 de PAMs sem conduta clara nem destino dos respectivos pacientes. Portanto, tínhamos aí, um **total de 410 PAMs na pilha de dúvidas**, ou seja, sem conduta clara ou

esclarecimento do destino do paciente. Nesta pilha de PAMs em dúvida havia todo tipo de situação e dificuldade de esclarecimento da conduta e, portanto, do destino de pacientes, de modo que foram criadas as seguintes categorias de separação deste conjunto:

1. PAMs sem conduta clara mas com anotações no ano de 2006, número de 28;
2. PAMs sem conduta clara e sem nenhuma anotação no ano de 2005, portanto a última anotação destes PAMs era anterior ao ano de 2005, esta categoria foi chamada de “águas-passadas”, número de 60;
3. PAMS sem conduta clara, mas com anotação no ano de 2005, esta categoria foi agrupada internamente com os nomes dos profissionais de referência, foram em número de 321;
4. PAMs separado para ser discutido na próxima supervisão, 1 único.

Estas categorias foram criadas a partir do que foi pensado junto com a coordenadora, tendo em vista a possibilidade de resolução destas dúvidas contidas nestes PAMs.

A primeira categoria, dos PAMs sem conduta clara mas com relatos feitos no ano de 2006 (em total de 28), após algumas discussões, foram devolvidos às pastas de PAM. A decisão de devolve-los às pastas se deu por dois fatores primordiais:

a) considerou-se que estes pacientes estavam em tratamento com a perspectiva de avaliação dos casos, com anotações ainda no ano de 2006, portanto, com algum tipo de atendimento recente; a equipe teria como ir solucionando estes casos durante o cotidiano do serviço, contando ainda com a realização de um “seminário de PAM” no segundo semestre, não havendo portanto a necessidade de retirá-los das pastas;

b) considerou-se também o grande número de PAMs em dúvidas anteriores ao ano de 2006 (total de 321), que deveriam ser revistos pelos profissionais, portanto, já haviam muitos casos a serem esclarecidos e que estavam há mais de seis meses sem clareza da conduta ou do destino destes pacientes.

A segunda categoria, nomeada de “àguas-passadas”, é o que o nome indica. Dado o grande número de casos com anotação em 2005 e sem anotação em 2006 (total de 321), foi decidido que estes PAMs só seriam revistos quando o primeiro contingente a ser esclarecido (este de 321) estivesse pronto, ficando então para um segundo momento. As “àguas-passadas” serão retomadas quando for possível, dado que trata-se de PAMs

referentes a pacientes que estiveram pela última vez no serviço nos anos de 2003 e 2004, anteriormente a 2005. São casos sobre os quais não conhecemos os destinos, nem a conduta dos profissionais, sendo que não retornaram no ano de 2005 e nem até agosto de 2006.

A terceira categoria, aqueles PAMs com anotação no ano de 2005, sem anotação posterior no ano de 2006 (total de 321), foram separados a partir dos nomes dos profissionais de referência (ou designado ao profissional que tem mais relatos escritos). Essa classificação se fez a partir da consideração de que é importante para o CAPS saber o que aconteceu com estes pacientes e de que isto é viável a curto prazo, visto que estes pacientes estiveram no serviço no ano anterior. Por isso já foi separado em relação ao nome dos profissionais, para já ir adiantando esta tarefa.

A quarta categoria, com apenas 1 PAM, foi separada anteriormente pela coordenadora, como o caso que deveria ser discutido na próxima supervisão.

Durante estes dias de trabalho de revisão e separação de PAMs no CAPS Profeta Gentileza, com transformação e adaptação da metodologia prevista ao longo do trabalho, **foram revistos um total de 968 PAMs** (total de encaminhados 336 + PAMs que ficaram nas pastas 222 + dúvidas 410).

Ao final desta revisão, foi possível estabelecer o número total de acolhimentos, ou seja, o número de pessoas que fizeram um primeiro atendimento neste serviço: a revisão de 968 PAMs + número de matriculados até o momento 208 + óbitos de PAM 4 = 1180. Ou seja, foi possível afirmar, pela primeira vez, o número de acolhimentos do serviço, desde a data em que começou a ser registrado, 23/10/03, até a data de corte da pesquisa, 10/08/06. Então, o serviço realizou neste período de funcionamento **1180 acolhimentos**.

Dizemos que foi a primeira vez que esse número pode ser afirmado com segurança porque os dados disponíveis no serviço não permitem este tipo de conclusão. No CAPS tem-se um somatório de números de atendimentos, aqueles “números de PAM”, atribuídos pela administração, que respondem ao total de atendimentos realizados no serviço por ano. Mas este número é atribuído ao total de atendimentos, o que não torna possível saber o número de pessoas atendidas.

Ao final da revisão de PAMs, surgiu ainda uma outra pergunta. Quantos pacientes haviam sido acolhidos no CAPS no ano de 2006? Para responder a esta pergunta, revisamos:

1. a pilha dos PAMs com anotação em 2006: 13 haviam sido acolhidos em 2006;
2. os PAMs que estavam nas pastas (a-z): 77 entraram em 2006;
3. dos PAMs encaminhados: 73 tiveram acolhimento em 2006;
4. e os matriculados que entraram em 2006, dos 46 pacientes matriculados em 2006, 23 tiveram o primeiro atendimento no CAPS neste ano.

Portanto houve um total de 163 pacientes de PAM que tiveram o primeiro atendimento (acolhimento) no CAPS no ano de 2006. Deste total, 90 (13+77) estão em avaliação com a perspectiva de serem encaminhados ou matriculados. E deste total de pessoas que foram acolhidas este ano (dentre os pacientes de PAM), 73 já foram encaminhadas.

Somando o total de pacientes de PAM e pacientes matriculados que entraram em 2006, temos um total de **186 pacientes que foram acolhidos no CAPS no ano de 2006**, até a data de 10/08/06.

Para resumir a situação encontrada com a revisão sistemática dos PAMs, tem-se que: a partir da decisão de rever os casos que estão sem conduta (aqueles com registro até 2005 = 223-77), além de decidir a conduta dos que estão em tratamento (com anotação em 2006 = 28) podemos afirmar que o CAPS tem **174 pacientes que estão em processo de avaliação**, com a perspectiva de encaminhamento ou matrícula.

Em conjunto com a coordenação, após a revisão sistemática dos PAMs, tem-se ainda alguns itens que ajudam a compreender a situação encontrada no CAPS naquele momento, como por exemplo que a primeira matrícula do CAPS tem data de 01 de outubro de 2004, assim como a atualidade dos procedimentos de compensação do serviço referentes aos pacientes matriculados, a Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC), descrita abaixo:

- Janeiro, fevereiro e março de 2006: havia pendência no credenciamento. As APACs foram preenchidas e enviadas mas retornaram com o termo “APACs prescritas”, portanto não foram faturadas;
- Abril, maio e junho de 2006: foram faturadas 153 APACs;
- Julho de 2006: serão faturadas 189 APACs;

- Agosto de 2006: serão faturadas 206 pelo menos, com a perspectiva de faturar o número de 208, que representa o número total de pacientes matriculados até dia 15/08/06.

3. Considerações sobre o trabalho de revisão de PAMs

Neste ponto, o leitor pode estar pensando pra que serve tais tipos de separação: com mudança de metodologia de divisão em categorias, com marcação do que foi separado anteriormente no serviço e o que foi separado ao longo da revisão sistemática, com formas que só são levadas em consideração a partir de determinada letra (como o caso de contar por letra o número de PAMs que foram para a pilha de “dúvida”). Porque afinal descrever esse percurso e dar detalhes da coleta de dados? Alguns podem pensar que a pesquisadora tem obsessão por números, obsessão por separações detalhadas, ou ainda podem pensar que a pesquisadora quer evidenciar as falhas do serviço. Pois não é bem assim, é mais complicado e tem suas justificativas.

O primeiro ponto a ser considerado é que este trabalho de pesquisa tem como um dos objetivos discutir as metodologias de avaliação e isto inclui, de maneira mais abrangente, a realização de pesquisas em unidades de saúde. Para tanto, um item importante é a coleta de dados em serviço.

Há pesquisas delineadas no sentido de produzir os próprios dados, prescindindo dos registros da unidade de saúde, como, por exemplo, pesquisas que entrevistam os pacientes quando da saída de um atendimento na unidade de saúde. Assim como há pesquisas que utilizam, de alguma forma, os registros oficiais produzidos nas próprias unidades de saúde, como por exemplo, prontuários. Devemos considerar a importância dos registros produzidos nas unidades de saúde indo além do campo da pesquisa em saúde, mas ainda considerar sua importância para o monitoramento, a gestão e a administração dos serviços de saúde.

Conhecer como são realizados estes registros oficiais e sua organização é fundamental para a discussão de pesquisa em unidades de saúde, inclusive para aferir o grau de confiabilidade dos dados que serão coletados.

Nesta pesquisa tomou-se o caminho de produzir dados a partir dos registros próprios do serviço (a etapa quantitativa) e também da produção de dados independente dos

registros do serviço (etapa qualitativa, referente às discussões de caso). O caminho escolhido de produção de dados a partir das informações coletadas em PAMs e prontuários flagrou a precariedade de tais registros, demonstrando a fragilidade de produção de conhecimento e interpretações sobre a qualidade da assistência a partir deste material.

Uma consideração importante diz respeito à divisão entre o que foi separado anteriormente pela coordenadora e por técnicos (23,8%) e aquilo que foi separado ao longo da revisão sistemática (76,2%), em relação aos PAMs encaminhados. Podemos considerar motivos para esta diferença:

1. Dada a intensidade do trabalho de assistência no CAPS, é bastante difícil que os profissionais e a coordenação possam se dedicar a uma revisão das pastas de PAMs ao mesmo tempo que estão disponíveis para a assistência. A dinâmica de trabalho no serviço faz com que, a todo o momento, surjam coisas novas e os profissionais têm que atender os pacientes, interrompendo uma revisão de PAMs que havia sido iniciada.

2. Não foi estabelecida antes uma maneira de realizar a revisão deste material. Havia uma iniciativa da própria coordenação no sentido de realizar este trabalho depois de constatada a necessidade de organizar os PAMs, isto foi somado ao início da pesquisa. Mas não foi combinado como isto seria feito. Desta forma não estava estabelecido o que seria “conduta não definida”, “paciente que não retorna”, etc. Portanto, é provável que cada profissional ao rever os PAMs tenha criado seu próprio critério e, como de fato foi constatado, a maior parte dos profissionais que se envolveram nesta tarefa estavam selecionando os PAMs de sua responsabilidade para efetuar a tarefa.

Uma outra consideração em relação a esta primeira etapa de coleta de dados diz respeito à importância de realizar uma nova organização deste material, não somente para o uso da pesquisa, mas para a própria melhoria do trabalho no CAPS. A problemática em relação à organização das pastas de PAM já havia sido identificada pela coordenação e pela equipe como um “dificultador” do cotidiano no serviço.

Neste serviço a questão dos registros é tema antigo, como pode ser observado na leitura do Livro-Preto do CAPS (descrita no Capítulo História e Contexto). Neste documento, ao longo de toda a história da unidade, há relatos da coordenação pedindo para os profissionais atentarem ao registro (tanto de PAM como de matrícula), há relatos de profissionais sobre o sumiço de PAMs, relatos de profissionais em relação a necessidade de

clareza na anotação da conduta, há relatos de discussões em equipe com sugestões de como organizar os registros diversos, assim como há a existências de “seminários de PAMs” e “seminários de matriculados” com a proposta de rever e organizar estes materiais.

Podemos considerar que este trabalho de pesquisa avaliativa teve, desde o seu início, o teor de intervenção no cotidiano do serviço, na medida em que realizou uma revisão sistemática dos PAMs, oferecendo informações para a equipe e proporcionando uma nova organização dos registros.

Enquanto era realizada a revisão sistemática dos PAMs (este início não previsto), a equipe já ia tendo um retorno do seu próprio trabalho e ao mesmo tempo participando da revisão, discutindo sobre a melhor forma de organização do material assim como sobre a decisão em relação ao que poderia ser feito no sentido do esclarecimento das condutas dos casos clínicos. Isto aconteceu na medida em que iam sendo conversadas as etapas de revisão, a formação e definição de categorias de separação, os números que iam surgindo, o esclarecimento de algumas condutas que não estavam claras e a discussão de algumas situações. Os profissionais participaram do processo de revisão dos PAMs, foram convocados a retomar casos clínicos que estavam “perdidos”, além de receberem retorno sobre a situação dos registros.

Anexo 2
Tabelas
(dados quantitativos referentes ao capítulo 5)

Referente ao item 5.1.16.2

Tabela A: A relação entre a categoria profissional que acolheu no CAPS e a especialidade do destino do encaminhamento (percentuais)

Número de pacientes encaminhados por especialidade do profissional do acolhimento no CAPS e em função da especialidade do destino do encaminhamento												
Categoria do profissional do acolhimento	Especialidade de destino do paciente (encaminhamento)											
	total	psc	psq	neuro	SM	clinmed	AD	Psc+psq	Psc+neuro	Psq+neuro	Psq+clinmed	Sem info
Psicólogo	24	42%	4%	17%	13%	8%	-	8%	-	-	-	8%
Psiquiatra	9	33%	11%	22%	11%	11%	-	11%	-	-	-	-
Enfermeiro	28	29%	25%	4%	4%	4%	-	7%	7%	4%	-	18%
Aux Enf	44	16%	30%	16%	2%	5%	5%	7%	2%	-	-	18%
Ass Social	2	100%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mus Terap	10	20%	20%	10%	-	-	-	40%	-	-	10%	-
Terap Ocup	3	-	67%	-	-	-	-	33%	-	-	-	-
Total	120	27%	22%	13%	5%	5%	2%	11%	3%	1%	15	13%

Referente ao item 5.1.16.2

Tabela B: A relação entre a categoria profissional que acolheu no CAPS e a especialidade do destino do encaminhamento (frequências).

Número de pacientes encaminhados por especialidade do profissional do acolhimento no CAPS e em função da especialidade do destino do encaminhamento												
Categoria do profissional do acolhimento	Especialidade de destino do paciente (encaminhamento)											
	total	psc	psq	neuro	SM	clinmed	AD	Psc+psq	Psc+neuro	Psq+neuro	Psq+clinmed	Sem info
Psicólogo	24	10	1	4	3	2	-	2	-	-	-	2
Psiquiatra	9	3	1	2	1	1	-	1	-	-	-	-
Enfermeiro	28	8	7	1	1	1	-	2	2	1	-	5
Aux Enf	44	7	13	7	1	2	2	3	1	-	-	8
Ass Social	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mus Terap	10	2	2	1	-	-	-	4	-	-	1	-
Terap Ocup	3	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Total	120	32	26	26	6	6	2	13	3	1	1	15

Referente ao item 5.3.1

Tabela C: escolaridade dos pacientes encaminhados, matriculados e total da amostra.

Escolaridade	encaminhados			matriculados			todos			
	freq	%	%corr	freq	%	%Corr	freq	%	%corr	% acumulada crrg
Sem escolaridade	4	5%	6%	2	14%	15%	6	6%	7%	7%
Fundamental incompleto	43	49%	60%	8	57%	62%	51	50%	60%	67%
Fundamental completo	2	2%	3%	0	0%	0%	2	2%	2%	69%
Médio incompleto	5	6%	7%	2	14%	15%	7	7%	8%	78%
Médio completo	12	14%	17%	1	7%	8%	13	13%	15%	93%
Superior incompleto	2	2%	3%	0	0%	0%	2	2%	2%	95%
Superior completo	2	2%	3%	0	0%	0%	2	2%	2%	98%
Educação especial	2	2%	3%	0	0%	0%	2	2%	2%	100%
Sem informação	15	17%	-	1	7%	-	16	16%	-	-
total	87	87	72	14	14	13	101	101	85	85
Total da amostra	87			14			101			

Referente ao item 5.2.14

Tabela D: Para os 14 pacientes matriculados da amostra: número de atendimentos, dias decorridos entre o acolhimento e a matrícula, tempo médio entre atendimentos, dispositivos do CAPS utilizados.

paciente	Número de atendimentos entre acolhimento e matrícula	Dias decorridos entre acolhimento e matrícula	Tempo médio entre atendimentos	Dispositivos do CAPS citados em prontuário
1	9	161	20,1	Grupo de Família, oficina, telefonema, Grupo de Referência.
2	17	363	22,7	Grupo de medicação.
3	13	533	44,4	Grupo de Recepção, telefonema, oficina. Discussão em supervisão.
4	14	132	10,2	Grupo de Família, oficina, convivência, laudo para passe-livre.
5	18	132	7,8	Oficinas.
6	3	11	5,5	Grupo de família, oficinas, laudo ara benefício, CDI.
7	27	960	36,9	Convivência, telefonema, oficina, bolsa De Volta para Casa. Discussão em supervisão.
8	8	98	14	Grupo de família, CDI, oficina, laudo para benefício.
9	29	443	15,8	Grupo de Família, CDI, Grupo de Referência, laudo para benefício.
10	17	283	17,7	Convivência, oficina, Grupo de referência, VD, VH (internação). Discussão em supervisão.
11	25	338	14,1	Oficina, laudo para benefício. Discussão em supervisão.
12	Sem data	?	?	Grupo de Família, oficina, CDI. Discussão em supervisão.
13	2	28	28	Oficina, VH (internação)
14	12	160	14,5	Grupo de família, VD, oficina, (internação). Discussão em supervisão
média	13,8	-	-	-

Anexo 3
Formulários oficiais utilizados no serviço

Ficha de Pronto Atendimento Médico (ficha de PAM)

Guia de Referência e Contra-Referência

Laudo Médico para a emissão de APAC (Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade)

Formulário de Anamnese para os pacientes matriculados, formulado pelo Instituto Franco Basaglia.

Mapas:

O Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (as A.P.)

A área Programática 5.2. (A.P.5.2.)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

S353 Schmidt, Moema Belloni.

Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental: um estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza / Moema Belloni Schmidt. – 2007.
450f.

Orientador: Benilton Carlos Bezerra Jr.

Co-orientadora: Maria Tavares Cavalcanti

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Serviços de saúde mental – Rio de Janeiro (RJ) – Avaliação – Teses. 2. Pessoal da área de saúde mental e pacientes – Teses. 3. Saúde mental – Avaliação – Teses. I. Bezerra Júnior, Benilton. II. Cavalcanti, Maria Tavares. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.89-008.1(815.3)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)