

MANUELA RODRIGUES MÜLLER
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ACOMPANHANDO NO TERRITÓRIO:
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL

Rio de Janeiro

2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MANUELA RODRIGUES MÜLLER

**ACOMPANHANDO NO TERRITÓRIO:
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde Pública.

Orientador: Profº Drº Paulo Amarante

Rio de Janeiro

2010

**ACOMPANHANDO NO TERRITÓRIO:
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL**

MANUELA RODRIGUES MÜLLER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientada por:

Prof^o Dr^o Paulo Amarante
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ)

Aprovada por:

Prof^a Dr^a Maria Tavares Cavalcanti
Instituto de Psiquiatria – UFRJ (IPUB/UFRJ)

Prof^a Dr^a Tatiana Wargas de Faria Baptista
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ)

Prof^a Dr^a Nina Isabel Soalheiro dos Santos Prata
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ) - Suplente

Prof^o Dr^o Alexandre Lins Keusen
Instituto de Psiquiatria – UFRJ (IPUB/UFRJ) – Suplente

Rio de Janeiro

2010

*Ao meu avô Augusto (in memoriam),
que me ensinou a procurar as palavras.*

Agradecimentos especiais ao Prof^o Dr^o Paulo Amarante, meu orientador,
pelo compartilhamento de sua experiência e conhecimento.

Ao Prof^o Dr^o Miguel Murat (*in memorian*), por sua generosidade e paciência,
à época de meus primeiros passos neste trajeto.

Às pessoas que acompanhei, na certeza de que aprendi, e muito, com cada
um, nesse caminhar junto.

A Alexandre Keusen, Rosimar Merodio, Edna Araújo, Hingrid Dias, Livia
Castilho, Lorena Souza, Elias Carim, Daniela Silbert, Marcos Gago, Leila
Correa, Léo *Barítono*, Marcinha, Kiko, e à equipe do Serviço Social do
Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro.

Aos colegas de trabalho, pela parceria nas certezas e incertezas ao longo do
caminho.

Aos professores, colegas e funcionários da Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), em especial à Prof^a Dr^a Vera
Pepe, por sua atenção e acolhida cuidadosa em Seminários Avançados.

Às Prof^{as} Dr^{as} Maria Tavares, Tatiana Wargas, Nina Soalheiro pela
gentileza e firmeza desde a Banca de Qualificação.

Aos meus amigos, pelo bom-humor e paciência.

À minha família, em especial aos meus pais, que me ensinaram com muito
amor o que seria viver dignamente e com solidariedade.

Às minhas irmãs, por tornarem esse aprendizado tão divertido.

A Rodrigo, meu companheiro de todas as horas, por todos os pequenos e
grandes gestos de amor.

RESUMO

Müller MR. Acompanhando no território: assistência domiciliar como estratégia de cuidado em saúde mental [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010. 114 f.

Nesta dissertação apresentam-se os resultados de uma pesquisa que consistiu em realizar um estudo a partir de uma experiência de assistência domiciliar em saúde mental realizada no Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ), Rio de Janeiro (RJ), no período de 2006 a 2008. O interesse por essa discussão se deu pela possibilidade de apresentação dessa estratégia como um instrumento interessante no contexto de desinstitucionalização, assim como na articulação das discussões presentes no Campo das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileiras, a respeito do conceito ampliado de saúde e de práticas de saúde éticas e inclusivas. Para tanto, realizou-se uma análise da experiência no período descrito, por meio de revisão narrativa de bibliografia a respeito do tema, de modo a identificar as características dessa tecnologia presentes no contexto brasileiro e consubstanciar o Estudo de Caso: Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ. A partir da revisão/sistematização da literatura e da elaboração do Estudo de Caso, acredito ser possível ajustar e incorporar a estratégia de Assistência Domiciliar em Saúde Mental ao contexto brasileiro, em especial no município do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: assistência domiciliar; saúde mental; desinstitucionalização.

ABSTRACT

Müller MR. Along with the territory: home care as a strategy for mental health care. [Dissertation]. Rio de Janeiro: Posgraduate Program in Public Health, National School of Public Health Sergio Arouca, Oswaldo Cruz Foundation; 2010. 114 p.

This dissertation presents the results of a survey that consisted of a study from a home care experience in mental health held at the Psychiatric Center Rio de Janeiro (CPRJ), Rio de Janeiro (RJ) in the period 2006 to 2008. The interest in this discussion is due to the possibility of presentation of this strategy as a useful tool in the context of deinstitutionalization, as well as the articulation of these discussions in the Field of Brazilian Health and Psychiatric Reforms, regarding the broader concept of health and health practices ethical and inclusive. To this end, we carried out an analysis of experience in the period described by means of narrative review of literature on the subject in order to identify the characteristics of the technology present in the Brazilian context and substance to the Case Study: Home Care Project – Equipe Volante/CPRJ. From the review/systematization of the literature and preparing the case study, I believe it's possible to adjust and incorporate the strategy for Mental Health Home Care to the Brazilian context, especially in Rio de Janeiro

Keywords: Home care; mental health; deinstitutionalization.

LISTA DE GRÁFICOS

Nº	LEGENDA	PÁGINA
1	Distribuição segundo idade e gênero dos indivíduos acompanhados pelo Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008	65
2	Distribuição segundo escolaridade e gênero dos indivíduos acompanhados pelo Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008	66
3	Distribuição segundo inclusão em programas sociais e área de moradia dos indivíduos acompanhados pelo Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008	67
4	Distribuição segundo gênero e tempo de adoecimento prévio à inserção no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008	68
5	Distribuição segundo hipótese diagnóstica e tempo de permanência no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008	69
6	Distribuição segundo área de moradia e tempo de permanência no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008	70
7	Distribuição dos atendimentos domiciliares no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008	71
8	Distribuição dos atendimentos familiares no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008	71
9	Distribuição dos acompanhamentos terapêuticos no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos Anos de 2006, 2007 e 2008	72
10	Distribuição das reuniões intrainstitucionais no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008	73
11	Distribuição das reuniões extrainstitucionais no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008	74

LISTA DE QUADROS

Nº	LEGENDA	PÁGINA
1	Definições de assistência domiciliar segundo instituições de origem	40
2	Características organizacionais das equipes de assistência domiciliar sugeridas para o contexto brasileiro	45
3	Graus de importância das práticas terapêuticas, segundo especialistas em PACT e CM	52
4	Comparação das características do PACT e dos programas dos centros comunitários de saúde mental (CMCH)	54
5	Características socio sanitárias dos indivíduos acompanhados pelo Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008	64

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AD	Assistência Domiciliar
ADSM	Assistência Domiciliar em Saúde Mental
AP	Área Programática
AT	Acompanhamento Terapêutico
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCSM	Centro Comunitário de Saúde Mental
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CM	Case Management
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPRJ	Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro
CRAS	Centros de Referência em Assistência Social
EC	Estudo de Caso
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde de Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HMRPS	Hospital Municipal Raphael de Paula Souza
HMSA	Hospital Municipal Souza Aguiar
IMAS	Instituto Municipal de Assistência à Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPUB/ UFRJ	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Assistência Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PACT	Program of Assertive Community Treatment
PAM	Posto de Assistência Médica
PTAC	Programa de Tratamento Assertivo na Comunidade
RJ	Rio de Janeiro
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
SM	Saúde Mental
SMPD	Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	PÁGINA
INTRODUÇÃO	13
1 OPÇÕES METODOLÓGICAS	18
1.1 Justificativa	18
1.2 Objetivos	19
1.2.1 Objetivos Gerais	19
1.2.2 Objetivos Específicos	20
1.3 Metodologia	20
1.3.1 Natureza dos dados colhidos	22
1.4 Questões Éticas	24
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DE ALGUNS PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSQUIÁTRICA BRASILEIRAS	25
2.1 Reforma Sanitária Brasileira	25
2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira	31
3 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	37
3.1 Histórico	37
3.2 Conceituação	39
3.3 Operacionalização da Assistência Domiciliar	43
4 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL	46
4.1 Descrição dos Resultados	47
5 ESTUDO DE CASO: PROJETO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR – EQUIPE VOLANTE/CPRJ	58
5.1 História e Constituição do Projeto Equipe Volante/CPRJ	58
5.2 Perfil dos Casos Atendidos	63
5.3 Evolução do Trabalho	70
5.4 Análise das Atas de Reuniões	75
5.5 Organização do Trabalho	76
5.6 Análise dos Critérios de Admissão	78
5.6.1 Casos com diversas internações e dificuldade de adesão ao tratamento	78

5.6.2	Casos com história de adesão anterior e dificuldade de acesso aos serviços	79
5.6.3	Casos com história de não-adesão a tratamento e isolamento social	80
5.7	Análise dos Critérios de Alta	80
5.7.1	Alta por adesão a outro recurso de cuidado	80
5.7.2	Alta a pedido	81
5.7.3	Alta por impossibilidade de acompanhamento da equipe	82
5.7.4	Alta por falecimento	83
5.8	Análise dos Recursos Terapêuticos	84
5.8.1	Recursos terapêuticos individuais	84
5.8.2	Estratégias de aproximação como recursos terapêuticos	85
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A	Agenda de Atividades (2007)	97
APÊNDICE B	Avaliação Psicossocial e Projeto Terapêutico	98
APÊNDICE C	Quadro Revisão das Atas	106
APÊNDICE D	Tabelas de Procedimentos	114

INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar é proposta como estratégia de cuidado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devido a algumas de suas características. Considerada um dispositivo que garante acessibilidade, ela possibilita que os indivíduos sigam vivendo em suas comunidades e, dependendo de sua organização, viabiliza a construção de cuidado coordenado com outros serviços, de modo a evitar, ou adiar, institucionalização aguda e desnecessária ou prolongada. Em geral, é realizada por equipe multidisciplinar, dentro de uma rede de serviços.

Seu crescimento tem relação com: alterações demográficas; crescimento de doenças crônicas e incapacitantes; organização dos serviços focados nas necessidades dos usuários; reconhecimento do tratamento em saúde mental baseado na comunidade; reconfiguração dos sistemas de saúde orientada por princípios de responsabilidade, equidade, eficiência e continuidade de cuidado.

Questões relevantes têm surgido, tais como: (i) o papel desempenhado pelos cuidadores informais; (ii) a carga do cuidado para os familiares; (iii) a importância de os serviços estarem ligados a uma rede mais ampla de serviços de saúde, proporcionando cuidado contínuo e integral; (iv) articulação entre os sistemas de saúde, de assistência social, de financiamento e esferas de governo responsáveis pelas equipes.

Estudos indicam que o acompanhamento domiciliar é uma estratégia interessante no campo da saúde mental. Alguns países desenvolvem experiências próprias, alguns já há 30 anos, com diferentes propostas de equipes, objetivos/metastas e organização. No Brasil, o surgimento de assistência domiciliar como modalidade de cuidado parece ser mais recente e há poucos trabalhos publicados.

Desse modo, apresentar essa tecnologia se mostra interessante no contexto de construção de serviços substitutivos, assim como enriquece as discussões presentes no campo das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileiras sobre o conceito ampliado de saúde e a construção de práticas de saúde éticas e inclusivas.

O interesse pelo tema se deu por minha participação em uma experiência de Assistência Domiciliar em Saúde Mental, denominada Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante do CPRJ (daqui para frente denominada Projeto Equipe Volante/CPRJ), em curso há cerca de cinco anos no Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ), caracterizada pelo acompanhamento domiciliar de usuários de saúde mental moradores da região central do

município do Rio de Janeiro – Área Programática 1 (A.P. 1.0) – realizada por equipe multidisciplinar do CPRJ¹.

O objetivo inicial do projeto constituía-se em alcançar os usuários que não se vinculavam ao tratamento em saúde mental e que acessavam a instituição apenas por meio de atendimentos de emergência e da equipe do Serviço Social. Devido a um ciclo de repetidas internações, esses usuários se mantinham excluídos tanto de seus entornos como de possíveis espaços terapêuticos. Inicialmente, o acompanhamento domiciliar pretendia incluir os usuários nos dispositivos existentes na instituição – como hospital-dia ou ambulatório.

Uma vez aberta a possibilidade de assistência contínua por meio de visitas regulares, observamos, contudo, o crescimento de um novo tipo de demanda. Passamos a receber encaminhamentos para avaliar e acompanhar pessoas que se encontravam isoladas em seu domicílio, sem acesso à rede de cuidados em saúde, configurando um outro tipo de “crise”, que não a da exacerbação sintomatológica, mas a da importante perda dos laços sociais. Embora esse segundo momento de encaminhamentos tenha nos parecido surpreendente, deveria ser um movimento esperado, pois, como comentado por Mattos², tanto a experiência de sofrimento como a expectativa frente aos serviços de saúde são construídas socialmente.

Ao longo da aproximação com os usuários, proporcionada pelas visitas, fomos conhecendo os problemas vivenciados por eles, tais como: adoecimento psíquico e físico, estigmatização, desemprego, pobreza, violência, relações humanas conflituosas e pouco solidárias, perda dos referenciais culturais, dificuldade de acesso aos recursos de saúde, previdência social, educação e lazer³. As impressões colhidas desse contacto nos levam a concordar com Bezerra⁴ (p. 114):

[...] é necessário analisar o sofrimento psíquico individual como um fenômeno que põe em questão simultaneamente a experiência subjetiva singular e o universo social-histórico em que essa experiência emerge e ganha existência para o próprio sujeito e para os outros. [...] Tratar do indivíduo que sofre é inevitavelmente referir-se aos contextos de vida em que esse sofrimento surgir como experiência no campo da intersubjetividade.

Assim, fomos adaptando a direção de nosso trabalho à realidade que vínhamos conhecendo e intensificamos a ideia de prestação de assistência em saúde mental nos domicílios, de forma a estimular os usuários, seus familiares e cuidadores a se responsabilizarem por seus cuidados e inseri-los na rede de assistência à saúde de forma integral. Mais que isso, ocupamo-nos de construir uma relação de referência com os usuários e suas famílias e passamos a nos preocupar, não só com o atendimento em si, como também

com a construção de relações de parceria com os demais setores do CPRJ, outros serviços da rede de saúde e setores fora da área da saúde.

Nossa entrada no território também produziu outros efeitos. Na equipe e no serviço – e, por que não dizer, nos serviços da rede de saúde – ratificou-se, com a experiência, a necessidade de construir socialmente outras respostas à loucura que não a determinada pelo modelo biomédico estrito, pois estávamos possibilitando aos usuários, a seus familiares e cuidadores um cuidado integral e ampliando suas visões e estratégias para lidar com o sofrimento psíquico.

Tais consequências reforçam discussões presentes nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileiras acerca do conceito ampliado de saúde e de seus determinantes, assim como da construção de práticas de saúde éticas e inclusivas ^{5,6}.

Desse modo, pareceu-nos natural que a reflexão a respeito da experiência do Projeto Equipe Volante/CPRJ realizada de forma sistemática pudesse dialogar com o debate já existente nos campos da Saúde Coletiva e Saúde Mental. O pensar sobre as práticas de cuidado, considerando o contexto em que estas se dão, enriquece a discussão teórica existente, além de contribuir para os ajustes porventura necessários.

A esse respeito, Campos ⁷ aponta que, no caso brasileiro, a transformação das diretrizes da reforma psiquiátrica em política nacional foi acompanhada por certa dissociação entre as evidências concretas de eficácia e a gestão das políticas públicas, com maior influência dos valores e da luta social determinando o modo de organização da política nacional de saúde mental que os indicadores positivos ao modelo de atenção sugeridos pelos reformistas. Os argumentos fortes para a defesa da nova política de saúde mental seriam a perversidade do modelo asilar tradicional, sua insuficiência e ineficácia clínica reabilitadora, bem como as possibilidades de ampliação da clínica e do processo de reabilitação psicossocial que o atendimento centrado em equipe multiprofissional poderia vir a oferecer.

A dissociação entre produção científica e de novas práticas de cuidado também é observada em outros contextos de reforma psiquiátrica, como bem exemplifica McGorry ⁸. Porém, não devemos julgá-la como negativa em princípio, pois sabemos que nem sempre a produção acadêmica acompanha as experiências vivenciadas e construídas em ambientes reais. A esse respeito, Spinelli ⁹ (p. 105) defende que precisamos “inverter a escolástica que ainda persiste nas universidades, para partir dos problemas e textualizá-los”. Desse modo, romperíamos com o colonialismo científico.

Ademais, uma produção teórica que partisse de questões levantadas nos contextos de serviços e práticas de cuidado em saúde poderia ser considerada uma estratégia de potencialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como de suas diretrizes, onde poderíamos acompanhar o próprio movimento do SUS.

Assim, a elaboração deste trabalho pode ser considerada, além de uma dissertação de mestrado, fruto do processo de construção e reflexão de uma prática de cuidado em saúde mental, na rede de serviços públicos do município do Rio de Janeiro. A estruturação do texto seguiu o trajeto percorrido pela autora e por suas companheiras de trabalho na constituição da equipe e do modo de acompanhar.

No Capítulo 1 – Opções Metodológicas –, apresento a metodologia utilizada, além de justificativas e objetivos, de modo a contextualizar os leitores. Como estratégia metodológica, utilizei-me do Estudo de Caso ^{10,11}, em que a experiência do Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ foi o caso analisado.

Já no Capítulo 2 – Contextualização de Alguns Princípios Norteadores das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileiras –, apresento alguns conceitos de Saúde Coletiva e Saúde Mental que balizaram o trabalho do Projeto Equipe Volante/CPRJ e que são caros ao debate nos referidos campos. A discussão levada a efeito serviu também para consubstanciar as considerações apresentadas ao fim do trabalho e se mostrou fundamental na articulação da experiência concreta do Projeto Equipe Volante/CPRJ com os questionamentos e reflexões vistos na literatura.

No Capítulo 3 – Assistência Domiciliar –, seguimos contextualizando a assistência domiciliar e, para tanto, incluímos breve revisão da literatura a respeito do tema.

No Capítulo 4 – Assistência Domiciliar em Saúde Mental –, tratamos de nos aproximar mais de nosso objeto por meio de revisão de literatura narrativa a respeito de assistência domiciliar em saúde mental. A revisão foi conduzida de modo a identificar experiências de assistência domiciliar em saúde mental, considerando mais importante atentar para a análise dos contextos sociais e de constituição de equipes/serviços em que ocorreram. Uma revisão sistematizada teria por objetivo avaliar resultados; porém, sabemos que a grande variedade de desfechos em Saúde Mental tornaria a revisão sistemática tarefa árdua e, quiçá, pouco produtiva (conforme relatam Burns et al. ¹²), além de, talvez, não contribuir para uma reflexão crítica a respeito da transformação das práticas de cuidado em saúde mental.

No Capítulo 5 – Estudo de Caso: Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ –, prosseguimos com o relato histórico da experiência e procedemos à análise das atas de reunião e das agendas de atividades realizadas entre os anos de 2006 a 2008.

No Capítulo 6 – Considerações Finais –, articulando teoria e prática, procedo a um balanço sucinto dos resultados que logrei alcançar a partir do diálogo entre a experiência e a apreensão dos conceitos.

Ao longo desse percurso, sistematizamos e elaboramos uma rica vivência. Esperamos ter conseguido traduzir esse processo, de modo a compartilhá-lo com outros parceiros, para seguirmos na construção de um sistema de saúde e de uma sociedade mais solidários.

1 OPÇÕES METODOLÓGICAS

Frente à dimensão subjetiva das vivências e dos fenômenos humanos, objetiva-se, com esta pesquisa, refletir sobre as condições e características de viabilidade do Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ, especialmente no que tange ao contexto das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileiras, e que questões de sua realização contribuiriam para avançar nas limitações vividas no processo de construção de novas práticas no campo da saúde pública.

1.1 Justificativa

O objeto de estudo é a Assistência Domiciliar (AD) como estratégia de cuidado em saúde mental. A opção pelo tema se deu a partir de uma vivência pessoal de trabalho, manifestando-se o interesse em articular tal experiência a um contexto real – o processo histórico e social decorrente da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

O referencial teórico escolhido para prosseguir nessa discussão foi colhido em revisão de literatura acerca do tema – Assistência Domiciliar em Saúde Mental (ADSM) –, entendendo-se que, quando o instrumental teórico-técnico de aproximação ao objeto de estudo é desenvolvido a partir da experiência, por avaliadores internos (ou os próprios trabalhadores), com enfoque principal na caracterização e compreensão dos fenômenos, é possível haver um ganho de reflexão crítica, um compartilhamento de saberes e experiências e, conseqüentemente, uma apropriação desse processo pelos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde^{13,14}.

Nesse sentido, este trabalho se aproximaria de uma pesquisa-ação, pois, diferentemente de outras formas de pesquisa, mantém o foco na ação e se propõe a gerar soluções para problemas práticos para facilitar (ou contribuir) a aquisição de ferramentas de trabalho pelos profissionais por seu caráter participativo, contribuindo, simultaneamente, para produção de conhecimento e para mudança social¹⁵.

Ademais, o acompanhamento sistemático das inovações propostas em saúde mental é apontado como importante no fortalecimento do setor, especialmente porque ainda faltam dados que sustentem a produção de parâmetros institucionais, administrativos, epidemiológicos e clínicos^{16,17}. Por outro lado, devemos estar atentos ao risco de usar ferramentas sem uma elaboração crítica prévia, de experiências e/ou conceitos de países centrais, especialmente aos pressupostos teórico-empíricos, como se as questões referentes às práticas de saúde se tratassem de problemas técnicos redutíveis à ciência aplicada⁹.

Alguns autores propõem que os indicadores e parâmetros de acompanhamento das práticas em saúde mental sejam elaborados a partir da realidade dos serviços^{16,17}. Nesse sentido, a sistematização de práticas adaptadas à realidade brasileira é necessária e interessante, considerando os dados e as estimativas disponíveis, assim como o processo de constituição dos serviços de atenção psicossocial e de implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

1.2 Objetivos

Com este trabalho, tem-se por objetivo discutir uma estratégia de cuidado – Assistência Domiciliar em Saúde Mental (ADSM) –, a partir da apresentação da tecnologia de cuidado Assistência Domiciliar (AD) e de suas especificidades relativas ao campo da saúde mental.

1.2.1 Objetivo geral

Analisar a experiência de assistência domiciliar em saúde mental em curso no Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ), apoiada no referencial teórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no período de 2006 a 2008.

1.2.2 Objetivos específicos

- Sistematizar o conceito e as práticas de acompanhamento domiciliar em saúde mental, por meio de revisão da literatura.
- Descrever os fundamentos teóricos desse dispositivo de cuidado no contexto nacional e internacional.
- Identificar características da tecnologia assistência domiciliar em saúde mental referidas na literatura internacional, que já se encontram presentes no contexto brasileiro.
- Descrever as atividades realizadas pela equipe de assistência domiciliar em saúde mental, bem como as potencialidades e limites da experiência de assistência domiciliar em saúde mental no CPRJ no contexto da rede de serviços de saúde.

1.3 Metodologia

Na realização desta pesquisa, optei por utilizar a metodologia tipo Estudo de Caso (EC) ^{10,11}, em que a experiência de assistência domiciliar em saúde mental em curso no CPRJ foi o caso a ser analisado. Realizou-se um estudo exploratório, em que se apresentou uma caracterização de aspectos significativos do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

A escolha pela metodologia Estudo de Caso se fundamentou essencialmente pelo desejo de caracterizar a assistência domiciliar em saúde mental, entendida como um fenômeno complexo que se dá em um contexto real. Ademais, por se tratar de experiência singular no município do Rio de Janeiro e por apresentar diversidade teórico-técnica, foi necessária uma aproximação do tipo exploratória. Entendemos que o Projeto Equipe Volante/CPRJ possibilitou a descrição de uma situação reveladora, comum em outros contextos de assistência em saúde mental, mas ainda em constituição no sistema brasileiro.

O primeiro passo constituiu-se na revisão não-sistemática da literatura, conduzida de modo a identificar experiências internacionais e nacionais de assistência domiciliar em saúde mental.

Foram investigados estudos e experiências publicados a respeito de assistência domiciliar em saúde mental por meio de revisão nas bases Medline, Cochrane, Lilacs, Portal de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nas referências bibliográficas citadas.

- Descritores selecionados (DECS e MESH): serviços de assistência domiciliar, assistência domiciliar, programa de tratamento assertivo, transtornos psicóticos, esquizofrenia.
- Limites de busca: Título/abstract, Humano, idiomas: inglês, português, espanhol.
- Os estudos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: tipos de participantes (idade maior que 18 anos, portadores de transtorno mental grave e crônico, exclusão em caso de abuso de substâncias como único diagnóstico psiquiátrico); tipos de serviços (serão incluídos os estudos que relatarem experiências em serviços que se proponham a tratar principalmente na comunidade); tipos de estudo (revisões sistemáticas e meta-análises, ensaios clínicos, relatos de comparação entre serviços/processos de cuidado).
- Foram excluídos os estudos referentes a experiências de cuidado individual e estudos de implantação de serviços específicos.

A construção do Estudo de Caso teve início a partir da elaboração de um Relato de Experiência, apresentando a história da constituição do projeto, da equipe e de suas práticas de trabalho, identificando as características do projeto por meio de análise documental do período de 2006 a 2008. Consideraram-se como fontes de pesquisa as atas de reunião e as agendas, que foram revistas, de modo a se construir base de dados, viabilizando-se, dessa maneira, a descrição das práticas de trabalho utilizadas pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ na condução dos casos. Uma terceira fonte de dados utilizada foi a consulta, quando se tornou necessário algum aprofundamento nas anotações sistematizadas da equipe de trabalho (sumário de entrevistas; resumos de trabalho apresentados em eventos científicos e centro de estudos; discussões em fóruns de saúde mental).

Na coleta de dados, alguns princípios nortearam o trabalho: várias fontes de evidências, para garantir a validade de construto, que convergissem em relação ao mesmo conjunto de fatos; construção de um banco de dados, com reunião formal das diferentes evidências; encadeamento das evidências por meio de ligação explícita entre as questões do estudo, os dados obtidos e as conclusões propostas.

Atribuem-se algumas limitações ao uso desse tipo de documento: (i) possibilidade de vieses que reflitam ideias preconcebidas dos autores, (ii) limitação do acesso a dados e arquivos quando há baixa recuperação; (iii) seletividade tendenciosa pela coleta incompleta.

Manteve-se total discrição sobre a identidade das pessoas que participaram diretamente desta pesquisa – os profissionais ou pacientes envolvidos nas discussões e anotações. Quando houve necessidade de ilustração de situações importantes, ela foi realizada de forma a não ser possível o reconhecimento desses profissionais ou usuários.

1.3.1 Natureza dos dados colhidos

1.3.1.1 Agenda

Com os tipos de atividades com as seguintes variáveis:

- Caracterização da clientela quanto às condições demográficas e socio sanitárias (idade, gênero; diagnóstico, tempo de diagnóstico; local de moradia; posse de documentos; recebimento de benefício social; inscrição em previdência social).
- Atendimento domiciliar: caracterizado pelo atendimento realizado por um ou mais profissionais do Projeto Equipe Volante/CPRJ fora do espaço institucional, em local indicado pelos pacientes ou cuidadores, com o objetivo de avaliação, acompanhamento e aplicação de medicação.
- Atendimento familiar no CPRJ: caracterizado pelo atendimento aos familiares e cuidadores dentro ou fora do hospital, com o objetivo de avaliação da demanda de acompanhamento domiciliar e da dinâmica familiar, elaboração da história de adoecimento, discussão do projeto terapêutico e acolhimento.
- Reunião com os profissionais e serviços intra- e intersetoriais: caracterizado pela discussão dos casos atendidos em conjunto ou com indicação de intervenção oferecida por outras equipes, ou setores, com o objetivo de construção de projeto terapêutico, articulação e coordenação do cuidado.
- Acompanhamento terapêutico: caracterizado por acompanhamento realizado por um ou mais profissionais da equipe a usuário com dificuldades para executar atividades práticas; por exemplo, acessar postos de atendimento do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), de modo que se construa uma relação de confiança e transmissão da contratualidade como estratégia de inclusão social¹⁸.

Tais informações constituíram o Apêndice D (Tabelas de Procedimentos), para realização de análise descritiva univariada e bivariada (por mês, por ano, por atividade).

1.3.1.2 Atas de reunião da equipe

Com encontros mensais, das quais serão extraídas as variáveis:

- Processo de construção e descrição dos critérios de admissão e alta.
- Processo de construção e descrição dos recursos terapêuticos utilizados.

Uma observação ao caminho escolhido seria a proximidade entre pesquisadora e objeto, o que possibilitaria vieses tipo seletividade ou reatividade^{19,10}. Porém, como já discutido, pesquisar sobre uma experiência própria de trabalho constitui uma possibilidade de pesquisa no universo da pesquisa-ação e uma estratégia para ampliar o processo reflexivo acerca de uma experiência realizada em um contexto real, articulando-a à discussão de um processo social e de conhecimento²⁰. Ou, ainda, como defende Spinelli⁹ (p. 108-109):

Centrar a dimensão operativa – a das micropráticas – expressa a ideia de problematizar esse nível organizacional, o qual parte da firme convicção de que a única, possível e muito necessária Reforma do Estado deve ser feita de maneira singular, no interior de cada organização. [...] porá em discussão o próprio processo de trabalho, propósito com o que se almeja recuperar para o trabalhador o seu significado e sentido.

Por outro lado, tal proximidade poderia ser proveitosa por se tratar de uma fonte adicional de evidência, em que a pesquisadora ocuparia um lugar de observadora participante, ou observadora livre¹⁹. Nesse caso, como aponta Yin¹⁰, o pesquisador pode participar dos eventos que estão sendo estudados, o que lhe dá acesso singular ao fenômeno de interesse, bem como capacidade de analisá-lo em seu contexto.

Outra limitação estaria relacionada à aplicação dos resultados encontrados em diferentes contextos. Tal risco é possível, a despeito da preocupação em articular os achados com a discussão teórica embasada em revisão de literatura. Entende-se, porém, que os resultados possam ser úteis na discussão da criação e implementação de serviços substitutivos em saúde mental no contexto brasileiro, em especial na cidade do Rio de Janeiro. De fato, com este trabalho, espera-se contribuir para a discussão da construção de novas práticas e novos serviços de saúde no campo da saúde mental.

1.4 Questões Éticas

Com relação à questão ética, foram observadas as disposições contidas na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Por se tratar de dados administrativos, a equipe de trabalho preencheu o termo de consentimento para uso das atas de reunião e das agendas. Não houve riscos na participação neste estudo e o benefício se constituiu em auxiliar no esclarecimento a respeito da construção de novos modelos de cuidado em saúde mental. A privacidade e a confidencialidade foram preservadas por meio de anonimato.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP), sob parecer número 174/09, em 07 de dezembro de 2009.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DE ALGUNS PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA BRASILEIRAS

A organização sanitária brasileira anterior à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) se configurou por uma lenta transição entre um modelo de proteção social incipiente para o de seguro social a partir da Era Vargas.

A transformação da assistência foi gerada com as mudanças sociais ocorridas ao longo do século XX, demandada pela crescente classe trabalhadora nos grandes centros urbanos, produzindo, entre as décadas de 1930-70, a divisão das ações preventivas e assistenciais, bem como a exclusão de parcela significativa da população brasileira de cuidados em saúde por não estar formalmente trabalhando ou ligada à previdência social oficial ²¹.

2.1 Reforma Sanitária Brasileira

Em meados da década de 1970, a percepção de inúmeros atores – estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde, segmentos populares etc. – de que o sistema de saúde brasileiro ainda se mostrava insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente, ineficaz e, como acrescenta Paim ²² (p. 39), “autoritário, centralizado, corrupto, injusto”, contribuiu para a organização de um movimento social que propunha a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a construção de um novo sistema de saúde que se tornou conhecido como “movimento sanitário” ou “movimento pela democratização da saúde”.

A ideia central, ligada a duas discussões importantes para o movimento sanitário – condição de cidadania e constituição de um Estado caracterizado pelo bem-estar social, ou seguridade social –, era a de que todas as pessoas têm direito à saúde. Desse modo, a primeira característica desejável do novo sistema de saúde que se construiria, o primeiro princípio do SUS, seria o da universalidade, ou seja, todos os brasileiros deveriam ter acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Constituído-se, assim, em um projeto de reforma social e não somente de saúde.

Dominguez e Martins ²² (p. 109) destacam que “[...] resgataram de maneira singular, naquele momento histórico dos ‘países em desenvolvimento’, o ideário de um Estado cuidador, ou seja, do Estado de bem-estar social mais conhecido como ‘welfare state’” (grifos do autor).

Além disso, a corrente acadêmica do movimento, guiada por ideias preventivistas e da medicina integral, que criticava o modelo reducionista biomédico que entendia saúde estritamente a partir da perspectiva biológica, ampliou a compreensão de saúde como fenômeno social e trouxe para a discussão as relações do indivíduo consigo mesmo, em sua rede de relações e com a realidade de seu cotidiano, possibilitando a análise de outros determinantes no processo saúde-doença. Isso produziu efeitos também no campo de conhecimento, pois possibilitou o debate e a construção de uma nova concepção de saúde.

Conforme enfatiza Barata ²³ (p. 19-20):

O processo saúde-doença é intrinsecamente histórico, ou seja, determinado pelas condições estruturais e conjunturais em que vivem as populações humanas. Do mesmo modo como os homens constroem sua vida material e não material, eles também produzem as doenças das quais irão padecer, bem como os instrumentos e as organizações sociais para combatê-las. [...] considerando os padrões de saúde e doença como as consequências biológicas dos modos de vida e trabalho próprios de cada grupo social, determinados pela organização econômica e pelas prioridades políticas da sociedade. As relações econômicas, sociais e políticas afetam a forma como as pessoas vivem e seu contexto ecológico e, desse modo, acabam por moldar os padrões de distribuição das doenças.

Desse modo, quando se assumiu que os discursos biológicos não detêm o monopólio do campo da saúde, foi possível deslocar a discussão acerca de saúde do lugar tradicional ao qual vinha sendo associado desde a constituição da medicina moderna, qual seja, o Estado – “visto como espaço hegemônico para a regulação da vida e da morte na sociedade” ²⁴ (p. 14). Essa visão de saúde permitiria a inclusão de novos sujeitos para reflexão e gestão do poder e dos valores, o que veio a ser denominado *participação social*. Tal deslocamento – da dimensão normativa do Estado para a dimensão criativa da vida social –, trouxe consequências significativas, pois, quando admitimos que saúde não é só não estar doente, mas também ser capaz de viver a vida de forma autônoma e criativa, entendemos que tanto a construção teórica como a das práticas de saúde deveriam ser compartilhadas com quem “recebe” o cuidado, tornando-o ativo nesse processo.

Tal inflexão teórica acarretou, ainda, transformações do ponto de vista técnico, pois, ao ampliar o que se entende por saúde, foi possível produzir novas práticas sanitárias levando-se em consideração o contexto e os sujeitos para quem as ações são ofertadas ⁵, assim como elaborar uma reestruturação do sistema que o tornasse viável.

Nesse processo, foi necessário introduzir o debate dos princípios e características considerados essenciais para o planejamento e construção desse sistema. Para Dominguez e Martins ²² (p. 109):

[...] o movimento brasileiro de reforma sanitária identificava a necessidade de criação de um sistema nacional de saúde que contemplasse em sua proposta o acesso universal aos serviços, a integralidade da atenção à saúde, uma maior racionalidade na utilização de recursos, a reordenação do modelo de atenção e uma forma de gestão descentralizada como pontos centrais.

Os princípios da participação social e de regionalização – essa última também uma diretriz organizacional e que define que os sistemas locais se organizam de modo a distribuir os serviços de saúde no território segundo a complexidade de atenção – foram acrescentados ao da universalidade para constituir a direção do SUS ^{21,25}.

Entendia-se que os serviços básicos deveriam estar mais disseminados e descentralizados, enquanto os serviços especializados poderiam se apresentar mais concentrados e centralizados, induzindo a entrada no sistema por meio da atenção básica, com referenciamento para a atenção especializada de acordo com a necessidade de cada caso.

Nesse processo e após 20 anos de experiência acumulada, identificam-se avanços, tais como: universalidade de acesso; incorporação do conceito de saúde ampliado no setor público; descentralização com aproximação dos gestores às realidades locais, lançando mão da integração das áreas administrativas e técnicas em cada nível de gestão e de mecanismos gerenciais baseados em indicadores epidemiológicos, metas, planos-diretores de saúde e outros instrumentos; transformação do modelo de atenção, privilegiando o cuidado integral e a hierarquização de serviços, tendo a atenção básica como “porta de entrada” do sistema.

Todavia, há ainda muitos desafios. Entre eles, observamos: heterogeneidade do acesso e da qualidade dos serviços prestados; dificuldade do controle social; financiamento inadequado; precarização dos recursos humanos; relação com o sistema suplementar de saúde distorcida e insatisfação dos usuários ²².

Alguns dos avanços e dos desafios detectados para a completa implantação do SUS são de especial interesse para este trabalho: conceito de saúde ampliado; transformação do modelo de atenção; heterogeneidade do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

O conceito de saúde ampliado provoca inúmeras transformações em diversos níveis, a começar pela apreensão dos diversos aspectos implicados em sua determinação, tais como: alimentação, escolaridade, renda, segurança, acesso aos serviços de saúde, acesso a lazer e cultura, cidadania etc.

Como consequência direta, temos a ideia de que o sistema de saúde é parte de uma política maior de Estado, o que produz outra repercussão, que é a necessidade de articulação entre os diversos setores, de modo a coordenar as ações orientadas como política pública de seguridade social.

Há, ainda, outro aspecto que merece ser ressaltado, que é a inclusão dos saberes e práticas dos sujeitos-alvo a quem são destinadas as ações de saúde e a importância que a participação social adquire com esse movimento. Sabemos que a incorporação do controle social no SUS ainda produz divergências, mas, inegavelmente, trata-se de um avanço no que diz respeito à democracia e à gestão participativa²⁶.

O segundo ponto interessante a ser discutido trata da transformação da assistência em saúde no Brasil. Alguns autores^{25,27} defendem que a transformação dos modos de organizar a atenção à saúde é considerada indispensável para a consolidação do SUS. Feuerwerker e Mehry²⁷ (p. 180) apontam que tal transformação é necessária,

[...] por pelo menos dois grandes motivos: em primeiro lugar, pela necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, da diversificação das tecnologias de saúde e da articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência; em segundo lugar, pela necessidade de adotar modos mais eficientes de utilizar os escassos recursos, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde – centrado em procedimentos – implica custos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz de responder às necessidades de saúde da população.

A ideia de integralidade pode ser analisada a partir de três perspectivas². A primeira refere-se a uma visão sistêmica, em que as ações preventivas, curativas e de reabilitação são realizadas pelos serviços de saúde, em contraposição ao que tínhamos no Brasil até a década de 1970, quando as ações preventivas eram realizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e as ações curativas, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Uma segunda perspectiva seria a da organização da rede de serviços, em que seriam definidas e pactuadas regionalmente as responsabilidades dos serviços, de modo a viabilizar o atendimento e o fluxo dos usuários entre as unidades de acordo com suas necessidades. A terceira visada possível da noção de integralidade diz respeito à apreensão ampliada das necessidades dos indivíduos que acessam os serviços, em que pese um olhar sobre o sujeito que procura atendimento e não sobre a doença, potencializando o diálogo e a construção de projetos terapêuticos criativos e respeitosos.

No Brasil, segundo Feuerwerker e Mehry ²⁷, no processo de planejamento e construção de práticas assistenciais integrais, dois tipos de estratégias vêm sendo utilizados. O primeiro se refere à transformação do modelo assistencial por meio da implantação maciça da estratégia de saúde de família e da ampliação da ênfase sobre a promoção à saúde. Para Teixeira ²⁸ (p. 269):

O Saúde de Família deixou de ser um Programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível.

A segunda estratégia apontada por Feuerwerker e Mehry ²⁷ propõe tal transformação tomando como centro as necessidades de saúde, para a construção de linhas de cuidado que atravessem todos os níveis de atenção, garantindo acesso e continuidade de cuidado. Esses autores defendem que, no segundo caso, seria necessário lançar mão de modalidades inovadoras de suporte e articulação entre trabalhadores e serviços, como, por exemplo, o apoio matricial, de modo a possibilitar análise crítica permanente sobre o processo de trabalho, bem como a constante renovação de pactos (entre trabalhadores de uma mesma equipe e entre diferentes equipamentos de saúde) para assegurar o cuidado e a ampliação ou renovação das tecnologias envolvidas na atenção.

Ainda seguindo a lógica da construção de linhas de cuidado e introduzindo um ponto que será discutido ao longo deste trabalho, Feuerwerker e Mehry ²⁷ propõem a atenção domiciliar como uma estratégia inovadora, entendendo-se seu potencial nos processos de: desospitalização de internações desnecessárias (antes geradas pela fragilidade das redes de apoio em situações de vulnerabilidade social); altas precoces para ampliar a rotatividade dos leitos e evitar complicações de internações prolongadas; busca de períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos e nos cuidados paliativos.

A respeito da questão do acesso em saúde, devemos estar alertas para o fato de que, apesar de virtualmente todos terem acesso aos serviços de saúde no Brasil após a implantação do SUS, ainda vivenciamos dificuldades, especialmente nas localidades em que a atenção básica ou as equipes de saúde de família não são amplamente difundidas ou a integração entre os diversos níveis de atenção não se dá de modo regular ^{22,25}.

Entender as características envolvidas para o acesso e utilização de serviços continua sendo urgente e importante. Assim, lançamos mão de revisão a respeito do tema elaborada por Travassos e Martins ²⁹ para avançarmos nesta discussão.

Tradicionalmente, o termo “acesso” tem sido compreendido na literatura como entrada inicial nos serviços de saúde e, nesse sentido, indicaria uma característica dos sistemas, que é a da oferta de serviços. Mais recentemente, tem-se observado um crescente uso desse termo associado à avaliação dos resultados dos cuidados recebidos em detrimento da entrada nos serviços. Mesmo assim, os estudos ratificam a importância de se manter a distinção entre acesso e uso de serviços de saúde, acesso e continuidade do cuidado e acesso e efetividade dos cuidados prestados, pois a cada um desses processos corresponderia um modelo explicativo distinto ²⁹.

Por seu turno, a acessibilidade seria apresentada como uma característica da oferta de serviços de saúde, ou seja, demonstraria o ajuste na relação entre a oferta e o uso que a população faz dos serviços. Desse modo, o acesso é um fator determinante para o uso, mas a utilização dos serviços de saúde depende também de várias circunstâncias, tais como adequação da instituição às características sociais e culturais da população, apreensão das necessidades de saúde, qualidade do acolhimento e atendimento etc. ²⁹.

Travassos e Martins ²⁹ destacam outro aspecto importante a respeito da utilização de serviços, que é a distinção entre os modelos explicativos da saúde e do uso de serviços de saúde. Defendem que, se a saúde é entendida como um fenômeno mais amplo que a ausência de doença, então, os indicadores de entrada nos serviços (acesso), utilização e continuidade de cuidado (acessibilidade) não são suficientes para descrever a situação de saúde de uma população, apesar de sua grande utilidade para caracterizar a capilaridade e adequação das redes de serviços e sistemas de saúde. Com isso, reforçam, indiretamente, a importância de serviços e equipes de saúde atuar nos territórios sob sua responsabilidade, conhecendo-os em profundidade (para além das necessidades óbvias de saúde) e construindo soluções mais próximas das realidades enfrentadas.

Afinal, como defende Barata ²³ (p. 20):

As desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de maneira diversa no que diz respeito ao processo saúde-doença em si, bem como ao acesso e utilização de serviços em saúde. As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde. Há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis.

2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira

Simultaneamente e associada à Reforma Sanitária, desde a década de 1970 também vinha se constituindo a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Inicialmente gerida pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, foi fortalecida por movimentos sociais diretamente interessados na transformação da prática psiquiátrica ao longo das décadas de 1980 e 1990, como evidenciado pela forte participação em conferências sobre saúde mental. Segundo Ferreira ³⁰ (p. 211):

O início da Reforma é paralelo às necessidades de mudanças no panorama econômico, político e cultural do país. Ocorreu, pois, no contexto de reivindicações de mudanças políticas concretas e se desenvolveu no campo da luta dos movimentos sociais [...] Portanto, pode-se dizer que a Reforma segue passo a passo o processo de redemocratização do país.

Tratava-se de lutar por condições dignas de cuidado, porém, mais que isso, apontar para a fragilidade do que se entendia ser a doença mental, vista como desrazão e erro, passível de ser corrigida e excluída. Semelhantemente à Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica Brasileira propunha uma revolução epistemológica e ética, ampliando o conceito de saúde mental e criando novas possibilidades de atenção ^{6,31,32}.

A proposta da RPB é a de substituição do modelo manicomial por uma lógica de cuidado inclusivo e ampliado. Tal proposição baseia-se na ideia de processo social complexo, em que, segundo Amarante ⁶ (p. 63):

A transformação não deve ser o objetivo em si, e sim, consequência de princípios e estratégias que lhe são anteriores [...] e [o processo social complexo] se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões.

Desse modo, a superação do conceito de doença entendido como erro é o princípio norteador da transformação das práticas de cuidado ^{31,32}.

A operação necessária para tal movimento foi proposta por Franco Basaglia ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica Italiana, em que a ideia de doença foi colocada entre parênteses. Tal operação significa promover a “suspensão de um determinado conhecimento e implica a possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão” ⁶ (p. 67).

Consequentemente, há uma inversão que torna possível lidar com o sujeito e não com a doença. Assim, cuidar se “torna a ação de produzir subjetividade, sociabilidade” ³¹ (p. 80).

Logo, “o melhor espaço de reabilitação é a cidade, não um serviço que ofereça tão somente uma tecnologia de cura”³¹(Basaglia, 1982, *apud* Torre e Amarante³¹, p. 83).

Tal visada denunciava a separação artificial entre “doença” e sujeitos reais, complexos, que criava, por sua vez, estruturas científicas, legislativas, administrativas referidas à “doença.” A percepção da artificialidade envolvida nessa divisão justificou que a Reforma Psiquiátrica não se tratasse tão somente de *desospitalização* ou de substituição do modelo asilar pelo modelo *da reforma*. Trata-se de uma posição epistêmica, política, clínica, de propor estratégias de cuidado no território e de transformar as antigas estruturas, instituições, *desinstitucionalizando-as*.

A noção de território, referência para o campo da saúde mental, é um dos construtos mais importantes na trajetória da Reforma. Entende-se que os serviços devem ser regionalizados, ou seja, estão localizados em um espaço e se responsabilizam pelo atendimento a uma população, mas a ideia de território ultrapassa a de região, pois não se trata somente de uma divisão geográfica. O território se configura como um espaço histórico e social em que ocorrem trocas, onde os atores que circulam nessa configuração são agentes, mas também estão permeáveis às transformações.

Apropriando-se de discussão apontada por Amarante e Giovanella (2002, *apud* Anaya³², p. 88-89), essa autora assegura:

O trabalho no território (é) como um trabalho de construção ou promoção de saúde mental, de reprodução de vida, de subjetividades, pois é nele que se estabelecem as relações entre as pessoas, com os objetos, com a cultura, revelando-se um espaço dinâmico e com grande capacidade de operar transformações tanto nas instituições quanto na comunidade. Ao penetrar no território, o serviço propicia mudança de cultura, à medida que experimenta novas formas de lidar com a loucura, estimulando seu acolhimento pelos atores sociais e diminuindo sua estigmatização.

Corroborando sua assertiva, Anaya³³ (p. 89) define:

A partir dessa perspectiva, o serviço de base territorial é aquele que, em oposição ao hospital psiquiátrico, aponta estratégias e intervenções que não se reduzem e não se centralizam na instituição, mas que a partir dela indiquem ações para fora do serviço e não para dentro.

A partir do redimensionamento das ações que têm lugar no território, Amarante⁶ (p. 57) descreve a experiência italiana e aponta para outro conceito importante – o da *tomada de responsabilidade*:

A partir do conceito de “tomada de responsabilidade”, os Centros de Saúde Mental passavam a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território [...] atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura (grifo do autor).

A idéia de *tomada de responsabilidade* expressa a capacidade de os serviços e equipes de saúde baseados no território se transformarem em pontos de observação e intervenção privilegiados, já que suas inserções no interior de espaços geográficos definidos tornam sua observação sobre as relações em seus entornos profunda e longitudinal, bem como interativa e responsável, além de pressupor um papel ativo na sua promoção.

Configura-se, então, uma nova modalidade de relação institucional, que se baseia propriamente na assunção de responsabilidade – assumir a função de referencial ativo às demandas³⁴.

Assim, no Brasil, onde também o processo da RPB tem proposto a *desinstitucionalização*, o desafio passou a ser a construção de dispositivos de cuidado que promovessem a produção de novos recursos que não reproduzissem as bases teórico-práticas do modelo clássico³¹.

Amarante e Torre³⁵ (p. 54), referindo-se ao trabalho dos novos serviços de saúde mental, comentam que:

O trabalho no território é construído por meio de redes e suporte social, através de visitas domiciliares, vínculo com os familiares, diálogos com a vizinhança e bairro, movimentos sociais, ação cultural; por meio de intersectorialidade, através de trabalho com instituições localizadas nesse território, no sentido de confrontar resistências e ampliar possibilidades de intervenção em relação ao trabalho, lazer, educação, arte, esporte, dentre outros.

Assim, para modificar nossas práticas de cuidado devemos, além de ter clareza a respeito dos princípios que as norteiam, pautar nossas estratégias e ações pela produção de *bons encontros*, pela potencialização da vida³⁶ (p. 165).

Nesse sentido, quando ampliamos a ideia de assistência para a de referência, podemos, como sugerem Pitta³⁷ e Cavalcanti et al.³⁸, exercer a função de ligação entre usuários e uma rede assistencial ampla (saúde, outros setores, organizações não-governamentais, iniciativas individuais etc.).

Nessa perspectiva, o diálogo com outros serviços de saúde e setores sociais passa a ser fundamental na construção de parcerias e compartilhamento de recursos para viabilização dos projetos terapêuticos ³⁷. Para Alves ³², (p. 171), a intersetorialidade e a diversificação são componentes indissociáveis do cuidado: “Se nos propusermos a lidar com problemas complexos, há que se diversificar ofertas de maneira integrada e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece, pois nem sempre lhe é inerente”.

A importância dada à construção de parcerias e de redes entre profissionais, equipes de saúde, usuários, familiares e outros setores é devida a diversas motivações. A começar pela perspectiva clínica. Atender pessoas com sofrimento psíquico requer acolhimento e disponibilidade, como definem Cavalcanti et al. ³⁸, mas também significa apreender ampliadamente as necessidades dos que nos procuram e reconhecer se nossas ofertas são adequadas ao contexto do encontro do sujeito com a equipe ². Mais que isso, limitar nossas ofertas a *curar, tratar, controlar* enrijece a relação com a clientela a ser atendida, pois a torna estática e objetificadora, desconsiderando os sujeitos-alvo de nossas intervenções ³⁹, provocando seu afastamento.

Os novos serviços e dispositivos de cuidado idealizados pela Reforma Psiquiátrica devem privilegiar em seus processos de trabalho um olhar integral, viabilizando as condições de cuidado que evitem ou diminuam o sofrimento sintomatológico, o agravamento das perdas sociais, familiares e funcionais. Ao mesmo tempo, devem possibilitar a responsabilização e o acompanhamento contínuo dos pacientes, familiares e cuidadores ^{40,41,42,43,44}.

Em saúde mental, a flexibilidade de organização dos serviços e dispositivos de cuidado se justifica ainda pelos custos que o tratamento tradicional (internação hospitalar) acarreta ao sistema. Na Inglaterra, por exemplo, estima-se que os gastos sejam quatro vezes maiores para os pacientes que apresentam reagudização sintomatológica, especialmente com gastos de reinternação ⁴⁵.

Além disso, seus custos são altos para pacientes, suas famílias e cuidadores e para a sociedade, tanto do ponto de vista objetivo – por exemplo, dificuldade de inserção produtiva, uso contínuo de medicação e de serviços, hospitalização –, quanto do ponto de vista subjetivo – sofrimento psíquico dos pacientes e de seus familiares e sobrecarga dos cuidadores ⁴⁶.

Sabe-se, ainda, que a demora nas intervenções e o acompanhamento irregular estão associados a deterioração clínica, prolongamento do tempo para alcançar a remissão, piora do funcionamento social, assim como aumento na incidência de atendimentos de emergência, internações, desemprego e contato com o sistema jurídico criminal ^{40,42,43, 45}.

Alguns fatores estariam associados à demora e à irregularidade do acompanhamento em saúde mental. Em nível individual, podemos citar, por exemplo, meio familiar hostil, a carga e a dificuldade de lidar com os pacientes. Contudo, devemos apontar outros fatores importantes associados à irregularidade do tratamento e que dizem respeito à organização do sistema e dos serviços de saúde, ilustrados pela baixa oferta de serviços e processos de cuidado inadequados ^{40,41,47}.

Em literatura de língua inglesa, encontramos a defesa de estratégias de cuidado e diversidade de serviços territoriais, aceitas como mais intensivas, e até mesmo mais caras (se consideradas em longo prazo), por se entender que, além da diminuição dos gastos com internações hospitalares ⁴⁵, seriam interessantes também do ponto de vista clínico, pois diminuiriam danos à saúde e garantiriam mais qualidade de vida dos usuários e até de seus familiares ⁴². Um exemplo de iniciativas desse tipo seria o acompanhamento domiciliar ⁴⁸.

Por outro lado, na construção de novos serviços e estratégias de cuidado e considerando nossos processos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica, devemos atentar para o risco apontado por Anaya ³³ (p. 83-84), que é o da especialização e fragmentação dos serviços por *tipos de prestação e competência*, produzindo *desresponsabilização* pela demanda e uma nova cronicidade:

Como consequência, produzem uma nova cronicidade, alimentando um sistema que substitui a segregação em uma instituição separada e total, pela circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas.

Em nosso país, embora nos últimos anos tenha havido um crescente investimento em equipamentos de cuidado substitutivos em detrimento dos hospitais psiquiátricos, com uma diminuição significativa de leitos psiquiátricos e um aumento dos serviços de base territorial (resultando na diminuição dos gastos com internações psiquiátricas e aumento nas despesas com serviços comunitários e medicação psicotrópica), houve também uma redução total dos gastos com conseqüente cobertura dos serviços ainda insuficiente ^{17,44}.

Atualmente, temos testemunhado críticas importantes à RPB provenientes de alguns setores, em especial da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e de suas regionais, além de uma discussão rica dentro do campo da saúde mental a respeito dos avanços alcançados com a reforma. A esse respeito, Borges e Baptista ⁴⁹ (p. 466) apontam que:

A constatação mais clara diante da análise dos documentos normativos é o fato de o modelo assistencial em saúde mental ser recém-nascido enquanto um conjunto diversificado de dispositivos que contemplem mais que o binômio hospital-ambatório. A expansão dos CAPS e a criação de financiamento para outras estruturas, tanto assistenciais quanto não assistenciais, são ainda recentes. Seria cedo para fazermos críticas a esse modelo e para concluir se tem ou não funcionado como uma rede complexa e articulada, se não fosse uma das premissas primeiras da proposta da desinstitucionalização: a do questionamento como processo cotidiano de análise do trabalho.

Enfrentamos, assim, um triplo desafio: aumento da cobertura, financiamento dos serviços e consolidação de um modo de cuidar complexo e integral, como defende Anaya ³³ (p. 96):

A simples criação dos novos serviços não significa necessariamente que sejam serviços substitutivos. Pois esse tipo de serviço requer a transformação não somente em relação à dimensão material, pela desmontagem efetiva do hospital psiquiátrico, mas, sobretudo pela transformação de determinada forma de pensar e interagir com a experiência da loucura, diferentemente da lógica e da racionalidade que se expressa no manicômio. Nessa perspectiva, compreendidos pelos italianos como instituições da desinstitucionalização, os serviços substitutivos não se configuram como instituições com um fim em si mesmas, ocupando um lugar estratégico na invenção de novas realidades para a loucura. Eles se inscrevem no complexo processo de desconstrução de saberes, de instituições, de valores e cultura, num estado de constante não-equilíbrio, base de sua inventividade, de seu caráter inovador e de desafio contínuo.

3 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Em documento da Organização Mundial de Saúde ⁴⁶, a assistência domiciliar em saúde mental é proposta como um dispositivo de cuidado em virtude de algumas de suas características. Garante acesso e acessibilidade (especialmente àqueles com dificuldade física de deslocamento, como pacientes idosos e com deficiência; no caso da saúde mental, aos pacientes com piores condições socioeconômicas e dificuldades para acessar e prosseguir em seus tratamentos), respeita o direito dos indivíduos de continuar vivendo em suas comunidades e, dependendo de sua organização, possibilita a construção de cuidado integrado/coordenado com outros serviços da rede.

A assistência exercida no domicílio do usuário pode evitar, ou adiar, institucionalização aguda e desnecessária ou por períodos prolongados. Em geral, deve ser realizada por equipe multidisciplinar, baseada dentro de uma rede de serviços e, idealmente, ligada aos sistemas de saúde e de assistência social ^{46,50}.

Outros autores ratificam a proposição de que a AD possa ser entendida como estratégia de desospitalização, mas avançam ainda mais por entendê-la também como um modo de aproximação que subverte a lógica institucional, produzindo, assim, uma transformação nas práticas de cuidado ^{27,51,52,53}.

3.1 Histórico

É possível identificar experiências de AD organizadas desde o século XIX nos Estados Unidos, associadas a sua tradição liberal, traduzidas no setor saúde por iniciativas individuais e de organizações sociais independentes do Estado na provisão de assistência ⁵⁴.

Naquele país, as iniciativas de AD coexistiam com a assistência hospitalar. Em um primeiro momento, as mulheres tiveram papel importante em sua implantação, como cuidadoras; depois, como enfermeiras capacitadas para o acompanhamento domiciliar com a realização de medidas assistenciais ⁵⁵.

No início do século XX, houve um processo de apreensão da AD por parte do Estado norte-americano que direcionou esse atendimento para ações de caráter preventivo, educativo e de reabilitação exercidas por profissionais de enfermagem ⁵⁴. Nessa mesma época, ocorreram as primeiras experiências de AD com cunho preventivo e implementadas também

pelo Estado, por meio de capacitação das equipes visitadoras por consultores em saúde mental⁵⁵.

Na Europa, não houve uma história única de AD. Seu surgimento e crescimento estão intimamente ligados à emergência dos sistemas de saúde e de seguridade social, que seguiram diferentes trajetórias e deram origem a distintos padrões de funcionamento, financiamento e provisão dentro de cada país, resultando em experiências diversas de organização e prestação de ADSM⁴⁶.

Assim, veremos, por exemplo, na Grã-Bretanha e nos países escandinavos, uma transição do cuidado prestado nos hospitais, ou instituições de longa permanência, para o cuidado oferecido por serviços de base comunitária, seguido posteriormente para ênfase na construção de parceria com as famílias⁴⁶.

No Brasil, não há registro formal da história da AD. Mendes⁵⁵ detectou, em sua pesquisa, uma diferença na origem das iniciativas de AD – a presença do Estado brasileiro na indução das atividades de AD em seus primórdios, ao contrário da origem comunitária norte-americana, além do papel das enfermeiras brasileiras, voltado basicamente para ações preventivas e não assistenciais, especialmente para o controle da transmissão das doenças infectocontagiosas.

O primeiro serviço com caráter assistencial de AD no Brasil foi criado em 1949, pelo Ministério do Trabalho, a partir de exigências de sindicatos de trabalhadores insatisfeitos com os atendimentos de urgência da época. Assim, constituiu-se o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) para atendimentos de emergência, seguido por implementação de acompanhamento regular a previdenciários com doenças crônicas.

A partir da década de 1960, algumas instituições, como o Hospital do Servidor Público Estadual em São Paulo (1967), passaram a oferecer acompanhamento domiciliar com o objetivo de providenciar alta precoce, bem como evitar reinternações de pacientes portadores de doenças crônicas. Atualmente, existem muitas empresas que oferecem *home care* a planos de saúde, ainda com a visada inicial de alta precoce e desospitalização, mas também com a disponibilização de intervenções paliativas e de reabilitação⁵⁴.

3.2 Conceituação

Algumas definições levantadas em pesquisa realizada por Mendes ⁵⁴ ampliam o entendimento da AD, pois discutem essa modalidade de cuidado para além da transposição do cuidado hospitalar para o ambiente doméstico.

A definição de assistência domiciliar em saúde mental leva em conta muitos fatores, como, por exemplo, o tipo de pacientes atendidos, a composição da equipe responsável pelo cuidado, sua ligação com a rede de serviços e/ou hospital e a necessidade de recursos tecnológicos, mas podemos simplificar dizendo que é a provisão de serviços de saúde às pessoas em casa ou em outro local não institucional ⁵⁴.

Para ilustrar a variedade de propostas assistenciais sob a rubrica de AD, encontramos, com frequência, acompanhamento a idosos com doenças crônicas ou em estágio terminal, recém-nascidos em programas de nutrição parenteral ou ainda atendimentos de urgência que lançam mão de recursos de alta tecnologia, como a telemedicina.

Uma característica particularmente interessante na constituição das experiências de AD para os sistemas públicos de saúde é a articulação dos programas a uma rede de serviços de saúde e de assistência social, pois pode haver uma transformação do acesso e do modo de cuidar. A porta de entrada não precisa ser o hospital; a instituição que indica o acompanhamento no domicílio pode ser uma unidade básica ou uma central reguladora que detectou pacientes portadores de doenças crônicas reagudizadas que podem ser atendidos em casa, evitando internação hospitalar. A equipe que acompanha o caso no domicílio pode se responsabilizar pela estabilização do quadro do paciente e articular a continuidade do cuidado por uma equipe de saúde de família. A AD se constitui, assim, em mais um instrumento que torna possível organizar e oferecer cuidado coordenado e integral ⁴⁶.

Dentre as definições apresentadas por Mendes ⁵⁴, destacamos as que nos pareceram mais interessantes para ilustrar a riqueza que o campo da AD traz para a assistência em saúde. Por exemplo, tipo de clientela atendida, objetivos da equipe, estrutura de referência, recursos disponíveis são determinantes na organização da AD (Quadro 1).

Quadro 1

Definições de assistência domiciliar, segundo instituições de origem.

Origem	Classificação	Definição
Hospital Municipal Raphael de Paula Souza (HMRPS)	Home-based intervention	Monitorização e aconselhamento (por exemplo, rastreamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)).
	Hospital – Based Home Care	Programa de assistência domiciliar baseado em um hospital.
	Long term care	Paciente que requer cuidados frequentes, por tempo prolongado, em geral é portador de patologias crônicas que se agudizam. Pode ser oriundo de: alta planejada com continuidade de tratamento no domicílio, tratamento e/ou programas que previnem internações, tratamentos prolongados.
	Hospital at Home Care	Intervenção máxima; consiste em montar um hospital em casa (com todo o aparato tecnológico necessário).
Huttem e Kerstra (<i>apud</i> Mendes, ⁵³ , p. 57)	AD Integrada	Realizada por equipe multidisciplinar, dirigida a pacientes com dificuldades diversas, impossibilitados de comparecer aos serviços de saúde.
	Internação domiciliar	Hospital at Home Care.
	Classificação conforme origem das agências	Proveniente de um programa hospitalar (hospital-based). Não hospitalar (community-based).
Grupo Hospitalar Conceição	Atendimento domiciliar	Atendimento no domicílio a pacientes agudamente doentes, prestado preferencialmente pelo médico-assistente.
	Internação domiciliar	Atendimento no domicílio a pacientes agudamente doentes que necessitem de atenção intensa, até diária, por parte da equipe, e comprometimento da família, mas que possam ser mantidos em casa.
	Acompanhamento domiciliar	Atendimento a pacientes que necessitam de contatos frequentes e programáveis com os profissionais e que sejam portadores de doença crônica com limitação do deslocamento, e/ou estejam em fase terminal, e/ou idosos com dificuldade de locomoção e vivendo sozinhos.

Adaptado de Mendes ⁵⁴ (p. 40-4).

Assim, se pensarmos em pacientes provenientes de internação hospitalar após procedimento cirúrgico, o acompanhamento em casa será indicado como estratégia de alta precoce do hospital, com o objetivo de evitar infecções hospitalares e promover reabilitação funcional. Para isso serão necessários contatos frequentes da equipe, especialmente de enfermeiros e fisioterapeutas, por exemplo, por tempo limitado, porém, durante todo o tempo de acompanhamento o hospital se mantém como estrutura de referência para a possibilidade de intercorrências.

Um paciente idoso, diabético ou hipertenso, que apresenta reagudização de seu quadro detectada pela equipe de saúde de família que o acompanha, necessitará de outra estrutura e poderá continuar seu acompanhamento após estabilização com a mesma equipe.

Na Nota Técnica 02/2006 publicada pelo CONASS ⁵⁰, a internação domiciliar é definida de forma ampla, além de introduzir a possibilidade de diferentes organizações de acordo com as características e necessidades sanitárias e epidemiológicas identificadas pelos gestores locais. Entende-se que se trata de um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pacientes que exijam atenção mais intensa, mas que não necessitem de internação hospitalar, que possam ser acompanhados continuamente por um cuidador capacitado e sejam supervisionados por pelo menos um membro da equipe de saúde. Ratifica a indicação de que a clientela atendida seja a de pacientes portadores de condições crônicas, mas também pacientes com agravos agudos, cuja internação hospitalar possa ser evitada se o cuidado for assegurado em casa.

A partir dessa conceituação, um fator fundamental para viabilidade do processo assistencial no domicílio se torna visível – o cuidador.

Por cuidador, entendemos que se trata de uma pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do paciente no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem. Quando é um familiar, dizemos que se trata de um cuidador informal, com maior poder decisório a respeito das situações assistenciais e de impasse, enquanto uma pessoa contratada para prestar ajuda seria o atendente pessoal, com menos poder decisório ^{50,54,56}.

Dois desdobramentos oportunos da inclusão do cuidador no planejamento das ações de AD são: ampliação do entendimento de família e reposicionamento dos profissionais em relação ao modo de cuidar e pactuar os acordos com os pacientes e familiares ^{27,51,52,53}.

No primeiro caso, assume o lugar de familiar todo aquele que se compromete com o acompanhamento e cuidado do paciente. O trabalho de habilitar o familiar leva em consideração seu interesse, disponibilidade e capacidade de cuidar. Essa flexibilização conceitual, artifício útil e criativo, aumenta a quantidade de pessoas capacitadas a acompanhar o paciente, bem como a formar a rede de cuidado necessária^{27,46,54}.

No segundo caso, diversos trabalhos identificam que a necessária participação da família e de cuidadores no processo assistencial da AD produz uma transferência de responsabilidade, ou seja, parte do cuidado antes realizado institucionalmente será realizada pela família, gerando concorrência entre diferentes perspectivas do adoecimento e do cuidado e, conseqüentemente, muitas vezes aumento da tensão entre os profissionais e cuidadores^{27,51,52,53}. Tal ocorrência, por si só, não deve ser tomada como aspecto negativo da prestação de assistência no domicílio, como bem apontado por Feuerwerker e Merhy²⁷ (p 108-9):

A disputa de projetos terapêuticos cria, então, um espaço de tensão que pode levar à produção de novidades no arranjo tecnológico do trabalho em saúde ou à captura das famílias (e das equipes) pelo projeto hegemônico de produção de atenção. Portanto, a tensão é constitutiva desse novo espaço institucional de cuidado. Essa tensão pode ser produtiva, convertendo-se em fator favorável à atenção domiciliar como espaço de “desinstitucionalização”, potencialmente produtora de inovações. O projeto ético-político da equipe é decisivo na definição desse jogo (grifo do autor).

Além disso, a aproximação do paciente e do domicílio possibilita a humanização do cuidado, pois há um rompimento da lógica clínico-individualista que não percebe o sujeito/objeto de trabalho integralmente. Conseqüentemente, há mudança de concepções e, também, dos processos de trabalho, com o estabelecimento de uma relação acolhedora, marcada por compromisso e responsabilização, mas também pela preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos pacientes e de seus cuidadores/familiares por meio de um compartilhamento das estratégias de cuidado entre equipe e familiares⁵¹.

Convém mencionar que há uma distinção entre a modalidade AD e o acompanhamento domiciliar realizado no âmbito da equipe de saúde de família, pois, enquanto a primeira pode se dar em qualquer nível de complexidade da atenção e tem por objetivo evitar internações prolongadas ou desnecessárias, a segunda se trata de uma estratégia de atenção básica para garantir continuidade e humanização do cuidado^{53,54}.

3.3 Operacionalização da Assistência Domiciliar

Aspectos cruciais que influenciam a natureza, a intensidade e a estrutura organizacional dos serviços de AD são: definição dos critérios de elegibilidade dos casos, detecção precoce dos casos e avaliação apropriada das necessidades ⁴⁶.

Os critérios de elegibilidade dos casos devem ser elaborados de acordo com as necessidades epidemiológicas da área de abrangência, de modo a viabilizar processos de triagem realizados por equipe multidisciplinar precocemente e o planejamento e a execução das práticas de cuidado dirigidas aos pacientes e aos cuidadores de forma adequada ^{46,50}. A clareza quanto ao tipo de clientela a que se destinarão os cuidados se deve à necessidade de que o planejamento e o gerenciamento terapêuticos considerem os recursos disponíveis dentro da própria equipe e aqueles provenientes de outros profissionais e serviços.

Observamos que a integração dentro e entre os diferentes serviços é especialmente importante na provisão dos serviços para indivíduos que requerem uma variedade de intervenções de longo prazo por estarem cronicamente adoecidos, submetidos a múltiplas condições ou incapacitados. Exemplos de bons serviços ou projetos de AD são consequência de coordenação e articulação temporária ou permanente de profissionais e recursos de diferentes setores que produzem informação, prevenção, cuidado de saúde e de assistência social, de modo a se enfrentar problemas complexos ou urgentes ⁴⁶.

A detecção precoce dos casos também possibilita que os riscos associados ao adoecimento e à institucionalização desnecessária sejam minimizados.

No que diz respeito à avaliação das necessidades, devemos atentar para duas perspectivas, pois a simples avaliação, por si só, não constitui medida suficiente para provisão de acompanhamento domiciliar eficiente/eficaz.

As necessidades dos cuidadores e familiares devem ser consideradas desde o princípio, observando-se aspectos relevantes, tais como: qualidade da informação prévia a respeito do quadro do paciente, permitindo a valorização do papel do cuidador; suporte e prevenção de necessidades de cuidados físicos, mentais e emocionais dos cuidadores; educação e capacitação para execução das atividades diárias relativas ao cuidar, bem como da habilidade para enfrentar emocionalmente o desafio de cuidar ^{46,56}.

A importância do cuidado informal e sua complexa relação com o cuidado profissional constituem a principal diferença entre a assistência institucional e a prestada na comunidade, pois observamos que pacientes e cuidadores desenvolvem papéis fundamentais na continuidade da AD. A capacidade de os indivíduos e seus familiares aprender a manejar os problemas associados ao adoecimento e as limitações secundárias à morbidade é muito importante no processo de construção de autonomia ⁴⁶.

A esse respeito, Kerber et al. ⁵¹ apontam que o encontro entre família e trabalhadores possibilita a corresponsabilização, ou seja, o compartilhamento de responsabilidades, em que o objetivo não é repassar para a família o cuidado, porque o sistema de saúde não teria condições de fornecê-lo, mas, sim, construir uma assistência em que as respostas são mais próximas das necessidades e, assim, as possibilidades de atender a elas são maiores. Ratifica-se, assim, a possibilidade de construção de autonomia, na medida em que há apropriação das estratégias de cuidado.

Tal visada também é apontada em outro artigo, que propõe ainda que o contato com a família e com a comunidade possibilita apropriação dos saberes dos familiares e dos cuidadores no que diz respeito ao referencial teórico-técnico da equipe, com potencial desenvolvimento de soluções criativas (devido à imprevisibilidade de certas situações) e consequente mudança real do paradigma assistencial ²⁷.

Mendes ⁵⁴ (p. 53) é de opinião que:

O atendimento domiciliar requer do profissional de saúde um aprendizado para lidar com situações novas. No hospital, o paciente está muitas vezes só e se adapta aos costumes, horários, tipo de alimentação, espaço para locomoção, convivência com desconhecidos, muitas vezes identificados apenas por sua condição comum de pacientes. O código de postura, de ética, os costumes estão protegidos e preservados pela corporação. No domicílio é o profissional que precisa se adaptar.

Outra justificativa para realização da avaliação das características e necessidades de pacientes e cuidadores é a detecção por alguns estudos de que ocorre adoecimento também entre os cuidadores. Aparentemente, quanto maior a dependência do paciente a recursos tecnológicos pesados, maior o grau de adoecimento dos cuidadores, que não diminui com a capacitação prévia para lidar com tais recursos. O que se tem visto é que suporte básico para as atividades diárias alivia mais o estresse de cuidar e possibilita que os cuidadores se atenham mais adequadamente às suas tarefas ⁴⁶.

Em um estudo brasileiro, observou-se que os cuidadores mais receptivos à interação com a equipe de AD apresentavam melhor qualidade de atenção, participavam integralmente da prestação de cuidado e tinham maior poder decisório, enquanto os cuidadores menos receptivos eram os que estavam há mais tempo acompanhando os pacientes e com menor poder decisório ⁵⁶ (Quadro 2).

Quadro 2

Características organizacionais das equipes de assistência domiciliar sugeridas para o contexto brasileiro.

Categorias organizacionais	Descrição das características
Acionamento da equipe de AD	Hospital de referência. Rede básica / Estratégia de Saúde de Família (ESF). Serviços de urgência e emergência.
Referências para internação domiciliar	Casos de urgência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Hospital de referência. Casos eletivos: rede básica, complexos reguladores (central de marcação etc.).
Critérios de inclusão	Clínicos: idosos; pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas agudizadas clinicamente estáveis; pessoas que necessitam de cuidados paliativos; pessoas com incapacidade funcional provisória ou permanente, com internações prolongadas ou reinternações, que demandam atenção constante. Administrativos: apresentar condições seguras de acesso ao domicílio do usuário; residir na área coberta pelo serviço; ter cuidador/responsável, que deverá assinar um termo de compromisso e responsabilidade. Assistenciais: possuir um responsável que exerça a função de cuidador; possuir no domicílio recursos mínimos de infraestrutura; ter um médico que se responsabilize por sua indicação.
Equipe (nos casos de Programas de Internação Hospitalar, as equipes devem ser vinculadas a uma unidade hospitalar ou pré-hospitalar fixo)	Equipe multidisciplinar, com composição mínima de médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Estratégia de matriciamento – compartilhamento de profissionais com outras equipes ou programas assistenciais, de acordo com o perfil da clientela.
Capacidade de atendimento	Estimativa de 30 casos por equipe.

Adaptado de CONASS ⁵⁰ (p. 3-4).

4 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL

Nos últimos 40 anos, tem havido uma substituição gradual da assistência aos pacientes com doenças mentais oferecida em hospitais para o atendimento na comunidade⁵⁷.

Contudo, já na década de 1970, observou-se, nos Estados Unidos, que os serviços que deveriam se constituir como alternativa a asilos acabaram por reproduzir cronificação e isolamento, pois o processo de desospitalização não foi acompanhado pela construção de “suportes comunitários adequados”⁵⁸ (p. 209).

Nesse contexto de descompasso entre desospitalização e criação de serviços e estratégias de cuidados comunitários, os familiares passaram a se queixar de que o peso de cuidar dos pacientes recaía maciçamente sobre eles, situação agravada pela manutenção da vulnerabilidade clínica e social e por reinternações frequentes^{55,58}.

Em decorrência dos processos de desinstitucionalização iniciados em meados do século passado, vários arranjos organizacionais vêm sendo implementados para garantir assistência e inclusão social. As estratégias de enfrentamento desenvolvidas ao longo desses anos têm se voltado para a criação de serviços substitutivos na comunidade, inclusive formação de equipes que realizam atendimento domiciliar e em outros espaços fora das instituições.

Em função da diversidade de contextos nos quais os projetos de ADSM foram implantados, encontramos grande heterogeneidade de experiências, modos de organização e objetivos^{58,59,60}.

No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) também podem realizar visitas domiciliares como uma das intervenções de acompanhamento aos pacientes e familiares, como mencionado em documento do Ministério da Saúde, com uma particularidade interessante: a possibilidade de articulação com os serviços de atenção básica, como as equipes de saúde de família⁶¹.

4.1 Descrição dos Resultados

A revisão de literatura a respeito do tema “assistência domiciliar em saúde mental” produziu algumas observações interessantes, além da seleção dos trabalhos em si.

Observamos que existem muitos trabalhos discutindo a modalidade “assistência domiciliar” de um modo geral, mas são publicados em sua maioria em língua inglesa e tratam das experiências realizadas em países desenvolvidos.

Para corroborar tal afirmação, em busca realizada recentemente (janeiro de 2010) na base Medline, usando o descritor, em título ou assunto, “Home Care Services”, encontramos aproximadamente 15 mil publicações, enquanto na base Lilacs, a partir do descritor “Serviços de Assistência Domiciliar”, 365 trabalhos.

Quando associamos descritores para refinar a busca, como saúde mental, transtorno mental ou transtornos psicóticos, verifica-se redução ainda maior no número de textos.

No Brasil, a despeito da implantação das equipes de saúde de família e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), há poucas publicações que tratem de projetos específicos de acompanhamento domiciliar em saúde mental, mesmo articulados aos CAPS ou à rede de atenção básica ou de saúde de família. Tal fato configura-se curioso, se supormos que a articulação entre saúde mental, atenção básica e saúde de família engendra inúmeras possibilidades e arranjos criativos.

A ausência de estudos que fundamentassem estratégias de cuidado domiciliar levou à apropriação das experiências em curso desde o início do século XX nos Estados Unidos, executadas por enfermeiras psiquiátricas das organizações de saúde mental preventiva para a constituição dos primeiros projetos⁵⁵. Na Grã-Bretanha, corporificou-se, paralelamente, um estímulo governamental importante na criação desses programas⁵⁷.

No Brasil, encontramos indicação de visita domiciliar como parte das atividades assistenciais no campo da saúde mental desde a década de 1990 descritas nas Portarias nºs 189, de 19 de novembro de 2001, e 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde (MS). Ambas as publicações apresentam as práticas consideradas necessárias para a melhora da assistência em saúde mental, formuladas de acordo com princípios de regionalização, integralidade, cuidado contínuo e participação social. Nessas portarias, a visita domiciliar é identificada como uma das atribuições das equipes de saúde mental ligadas às unidades básicas, às unidades ambulatoriais especializadas, aos Núcleos de Assistência Psicossocial

(NAPS) e CAPS e aos hospitais-dia, podendo ser realizada por profissionais de nível médio ou superior.

Em documento mais recente, publicado pelo Ministério da Saúde ⁶¹, nota-se que os profissionais dos CAPS também podem realizar visitas domiciliares como uma das estratégias de acompanhamento a pacientes e familiares, com uma particularidade interessante: a possibilidade de articulação com os serviços de atenção básica, como as equipes de saúde de família. Não encontramos, contudo, sinalização de como a prática de visita domiciliar deve ser organizada, sugerindo que sua utilização é uma possibilidade, mas não uma diretriz clara.

Por outro lado, encontramos uma variedade de propostas para realização de ADSM em saúde mental bastante rica em literatura internacional. Observamos que, em função da diversidade de contextos nos quais os projetos de ADSM foram implantados, há uma grande heterogeneidade de experiências, modos de organização e objetivos ^{12,58,60,62,63}.

Em estudo extenso de revisão e meta-análise de assistência domiciliar em saúde mental, Burns et al. ¹² propuseram que seja definido como um serviço que permite que o tratamento extra-hospitalar e as pessoas permaneçam em sua residência. Embora tal conceituação seja uma estratégia metodológica dos autores para abarcar o maior número de estudos em sua revisão, foram encontrados somente 91 estudos. Se considerarmos o longo período pesquisado (30 anos) e os critérios amplos de inclusão, concordaremos com os autores quando observam que são poucos os estudos a respeito desses serviços importantes na definição de políticas públicas de assistência em saúde mental.

Contudo, retornando à questão da conceituação de ADSM, devemos atentar para os riscos da operação metodológica retromencionada: a comparação de diversas modalidades de intervenção e a perda das características singulares de cada uma ao longo desse processo.

Ainda assim, na construção dessa generalização, um instrumento de reconhecimento das experiências de ADSM foi desenvolvido – Exercício Delphi – que pode ser útil para além da revisão de literatura realizada. No nosso caso, pode ser visto como um balizador para as práticas de cuidado, já que é possível nos apropriarmos das indicações que consideramos pertinentes à nossa realidade.

Desse modo, apresentamos os elementos considerados essenciais à assistência domiciliar em saúde mental segundo Burns et al. ¹². O trabalho essencial é o das visitas domiciliares realizadas frequentemente, em que se procede à avaliação e ao tratamento no ambiente doméstico por equipes multidisciplinares, constituídas por profissionais capacitados para essa atividade. É importante que as equipes tenham enfermeiras e psiquiatras com

experiência de trabalho em saúde mental, a frequência de visitas seja flexível, o número de casos acompanhados seja razoável (1:25) e os profissionais estejam atentos tanto às necessidades de saúde quanto sociais.

Ainda segundo Burns et al.¹², algumas características organizacionais das equipes de ADSM associadas à boas práticas seriam que a equipe seja dedicada exclusivamente à ADSM, de modo a prover visitas regulares e tratamento intensivo. As pessoas acompanhadas devem ser avaliadas integralmente e uma revisão multidisciplinar do andamento dos casos realizada regularmente. Outros pontos importantes são: definição clara dos critérios de elegibilidade dos casos e priorização de atendimento, que os profissionais tenham tolerância e disponibilidade para os riscos e se organizem de modo a oferecer atendimento em horário flexível ao longo da semana, com possibilidade de atendimento extra e nas situações de crise. O conhecimento dos recursos da área, articulação com os serviços de atenção básica e da assistência social, bem como suporte e atenção para as necessidades dos cuidadores são considerados indispensáveis.

Descrevemos, a seguir, os tipos de ADSM em saúde mental mais sistematizados, segundo Schaedle et al.⁶⁰, Machado et al.⁵⁸ e White et al.⁶⁴:

- Case Management (CM) [Gerenciamento de Caso]: Um profissional é responsável pelo gerenciamento dos cuidados de um determinado paciente na comunidade e assim deve agenciar o acesso aos serviços, tais como atendimento psiquiátrico, clínico ou de assistência social por meio de ações de coordenação e integração da rede de saúde comunitária. Essencialmente, há dois tipos de CM – agenciamento e clínico –, que funcionam como modelos-índices, ou polos opostos, entre os quais as iniciativas de gerenciamento de casos tendem a ficar. O CM de agenciamento caracteriza-se por inserção do paciente em meio extra-hospitalar por meio de ações de abordagem e monitoramento da evolução do tratamento, articulação com os serviços e representação dos seus interesses na comunidade. O CM clínico é realizado por profissionais com mais qualificação e que, além das ações de agenciamento, atuam como terapeutas primários.

- Program of Assertive Community Treatment (PACT) [Programa de Tratamento Assertivo na Comunidade (PTAC)]: Programa dirigido a pacientes com doença mental crônica e grave, história de repetidas internações, situação de vulnerabilidade social e afetiva e dificuldade de se manterem estáveis na comunidade, em que uma equipe multidisciplinar se responsabiliza totalmente pelo suporte intensivo e flexível, visando à reabilitação e à integração, orientada pelas necessidades do paciente, de modo contínuo.
- Assertive Outreach [Busca Ativa]: Processo ativo, no qual repetidas tentativas são realizadas para garantir contato com os pacientes e a continuidade do cuidado, independentemente de localização, de sua relutância para receber assistência ou da desorganização do cotidiano. Envolve ativamente os familiares e cuidadores dos pacientes, de modo a monitorar o estado mental, o estabelecimento da adesão medicamentosa, o estímulo ao autocuidado e o desenvolvimento das habilidades de vida diária. É realizada pelo técnico de referência, que também é o responsável pelo atendimento à crise, bem como pelo acompanhamento e revisão regular do projeto terapêutico do paciente, por meio de contatos frequentes com ele, com seus cuidadores e com as agências envolvidas. Esse técnico também procede à articulação com serviços de atenção primária, serviços especializados de saúde mental e serviços de assistência social e residencial. Essa modalidade é responsabilidade dos centros comunitários de saúde mental ⁶⁴.

Depreende-se dessas definições que algumas características distinguem essas intervenções entre si e do tratamento hospitalar e extra-hospitalar.

Gerenciamento de Caso e Programa de Tratamento Assertivo na Comunidade são modalidades assistenciais que se ocupam de acompanhar os indivíduos em seus domicílios, de modo intensivo, por longo tempo e responsabilizando-se pela coordenação de todos os aspectos do cuidado.

Enquanto o primeiro trabalho é realizado por indivíduos sem ligação a instituições-base e sem definição clara dos critérios de elegibilidade dos casos, no Programa de Tratamento Assertivo na Comunidade o acompanhamento é feito por equipes multidisciplinares, que se ocupam de clientela definida, mas também sem ligação *a priori* com outros serviços de saúde mental.

Ziguras e Stuart ⁶³ apontam que o CM é geralmente efetivo quando inserido nos serviços comunitários, melhorando seus indicadores – medidas de funcionamento social dos pacientes, sintomatologia, satisfação dos clientes e familiares e sobrecarga dos familiares. O PACT, a seu turno, é mais eficaz na redução das taxas e na duração das internações, embora

em outros indicadores, tais como melhora das vivências sintomatológicas, funcionamento social e satisfação dos pacientes, ambos se mostrem igualmente eficazes.

Por outro lado, como apontado por White et al.⁶⁴, a atenção prestada pelos centros comunitários de saúde mental é realizada principalmente dentro dos serviços. Quando se identificam casos graves, caracterizados pelo histórico de relapsos psicóticos, com repetidas internações e baixa adesão ao tratamento, é que são indicados os gerenciadores de caso. Possibilidade confirmada por Ziguras e Stuart⁶³, que ainda defendem que há uma melhora na efetividade dos serviços que utilizam as estratégias de acompanhamento de CM e PACT.

Resumidamente, as características definidoras da assistência domiciliar em saúde mental, segundo revisão de Burns et al.¹² são: multidisciplinaridade da equipe, psiquiatra integrado à equipe, pequeno número de casos, visitas domiciliares regulares, responsabilização pelo cuidado em saúde e assistência social, tais características tornam a aproximação ao tratamento assertivo na comunidade inevitável.

Para melhor ilustrar o modo de organização das modalidades de assistência domiciliar descritas, reproduzimos uma comparação entre PACT e CM de autoria de Machado et al.⁵⁸ (Quadros 3 e 4).

Quadro 3

Graus de importância das práticas terapêuticas, segundo especialistas em PACT e CM.		
Práticas terapêuticas	PACT	CM
Política de não-alta	++++	+++
Seguimento contínuo e assertivo	++++	++++
Admissão de novos clientes em ritmo controlado	++++	+++
Critérios de admissão específicos	++++	+++
Abordagem <i>in vivo</i> (nos locais de moradia/trabalho/lazer do paciente)	++++	+++
Baixa taxa cliente-terapeuta (cerca de 10:1)	++++	++++
Oferecimento de suporte para obtenção de serviços nos centros comunitários	+++	++++
Trabalho a partir do potencial do cliente	++++	++++
Consulta dos clientes antes de decisões importantes	+++	++++
Reuniões de equipe frequentes (número de reuniões/semana)	++++	++
Disponibilidade de equipe por 24 horas	++++	++++
Trabalho em equipe	++++	+++
Compartilhamento de casos	++++	+++
Apoio na procura de trabalho	++++	+++

Fonte: Machado et al. ⁵⁸ (p. 209).

Notas: ++++ muito importante; +++ importante; ++ pouco importante; + não importante.

Pela análise do Quadro 3, constatamos que PACT e CM são semelhantes, têm como objetivo reinserir na comunidade pessoas com transtorno mental grave, atendem a pacientes que necessitam de cuidado intensivo, ocorrem na comunidade, lançam mão de ações práticas, tais como: administração de medicação, ajuda no manejo do cotidiano doméstico e financeiro. Ainda, ambos são flexíveis; por exemplo, são capazes de se associar a outras modalidades de cuidado, com o objetivo de propiciar maior acessibilidade e resposta das intervenções e em função da heterogeneidade de suas populações-alvo e a constante evolução e redefinição de questões relativas à assistência. Todavia, segundo Schaedle et al.⁶⁰, o PACT seria um modelo mais claramente desenhado.

Machado et al.⁵⁸ defendem que o sucesso terapêutico de PACT e CM se deve a suas práticas inovadoras – ações de treinamento em habilidades diárias, estímulo à independência financeira, apoio na administração medicamentosa, suporte nas questões laborativas e sociais –, que levam ao aumento da responsabilidade do paciente e de seus familiares pelo tratamento, reforço da autoestima e maior uso dos recursos da comunidade, além da diminuição da sobrecarga do cuidado para os familiares.

Quadro 4

Comparação das características do PACT e dos programas dos centros comunitários de saúde mental (CMCH).

Características	PACT	CMCH
Base do tratamento	Predominante na comunidade	Na comunidade, mas predominantemente na clínica.
Equipe	Taxa terapeuta-cliente cerca de 1:10.	Taxa terapeuta-cliente cerca de 1:30 – 1:50.
Frequência de contato	Diariamente, na maioria dos casos.	Usualmente, a cada uma ou duas semanas.
Frequência de contato com a família ou estrutura de suporte	Média de uma vez/semana.	Ocasional.
Medicação	Responsabilidade da equipe; pode ser administrada diariamente pela equipe, caso necessário.	Responsabilidade do paciente ou da família.
Saúde física	Monitorada pela equipe do programa.	O terapeuta e o gerenciador de caso encorajam um estilo de vida saudável.
Serviço após o expediente	A equipe se mantém disponível após o expediente para monitoração dos usuários.	Oferecido pelo terapeuta ou gerenciador de caso durante o dia, emergência ou equipe móvel em outros casos.
Reabilitação ocupacional	Inserção em trabalho ou em serviços comunitários.	Programas psicossociais.
Questões habitacionais	Responsabilidade da equipe.	Variável, mas usualmente é responsabilidade do cliente e da família.
Continuidade do cuidado	A equipe acompanha o caso durante a internação, mantém sistema legal e de saúde e outros contatos.	Responsabilidade do terapeuta e do gerenciador de caso.
Estrutura da equipe	Estrutura de equipe: integração dos papéis clínico e de agenciamento de caso.	Modelo de terapeuta individual: o terapeuta e o gerenciador de caso são indivíduos diferentes.

Fonte: Machado et al. ⁵⁸ (p. 213).

Pela comparação de práticas e modo de organização do cotidiano das equipes de PACT e dos centros comunitários de saúde mental (CMCH) (Quadro 4), percebemos que a intensividade do acompanhamento oferecido pelas equipes de tratamento assertivo é maior no que diz respeito à frequência de encontros. Há ainda uma desvantagem nítida, que é a dificuldade experimentada pelos terapeutas dos centros comunitários de saúde mental de se aproximarem da realidade vivenciada pelos clientes, devido à concentração dos atendimentos no interior dos serviços, limitando o impacto das intervenções propostas.

Quando o cuidado é realizado no local de moradia das pessoas, ou onde elas preferirem, há um avanço no que diz respeito à acessibilidade e à equidade da atenção, pois se garante que sejam atendidos de modo contínuo aqueles com maiores dificuldades clínicas e sociais para dar continuidade ao tratamento.

Nessas comparações, percebemos ainda que há provisão por parte das equipes de ADSM de cuidado integral associado à nítida preocupação com a avaliação das necessidades globais dos pacientes, articulação e gerenciamento das intervenções necessárias.

Poderíamos argumentar que um hospital pode oferecer assistência integral, mas não devemos nos esquecer de que faz isso ainda segundo o paradigma médico, estabelecendo uma relação objetificadora, o que tende a limitar o olhar sobre o sofrimento e as possibilidades criativas surgidas nos encontros nas casas e nas ruas das cidades.

Aliás, tal limitação também pode se dar nos serviços territoriais, pois a sobrecarga no cotidiano dos serviços e o alcance limitado dos relatos colhidos nos consultórios empobrecem as avaliações e as intervenções propostas, mesmo com a compreensão de que o adoecimento é um fenômeno complexo e que o cuidar é um ato a ser realizado na *polis*.

Há um aspecto fundamental no acompanhamento domiciliar que não aparece tão claramente dentro dos serviços de saúde. Trata-se da participação ativa, da escolha dos indivíduos e suas capacidades de dar outras respostas às questões que os afligem que não as dos profissionais e serviços. Entrar na casa das pessoas requer consentimento, diálogo, respeito. Os profissionais que vivenciam essa prática logo percebem que deixam para trás, nas instituições, a posição privilegiada de quem prescreve. No domicílio, eles deverão aprender a trocar, compartilhar, negociar.

Outro aspecto que reforça tal potencialidade é a multidisciplinaridade das equipes, que possibilita a diversificação da abordagem do processo de adoecimento, mas também sobre as potencialidades do cuidado, produzindo uma “assistência mais completa e complexa”, além de tornar viável o compartilhamento dos casos de modo a prevenir a exaustão ligada ao trabalho.

Uma das consequências importantes dessa mudança de posicionamento é que há um processo de transferência de saberes bilateral, propiciando aumento de autonomia e das reservas de recursos para lidar com os desafios de cuidar.

Alguns resultados encontrados na literatura confirmam tais reflexões. Assim, por exemplo, Schaedle et al.⁶⁰ defendem que a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar, assim como as intervenções realizadas na comunidade, de modo contínuo e compartilhado, são mais eficazes na diminuição no número de reinternações e do tempo de permanência. Além disso, como apontado por Burns et al.¹², essas características, associadas ao atendimento coordenado das necessidades em saúde e assistência social, flexibilidade para o cuidado, regularidade das visitas domiciliares e revisão frequente e multidisciplinar dos casos, estariam relacionadas a maior sustentabilidade do trabalho das equipes.

Apresentamos, a seguir, duas experiências de cuidado realizadas no Brasil e encontradas no processo de revisão de literatura. São elas: Equipe de Seguimento (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ) e Visita Domiciliar por Enfermagem Psiquiátrica (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ).

A Equipe de Seguimento se constituiu a partir do processo de desinstitucionalização dos moradores de um grande abrigo na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, conhecido como “Fazenda Modelo”. Em um primeiro momento, o trabalho se voltou para possibilitar a saída dos antigos moradores para dispositivos comunitários a partir do atendimento intensivo em saúde mental, em caráter multidisciplinar, envolvendo outros setores. O objetivo era a inserção em serviços territoriais e construção de redes de suporte agenciadas pela equipe.

Com a saída, não planejada, dos moradores para abrigos na região central da cidade, a equipe perdeu a referência institucional a que estava ligada, assim como precisou lidar com a divisão dos usuários em diversos abrigos municipais, o que transformou a prática da equipe, passando dos atendimentos em grupo e individuais realizados em *settings* convencionais, para

a intervenção no coletivo, no território, por meio do agenciamento dos casos. Ou, como enunciado por Guljor et al.⁶⁵ (p. 142-3):

Configura-se no estar junto com o usuário nos locais de suas dificuldades, em uma intervenção clínica individual. Por outro lado, incorpora o gerenciamento de caso ao influir no processo de trabalho das instituições, ao mesmo tempo em que agencia a trajetória do usuário, acionando a rede de serviços de modo a rediscutir fluxos e planejar ações estruturais. Dessa forma, em última análise, fortalece a qualidade do cuidado na sua interação com a rede de serviços. As ações em curso são diversas e multifacetadas no que diz respeito às funções que devem ser desempenhadas. Define uma lógica segundo a qual a estratégia de cuidado (em última instância, a clínica) é desenhada a partir do sujeito e é, nesse sentido, singular.

A Visita Domiciliar por Enfermagem Psiquiátrica foi uma iniciativa realizada no início da década de 2000 no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ)⁶⁶. As visitas eram realizadas por uma enfermeira, para acompanhar o cotidiano das famílias atendidas, de modo a conhecer e potencializar o cuidado oferecido.

A ideia central nessa abordagem seria possibilitar a aproximação e a construção de soluções criativas com o usuário e os familiares, envolvendo, se possível, nesse processo, outros atores, como vizinhança e amigos. A profissional responsável pelas visitas estava ligada a uma estrutura intermediária entre a enfermaria e o ambulatório e os centros de atenção diária e não atendia a critérios específicos para inclusão de novos casos, a não ser pela necessidade detectada pelos profissionais, discutida em reuniões de encaminhamento.

A saída da profissional da instituição em direção ao território, segundo relato próprio, produziu uma ampliação da concepção de adoecimento e dos papéis exercidos pelos cuidadores e profissionais e da dinâmica que se dá no processo de cuidar.

5 ESTUDO DE CASO: PROJETO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR – EQUIPE VOLANTE/CPRJ

O Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ) originou-se de uma estrutura hospitalar, o antigo Posto de Assistência Médica Venezuela (PAM Venezuela), tradicional no município do Rio de Janeiro e responsável pelos atendimentos de emergência e internação de parcela considerável da população. Ao longo de sua construção, foi diversificando a oferta de setores e serviços em resposta à direção dada pela política nacional de saúde mental desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ) e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) ¹.

5.1 História e Constituição do Projeto Equipe Volante/CPRJ

Tendo iniciado suas atividades em 1998, o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro mantinha características de um hospital psiquiátrico, conforme descrevem Keusen e Carvalho ¹ (p. 163):

Possuía 15 leitos para curta permanência nos quais era feita a avaliação da internação psiquiátrica e, quando necessário, o encaminhamento de pacientes para clínicas privadas contratadas do SUS [Sistema Único de Saúde]. Possuía, também, um ambulatório predominantemente de psiquiatras e um hospital-dia incipiente. Seu papel era ser mais um hospital psiquiátrico que concentrasse os recursos e a clientela de todo o município e estado do Rio de Janeiro. Com o avanço das Políticas Públicas voltadas à abertura de serviços territoriais que dessem conta das demandas da clientela em seu entorno, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), a política de controle e regulação dos leitos psiquiátricos, bem como o início das discussões entre os serviços do entorno do hospital através do Fórum de Saúde Mental da Área Programática 1.0 (a partir do segundo semestre de 2006), o CPRJ realizou transformações em seu projeto terapêutico institucional no sentido de caminhar para o perfil de uma unidade assistencial em Saúde Mental mais engajada em responder às necessidades e demandas da população adscrita ao hospital.

A ideia de acompanhar os usuários em seu domicílio foi lançada em 2004, como parte de um processo de transformação assistencial e a partir do pressuposto de garantir assistência àqueles que não acessavam o tratamento e àqueles que a ele não aderiam.

A observação da experiência de acompanhamento a moradores de rua com transtorno mental (projeto realizado em parceria com o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, áreas sociais da SES/RJ e da SMS/RJ) e a demanda espontânea de familiares em busca de continuidade de tratamento detectada pelos profissionais de assistência social corroboraram a avaliação da necessidade de uma estratégia de aproximação aos usuários mais flexível.

Desse modo, a partir de 2006 o CPRJ passou a realizar visitas domiciliares sistemáticas para pacientes que residissem, preferencialmente, na área adscrita ao hospital, mas que não conseguiam aderir a nenhum de seus serviços.

As iniciativas anteriores de sistematização da assistência domiciliar que se deram entre 2004 e 2006 não foram produtivas, pois não houve o estabelecimento de profissionais ou a formação de uma equipe que se responsabilizasse pela intervenção.

Nesse período, foram realizadas visitas domiciliares, voltadas para indivíduos com passagens pela emergência e inúmeras internações, mas que, gradualmente, isolaram-se em casa, mantendo contato somente com seus familiares mais próximos. A principal intervenção se tornou a visita domiciliar, realizada na maior parte das vezes por uma assistente social. Quando necessário e possível, um médico e um enfermeiro eram designados para acompanhá-la no atendimento, o que produziu uma primeira lição – era preciso criar uma equipe de trabalho e um *modus operandis* da visita domiciliar para que houvesse continuidade e estabilidade.

Em 2006, alguns profissionais foram indicados para constituir uma equipe responsável pelo acompanhamento domiciliar, que viria a se chamar Equipe Volante.

A primeira formação era constituída por uma médica psiquiatra, uma enfermeira e a assistente social que já realizava as visitas domiciliares desde 2004. As profissionais indicadas estavam ligadas ao setor da emergência do CPRJ e tinham um turno em comum, de cerca de seis horas, para realizar as visitas, atendimentos familiares e discussões de caso que fossem pertinentes. O restante da carga horária era distribuído para as atividades assistenciais do setor.

Para realizar os atendimentos, uma ambulância da unidade foi disponibilizada no turno escolhido pela equipe, mediante agendamento prévio com o setor administrativo do hospital.

As anotações eram registradas no prontuário institucional, mas, em paralelo, um diário da equipe foi elaborado, denominado *agenda*. Esse diário continha as informações de todos os indivíduos acompanhados e que eram consideradas importantes para o manejo clínico dos casos, tais como: nome completo; número do prontuário do CPRJ; gênero; idade; endereço;

telefone de contato; nome do cuidador; vizinhos que pudessem ser contatados; escolaridade; posse de documentos; benefícios sociais (passe de ônibus – passe-livre, bolsa-família, bolsa-escola); renda e origem da renda; história de adoecimento; número de internações; possíveis explicações para não-adesão ao tratamento; quem indicou a assistência domiciliar e por quê. Além disso, continha ainda a avaliação e conduta realizada a cada atendimento, pontos de discussão e decisão com outros setores/serviços e data de novo atendimento.

Os primeiros casos foram encaminhados pela equipe de serviço social da emergência que atendia aos familiares em busca de tratamento e pela equipe da enfermagem. As pessoas indicadas tinham em comum uma história prévia de diversas internações e não-adesão ao tratamento extra-hospitalar.

Os familiares, ou cuidadores, eram indagados sobre a possibilidade de iniciarmos as visitas e, em caso de concordância, estas eram agendadas. As visitas eram realizadas em conjunto pelas três profissionais e, ao longo dos primeiros atendimentos, constatamos a necessidade de espaço e horários específicos para conversar com os familiares, pois, na maioria das vezes, vivenciávamos durante o atendimento no domicílio um excesso de demanda, o que dificultava a escuta do indivíduo que entendíamos como o foco principal de nossa intervenção.

Passamos a acolher os familiares e cuidadores individualmente, em atendimentos agendados por nós ou por eles em um consultório do CPRJ nos horários de que dispúnhamos na emergência. Além do acolhimento em si, aproveitávamos a oportunidade para investigar melhor a história de adoecimento e de tratamento dos indivíduos que acompanhávamos, bem como a compreender a dinâmica estabelecida entre os cuidadores e os pacientes.

Nesse primeiro ano de trabalho e a partir da experiência recolhida até então, observamos que algumas mudanças seriam necessárias. Percebemos que era importante uma autorização formal para realização das visitas domiciliares. Mais ainda, demos-nos conta de que nossas expectativas não coincidiam muitas vezes com as expectativas dos familiares e isso acarretava consequências na condução dos casos.

Foi assim que, a partir de 2007, quando do encaminhamento de novos casos, passamos a realizar, além da discussão da indicação com os profissionais, entrevistas iniciais com os familiares antes da decisão final de inserção no Projeto Equipe Volante/CPRJ. Nessas conversas, tentávamos esclarecer a demanda por acompanhamento domiciliar, bem como definir os objetivos da intervenção. Já tínhamos claro que nosso trabalho era garantir acessibilidade, continuidade de tratamento e inserção em uma rede ampliada de cuidado.

Por questões institucionais, a enfermeira que fazia parte da equipe precisou se afastar e uma auxiliar de enfermagem, com experiência em atenção diária, juntou-se à equipe em 2007. Nessa época, pudemos disponibilizar dois turnos para o projeto de assistência domiciliar e, em função do aumento de casos atendidos e de sua complexidade, passamos a nos reunir para discutir sobre a organização do nosso trabalho e o manejo clínico das situações vivenciadas. Essas reuniões foram documentadas por meio de anotações em um livro – ata. Gostaríamos, a princípio, que ocorressem semanalmente, mas, devido às circunstâncias imprevistas, as reuniões não aconteciam com frequência regular.

Além disso, nos anos de 2007 e 2008, houve necessidade de alterações nos horários de trabalho das profissionais da equipe, associada à precariedade dos vínculos empregatícios e saída de muitos profissionais da unidade. Desse modo, nesse período, precisamos redefinir a organização do trabalho e garantir que fosse possível um encontro semanal, quando discutíamos os casos e decidíamos como intervir.

Uma das alterações interessantes que se deu nessa época foi a realização de duas saídas por semana para a realização de visitas domiciliares, sempre com duas técnicas e o motorista da ambulância. As duplas formadas eram compostas pela auxiliar de enfermagem e a médica e a auxiliar de enfermagem e a assistente social. Em 2008, com a chegada de estagiários provenientes de seleção da SES/RJ, recebemos uma acadêmica da Assistência Social que pôde participar das visitas, dos atendimentos aos familiares e das discussões dos casos.

Em decorrência do aumento de casos, da diminuição de tempo para nos reunirmos e da complexidade das demandas, reestruturamos também nosso modo de anotação das condutas e intercorrências. Em 2007, o Diário de trabalho original deu lugar a uma agenda formulada em reunião de equipe, com os dados de identificação dos usuários e datas de atendimento (Apêndice A – Agenda de Atividades (2007)).

Os dados referentes à história de adoecimento e anotações específicas das visitas se mantiveram nos prontuários do hospital e em um prontuário específico do Projeto Equipe Volante/CPRJ (Apêndice B – Avaliação Psicossocial e Projeto Terapêutico), prontamente acessível às profissionais, independentemente da disponibilidade do serviço de arquivo médico do CPRJ.

Essa divisão se mostrou útil, mas ainda insuficiente. Assim, em 2008, passamos a fazer uso de uma agenda comum, em que eram anotados os dados de identificação dos pacientes, contatos telefônicos importantes para os casos, as datas das próximas visitas e

atendimentos, as reuniões com os setores e com outros serviços, as ligações recebidas e o resumo dessas intervenções. Desse modo, mesmo que não nos encontrássemos, sabíamos o que acontecera ao longo da semana e o que ainda era necessário fazer.

Poderíamos dizer, então, que a agenda da Equipe Volante se transformara em uma *sala de situação* rudimentar, ou seja, um instrumento de acesso às informações dos usuários, às demandas recentes, aos informes das últimas reuniões (internas, externas e com outros setores) e ao planejamento para os próximos meses. A integração de tais informações possibilitou a realização de diagnósticos situacionais dinâmicos e atualizados, bem como a elaboração de planos e programações compatíveis com as necessidades detectadas, de modo a criar um melhor ambiente para tomada de decisões e gestão dos casos ⁶⁷ (p. 13).

Como ressalva, apesar de entendermos que *Sala de Situação* se trata de uma estratégia de gestão em nível regional/nacional e que lança mão de tecnologia da informação para agregação de dados para o planejamento em saúde e acompanhamento da situação, no caso do Projeto Equipe Volante/CPRJ seu uso no contexto de serviço e com uma população diminuta também se mostrou interessante, pois possibilitou que ampliássemos nosso olhar e capacidade de intervenção. Como bem define Matus (*apud* Moya et al. ⁶⁷, p. 17):

O diagnóstico é um monólogo construído por alguém que está afastado da situação, encerrado em sua própria visão do mundo que o rodeia. Em compensação, a apreciação situacional é um diálogo entre um ator e os outros atores, cujo relato um dos atores assume de modo inteiramente consciente do texto e do contexto situacional que o torna coabitante de uma realidade conflitiva que admite outros relatos. Minha explicação é um diálogo com a situação na qual coexistem com o outro.

Tal metodologia – notação da agenda, com características de *sala de situação* – foi consolidada em 2009, o que possibilitou que o trabalho prosseguisse, apesar da perda importante que ocorreu com a saída da assistente social da equipe.

5.2 Perfil dos Casos Atendidos

No período do estudo, o Projeto Equipe Volante/CPRJ recebeu 28 indicações de acompanhamento domiciliar. Entre esses casos, detectamos sete famílias com mais de uma pessoa portadora de transtorno mental grave, variando de dois a oito indivíduos adoecidos em um mesmo núcleo familiar.

Na descrição que se segue, optamos por não contabilizar todos os familiares adoecidos por duas razões.

A primeira diz respeito ao encaminhamento. Os profissionais que realizaram a indicação de acompanhamento domiciliar o fizeram para o paciente-índice, sem conhecer a realidade das famílias e a presença de outras pessoas que se beneficiassem de assistência em saúde mental. Entendemos que essa característica presente nos encaminhamentos precisa ser ressaltada como um fator importante a ser discutido, já que o conhecimento da realidade, dificuldades e potencialidades daqueles que acompanhamos produzem *insights* e abordagens mais interessantes e respeitadas.

A segunda razão se refere à não-aceitação de os outros membros dessas famílias ser atendidos pela Equipe. Ou seja, embora tivéssemos autorização para realizar visitas domiciliares, só atendíamos formalmente àqueles que nos autorizavam. Tal medida foi tomada em respeito ao desejo dos indivíduos de iniciar e dar continuidade ao tratamento, mas também como uma estratégia de aproximação, de nos tornar disponíveis à medida que retornávamos.

De qualquer maneira, o fato de não receberem cuidados médicos, ou de enfermagem, ou de assistência social formais não significa que não tenhamos realizado orientações e encaminhamentos quando solicitado.

No Quadro 5 e nos gráficos que se seguem (1 a 11), apresentamos algumas características socio sanitárias das pessoas atendidas pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006 a 2008.

Quadro 5

Características socio sanitárias dos indivíduos acompanhados pelo Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Categoria	Resultados		Observações
Idade	20 – 25: 05	51 – 55: 03	
	26 – 30: 05	56 – 60: 0	
	31 – 35: 02	61 – 65: 01	
	36 – 40: 01	66 – 70: 02	
	41 – 45: 07	71 – 75: 0	
	46 – 50: 0	76 – 80: 02	
Gênero	Fem.: 11	Masc.: 7	
Hipótese diagnóstica	F 03:01	F 31: 01	Anotada em agenda da equipe, após realização de entrevistas de avaliação, visita domiciliar e revisão de prontuário, segundo CID X.
	F 06: 02	F 41: 01	
	F 20: 18	F 44: 02	
	F22: 01	F84: 03	
Tempo de adoecimento	1 – 5: 09	26 – 30: 04	Anotada em agenda da equipe, após realização de entrevistas de avaliação e revisão de prontuário.
	6 – 10: 05	31 – 35: 02	
	11 – 15: 01	36 – 40: 0	
	16 – 20: 03	41 – 45: 0	
	21 – 25: 04	65: 01	
Escolaridade	Analfabeto (a): 06	2º grau completo (2c): 03	Para fins de confecção de planilha do Excel, foram usadas as siglas: a; 1i; 1c; 2i; 2c; 3i; 3c; ign, de acordo com as especificações em parênteses.
	1º grau incompleto (1i): 10	3º grau Incompleto (3i): 0	
	1º grau completo (1c): 04	3º grau completo (3c): 01	
	2º grau incompleto (2i): 03	Ignorado (ign): 01	
Posse de documentos	Sim: 22	Não: 06	Considerado posse de pelo menos documento de identidade.
Inclusão em programas sociais	Sim: 03	Não: 25	Considerado posse de pelo menos um dos seguintes: passe-livre, bolsa-família, bolsa-escola.
Inclusão em previdência social	Sim: 10	Não: 18	Considerado auxílio-doença ou aposentadoria (INSS).
Área de moradia	Sim: 16	Não: 12	Considerado se em comunidade ou não.
Tempo de assistência domiciliar	Até 06: 15	19 – 24: 0	Considerado após inclusão no Projeto de Assistência Domiciliar, no período entre janeiro de 2006 a dezembro de 2008 (contado em meses).
	07 – 12: 03	25 – 30: 03	
	13 – 18: 04	Maior 31: 03	

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

Observa-se que o número de atendimento a homens supera o de mulheres – eles representam 60% dos nossos casos, com idade média de 42,39 anos (desvio-padrão de 17,02 anos). Ressalta-se que 70% dos casos são de pessoas entre 20 e 45 anos de idade, o que representa uma perda de capacidade laborativa com consequências importantes para os indivíduos e suas famílias.

Outro dado importante, para o qual devemos também estar atentos, refere-se a quatro casos (o que representaria cerca de 15% das indicações) de pacientes com idade superior a 65 anos, reforçando a necessidade de os serviços e sistemas de saúde se organizarem para atender à crescente parcela de pessoas idosas. De modo geral, os homens encaminhados eram mais jovens que as mulheres (Gráfico 1).

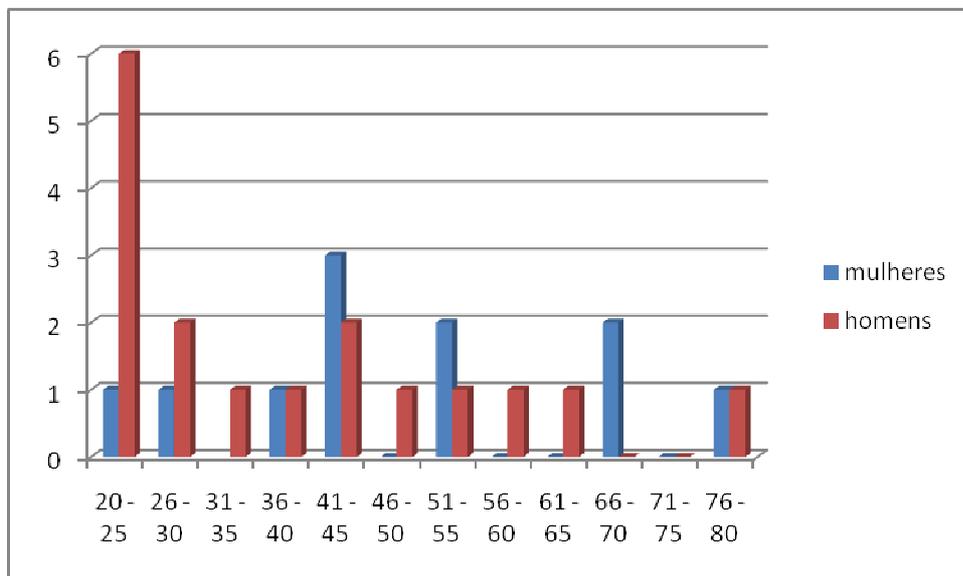


Gráfico 1: Distribuição segundo idade e gênero dos indivíduos acompanhados pelo Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

A grande maioria dos indivíduos era portadora de transtorno mental grave, dos quais mais de 60% eram portadores de esquizofrenia, 10% de transtornos invasivos do desenvolvimento, 10% de transtornos de comportamento secundários a doenças orgânicas ou neurológicas. Entre estes, dois casos foram encaminhados porque, após acidente vascular encefálico e o desenvolvimento de sequelas neurológicas, as pessoas não conseguiam se deslocar até o ambulatório do CPRJ, onde já recebiam tratamento, para dar continuidade ao seu acompanhamento.

Quatro aspectos indiretamente associados, mas que reforçam certa avaliação na população estudada, são: local de moradia, posse de documentos, posse de benefícios sociais e de seguridade social.

Observamos que os indivíduos acompanhados pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ no período estudado caracterizavam-se por baixo nível de instrução, pobreza e dificuldade de acesso aos instrumentos de proteção social, o que os tornava ainda mais vulneráveis e marginalizados para além do adoecimento psíquico (Gráfico 2).

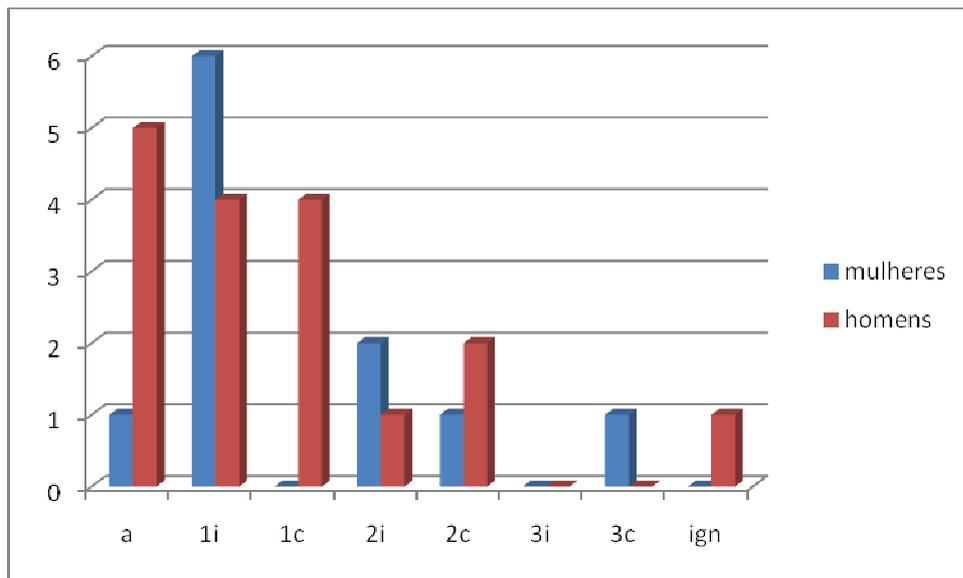


Gráfico 2: Distribuição segundo escolaridade e gênero dos indivíduos acompanhados pelo Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

Mesmo detectando 60% das pessoas com baixa escolaridade, representada pelo nível elementar incompleto, quando comparamos homens e mulheres constatamos que a escolaridade entre os homens é inferior à das mulheres.

Além disso, embora, tenhamos encontrado 22 pessoas entre as 28 com pelo menos posse de documento de identidade, somente três faziam uso de algum benefício social, tal como passe-livre, bolsa-escola ou bolsa-família, o que é confirmado pelo baixo número de pessoas com acesso à previdência social, seja auxílio-doença ou aposentadoria. Mais da metade dessas pessoas vive em comunidades carentes e violentas.

Aliás, pelos dados levantados, pudemos ratificar a impressão de que residir em comunidades carentes significa agravamento da exclusão social (Gráfico 3).

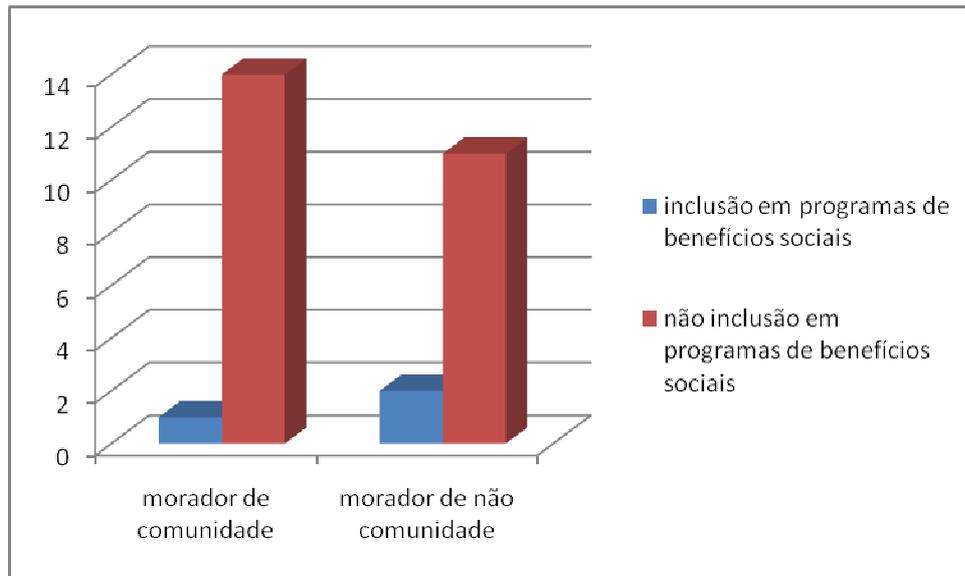


Gráfico 3: Distribuição segundo inclusão em programas sociais e área de moradia dos indivíduos acompanhados pelo Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

Esses dados confirmam o diagnóstico inicial de vulnerabilidade social dos casos, bem como apontam para o agravamento das condições psíquicas, dificuldade de continuidade do cuidado e inclusão social, o que os insere em um ciclo vicioso, difícil de fragmentar, em que outros setores, além da saúde, precisam intervir.

Em relação ao tempo de adoecimento prévio à entrada no projeto de assistência domiciliar, constatamos que 50% das pessoas adoeceram até 10 anos antes de iniciar o acompanhamento domiciliar, com um tempo médio de 16,35 anos (desvio-padrão de 14,38 anos), o que poderia apontar para dificuldade de adesão associada à gravidade dos quadros, mas também denuncia a necessidade de organizar os serviços de modo a acolher e acompanhar os casos, de acordo com as singularidades que cada sujeito traz consigo.

Como apontado por Travassos e Martins ²⁹, a flexibilidade de organização dos serviços e das intervenções terapêuticas reconhecidamente diminui o abandono de tratamento, proporcionando maior integração e qualidade de vida.

Da análise dos dados, percebemos que homens com menor tempo de adoecimento foram mais encaminhados para atendimento domiciliar que mulheres (Gráfico 4).

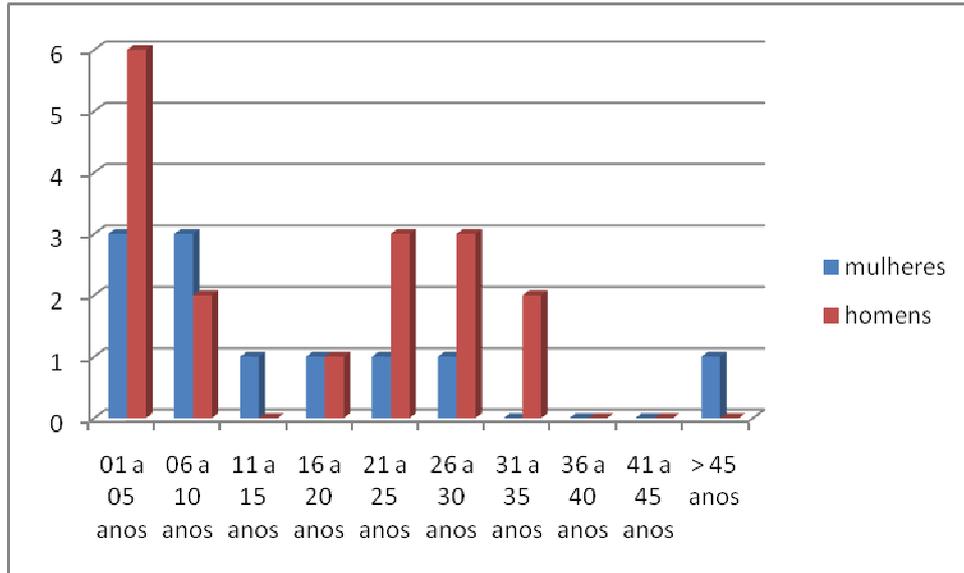


Gráfico 4: Distribuição segundo gênero e tempo de adoecimento prévio à inserção no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

Em relação ao tempo de permanência de acompanhamento pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ, detectamos no período estudado uma média de permanência de 12,21 meses (desvio-padrão de 11,45 meses). Dentre 28 indivíduos acompanhados, 22 receberam alta.

De modo geral, dos casos encaminhados para acompanhamento domiciliar os que permaneceram menos tempo foram aqueles que a equipe entendia que não possuíam indicação para assistência domiciliar (três casos). Entre eles, os casos de pessoas portadoras de transtornos ansiosos (dois casos) e pessoa com suporte familiar e de outros serviços considerados suficientes pela equipe após avaliação (um caso).

Os pacientes psicóticos, de origem primária e secundária, e com transtorno do desenvolvimento foram os que permaneceram mais tempo no Projeto Equipe Volante/CPRJ. Entre eles, seis usuários seguiram no referido projeto mesmo depois do período estudado (Gráfico 5).

As razões para saída do Projeto Equipe Volante/CPRJ foram: alta por adesão a outro recurso de cuidado (10 casos), alta a pedido (quatro casos), alta por impossibilidade de a equipe continuar acompanhando (um caso) e alta por falecimento (quatro casos).

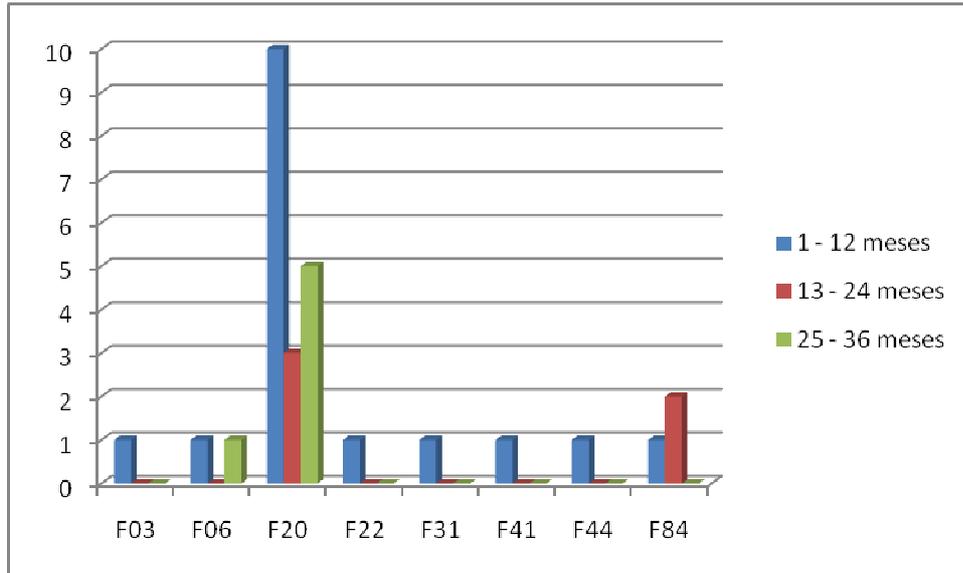


Gráfico 5: Distribuição segundo hipótese diagnóstica e tempo de permanência no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

Considerando que o encaminhamento para outros setores do CPRJ, como hospital-dia e ambulatório, bem como para outros serviços, como ambulatórios e CAPS, é encarado como sucesso pelo Projeto Equipe Volante/CPJ, dada a capacidade de trabalhar com o usuário e sua família a importância do tratamento e articular a continuidade do acompanhamento com as equipes e profissionais que os receberam, nos deteremos na descrição dos casos considerados insucessos, para que possamos destrinchar as circunstâncias de alta do acompanhamento domiciliar.

Outro aspecto que merece ser destacado é a impossibilidade de acompanhamento pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ. Em um dos casos apresentados, observamos que o entorno violento, associado à falta de recursos e de parcerias que viabilizassem o acesso da equipe, tornou a continuidade de cuidado daquela família impossível. A avaliação inicial de que seriam necessários encontros regulares para que se trabalhasse com o usuário e sua família a possibilidade de tratamento não pôde ser levada adiante.

Por outro lado, não devemos deixar de notar que o fato de as pessoas viverem em comunidades por si só não prolongou ou inviabilizou a permanência no Projeto Equipe Volante/CPRJ. Algumas dessas áreas possuem equipes de agentes comunitários, o que produziu parcerias interessantes. É importante ressaltar que foi nesses lugares que a troca da equipe com os cuidadores, familiares, vizinhos e amigos se mostrou mais frutífera e solidária, trazendo novos arranjos e possibilidades (Gráfico 6).

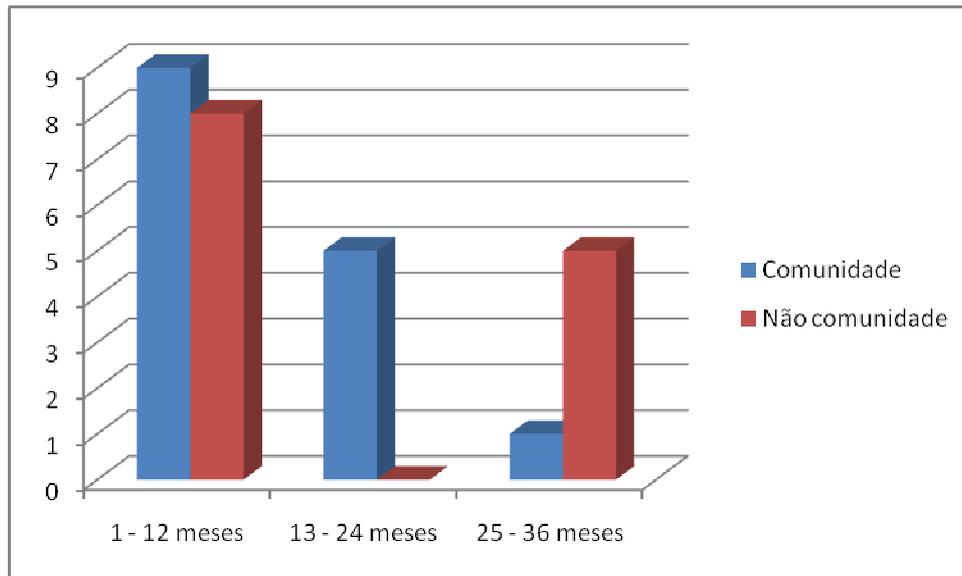


Gráfico 6: Distribuição segundo área de moradia e tempo de permanência no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

5.3 Evolução do Trabalho

À medida que organizávamos o trabalho, íamo-nos apropriando do que seria a clientela a que podíamos atender, do que seriam nossos objetivos e de como conduziríamos os casos.

Após uma revisão do Diário da Equipe (2006) e das Agendas de 2007 e 2008, detectamos uma alteração quantitativa no modo de trabalhar, o que se mostra interessante, pois aponta para uma transformação das práticas de cuidado que confirma a direção já indicada pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica – um cuidar integral, articulado, complexo, compartilhado. Houve crescimento no número de atendimentos, especialmente aqueles realizados fora da instituição, nos domicílios, nas ruas, nos lugares indicados e requeridos pelas pessoas (Gráficos 7 e 8).

A possibilidade de atendimentos aos familiares no CPRJ em outros horários, além dos realizados no domicílio, fez com que houvesse também uma aproximação gradativa, mas consistente, da equipe aos cuidadores e dos parceiros de cuidado indicados pelos cuidadores, tais como vizinhos, colegas de trabalho, amigos. O que reforça a observação de Mendes⁵³, de que o conceito de família se amplia conforme nos aproximamos e construímos parcerias.

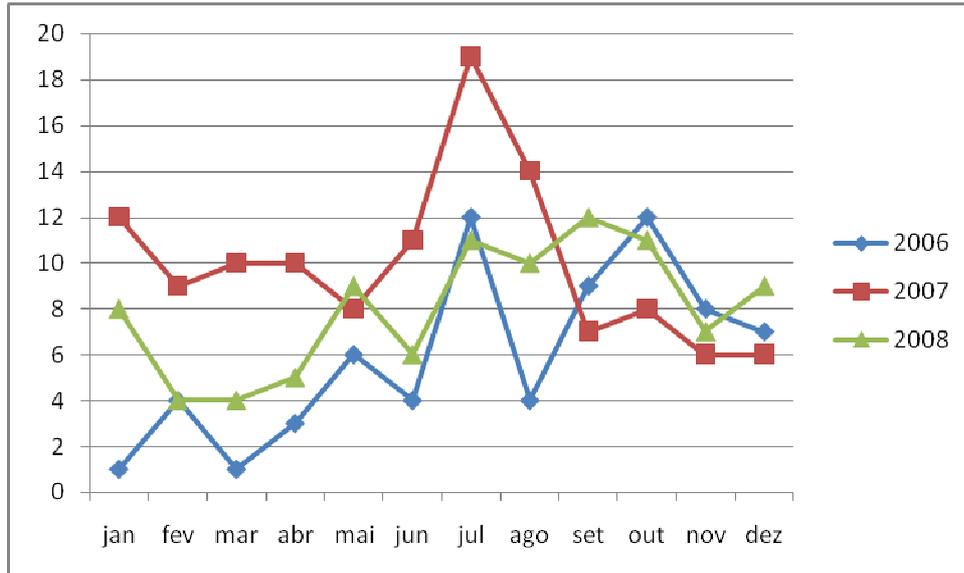


Gráfico 7: Distribuição dos atendimentos domiciliares no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

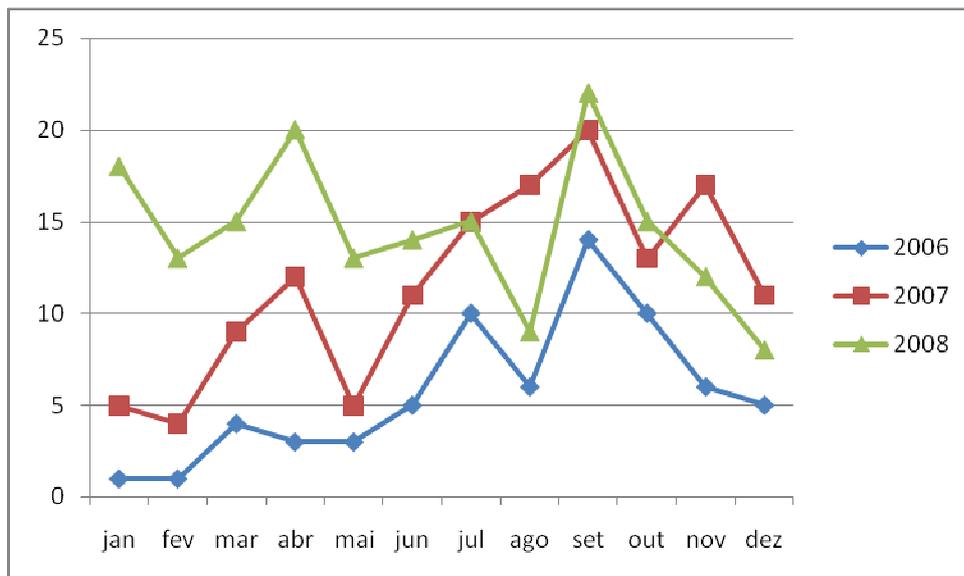


Gráfico 8: Distribuição dos atendimentos familiares no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

Em relação ao Acompanhamento Terapêutico (AT), apesar de ser entendido como um recurso importante para o cuidado, o Projeto Equipe Volante/CPRJ não pôde realizá-lo sistematicamente, principalmente pela disponibilidade limitada de tempo e de pessoas.

Em algumas situações específicas, como, por exemplo, acompanhar o usuário para avaliação no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), ou ajudá-lo a solicitar documentos, ou, ainda, acompanhá-lo em suas consultas no CPRJ, utilizamos esse instrumento terapêutico. Entre os anos de 2006 e 2008, cinco pessoas se beneficiaram desse tipo de intervenção, o que auxiliou na produção de resultados interessantes, tais como a regularização de documentos, o recebimento de aposentadoria e benefício de prestação continuada pelo INSS, inserção em tratamento ambulatorial e hospital-dia de quatro dessas pessoas (Gráfico 9).

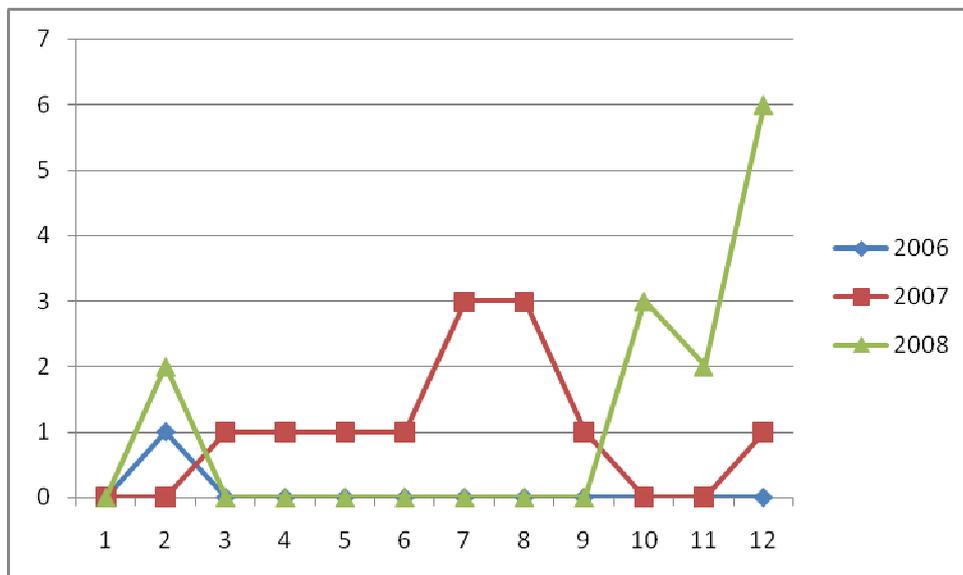


Gráfico 9: Distribuição dos acompanhamentos terapêuticos no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

Constatamos, ainda, que houve crescimento na interlocução entre os setores do hospital, ao nos depararmos com um aumento do número de reuniões no CPRJ, comparativamente entre 2006 e 2008 (Gráfico 10).

Pela análise das agendas, constatamos o maior número de encontros entre a equipe e os profissionais e setores do CPRJ em duas circunstâncias – nos momentos de discussão dos casos que seriam encaminhados para ambulatório ou hospital-dia e quando os usuários eram reinternados e os contatos se faziam mais frequentes com a equipe da enfermaria.

No período estudado, verificamos que seis pacientes apresentaram internações frequentes nos anos de 2007 e 2008, o que explicaria os picos observados no primeiro semestre de 2007 e nos dois primeiros meses de 2008. Observamos, em 2008, certa regularidade de encontros internos, representando a continuidade do processo de discussão para encaminhamento do tratamento, em especial, no segundo semestre desse ano.

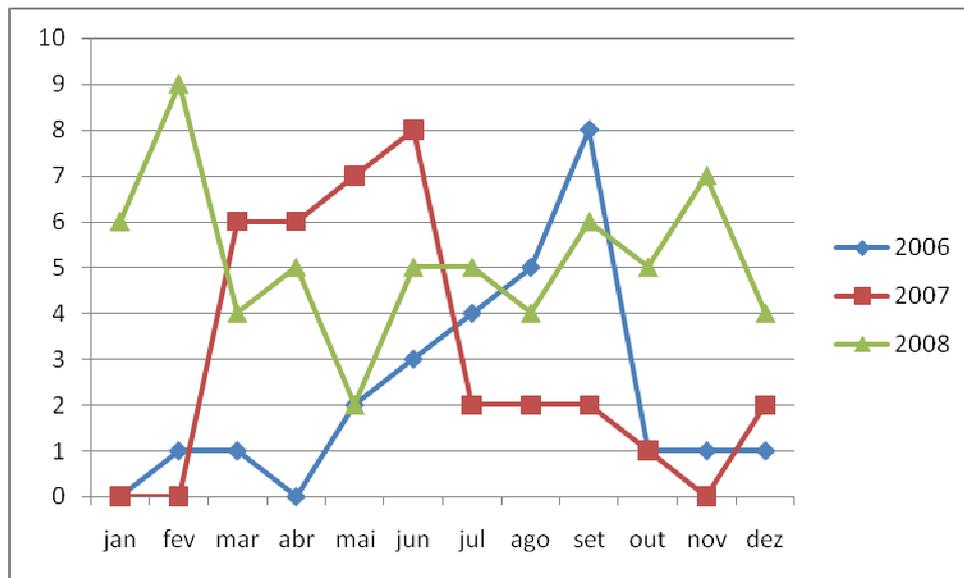


Gráfico 10: Distribuição das reuniões intrainstitucionais no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ

Comparando os Gráficos 7 e 11, referentes aos atendimentos domiciliares e às reuniões externas, detectamos claramente um movimento do Projeto Equipe Volante/CPRJ de externalização do trabalho, em direção ao território, mesmo com as limitações de recursos humanos, materiais e de tempo.

Tal percepção se confirma por meio da avaliação do crescimento e relativa estabilidade das reuniões externas, bem como pela leitura das atas de reunião, em que percebemos uma preocupação maior da equipe em, ao assumir um novo caso para avaliação, localizar e reunir parceiros para elaboração dos projetos terapêuticos (Gráfico 11).

Convém ressaltar que nem sempre foi possível contar com parcerias governamentais, como equipes de agentes comunitários, equipes de saúde de família, centros de assistência social, equipes da educação, cultura e lazer. Assim, ampliamos os contatos para associações de moradores, organizações religiosas, condomínios e vizinhança.

Os contatos das instituições e pessoas responsáveis foram mantidos nas agendas, bem como um resumo das reuniões e da programação pactuada para cada caso. Muitos relatórios foram produzidos a partir desses encontros e enviados às instâncias pertinentes, por exemplo, à Secretaria Municipal de Saúde ou ao Ministério Público, com cópias anexadas aos prontuários.

Tal cuidado se deveu não só à documentação das situações e decisões, como também à preocupação em sistematizar o trabalho e a construção de parcerias mais sólidas. Ou seja, tornar visível um parceiro ou um ponto na rede de cuidados, introduzindo para a instituição CPRJ a possibilidade de novos arranjos no território.

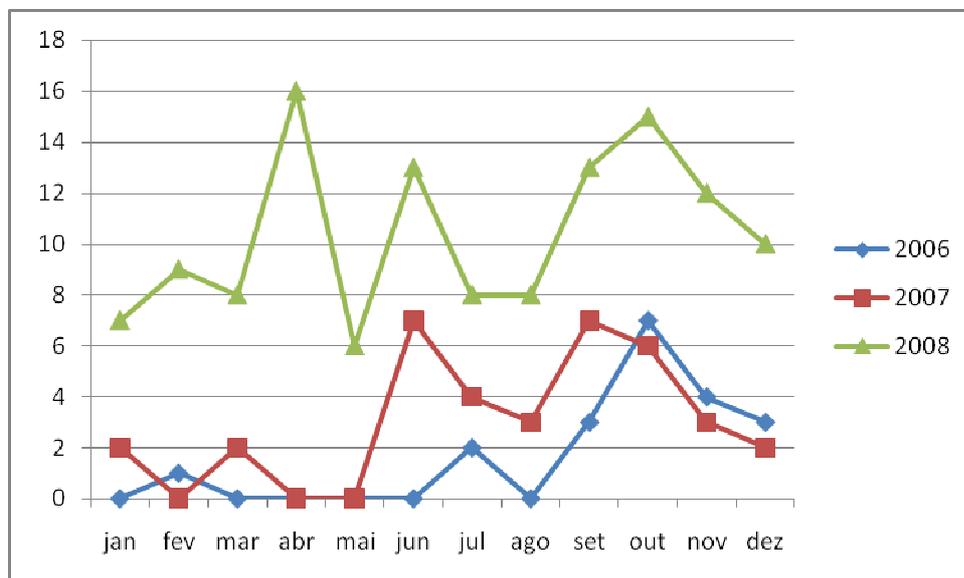


Gráfico 11: Distribuição das reuniões extrainstitucionais no Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/CPRJ nos anos de 2006, 2007 e 2008.

Fonte: Agendas do Projeto Equipe Volante/CPRJ.

5.4 Análise das Atas de Reuniões

Inicialmente, as reuniões do Projeto Equipe Volante/CPRJ eram realizadas de maneira informal, para discutir os casos acompanhados e as medidas necessárias para realizar as intervenções acordadas. As reuniões com outros setores do CPRJ e com outros serviços também se davam assim e a única formalização das condutas e das decisões pactuadas se tratava de anotação no prontuário da pessoa em questão e no diário da equipe.

A partir da observação do crescimento do trabalho, detectada por meio da recepção de novos casos, cada vez mais graves – com necessidade de mais recursos e coordenação das intervenções –, concluiu-se que era importante elaborar uma organização das práticas que nos permitisse acompanhar regularmente as ações, para que fôssemos realizando os ajustes necessários, mas também que potencializássemos e flexibilizássemos nossas práticas.

Assim, a partir de janeiro de 2007, iniciamos reuniões formais, em espaço destinado a esse fim, com anotação em livro-ata e possibilidade de participação de outros profissionais para discussão de casos.

À medida que os encontros iam se realizando, fomos nos deparando com questões clínicas que poderiam se traduzir em apontamentos organizacionais importantes para o trabalho, como: quais seriam os casos indicados para assistência domiciliar, em que consistiria a assistência domiciliar em saúde mental, como proceder durante as visitas e na condução dos casos, que parcerias seriam interessantes para elaboração dos projetos terapêuticos, como e com que frequência avaliar as intervenções etc.

As respostas a essas perguntas foram elaboradas ao longo das reuniões da equipe e a análise da ata (Apêndice C – Quadro Revisão das Atas) nos proporcionou um olhar ampliado sobre o processo de constituição dessa equipe e dessa modalidade de cuidado nas circunstâncias ora vivenciadas.

5.5 Organização do Trabalho

A ideia de formação de uma equipe se constituiu a partir da percepção de que o cuidar em casa era uma estratégia de cuidado interessante e possível.

Após um ano de trabalho com uma estabilidade relativa, ou seja, realizando visitas domiciliares, atendimentos familiares e reuniões regularmente com os mesmos profissionais e tendo superado a substituição de uma enfermeira por uma auxiliar de enfermagem, em meados de 2006 parecia que o estabelecimento de um espaço de reunião regular era necessário, além de sinalizar a possibilidade de constituição da equipe e do seu *modus operandis*.

Assim, a realização de reuniões para discussão dos casos, com a preocupação de que elaborássemos uma direção comum, coordenada e compartilhada para cada pessoa acompanhada, a que denominaríamos projeto terapêutico individual, foi um instrumento de consolidação dessa primeira parceria, qual seja, entre os profissionais do Projeto Equipe Volante/CPRJ, o que se mostrou fundamental para a continuidade do projeto.

Naquele momento, pareceu-nos oportuno que os encontros também serviriam como um primeiro balizador para as práticas instituídas. Desse modo, além da elaboração do projeto terapêutico, nas reuniões de equipe discutiríamos o andamento das intervenções, sob uma perspectiva multidisciplinar e com o objetivo de avaliação do trabalho. Para isso, foram elaborados impressos específicos baseados no modelo aplicado no hospital-dia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) à época, ao qual foram adicionados os dados do Diário da Equipe, bem como outras informações que entendíamos como pertinentes ao acompanhamento e avaliação da evolução dos casos (Apêndice B).

Desde o princípio, entendíamos que seria interessante que seguíssemos o modelo de supervisão de equipe encontrado nos CAPS. Porém, nunca conseguimos viabilizar esse *instrumento* de trabalho. Entendemos, todavia, que se trata mais de uma questão institucional, pois nenhum setor do hospital conta com supervisão, a despeito de todos realizarem reuniões regulares.

Entretanto, não recuamos diante da complexidade das tarefas. Talvez as dificuldades tenham nos impulsionado a estudar em conjunto, a criar apresentações orais e escritas do Projeto Equipe Volante/CPRJ e a nos disponibilizar como uma possibilidade de cuidado dentro da instituição, além de procurar outras experiências de cujas características pudéssemos nos apropriar, caso consideradas interessantes.

Exemplos que confirmam tal interpretação são as apresentações do Projeto Equipe Volante/CPRJ nos espaços institucionais, tais como os centros de estudo e fóruns de saúde mental da área, discussão dos textos enviados a congressos, discussão de casos com profissionais de outros setores do hospital e, progressivamente, maior articulação com os demais serviços.

Devido a alterações ocorridas com a mudança de governo em 2007 e à perda de profissionais em virtude de vínculos frágeis, os horários das profissionais do Projeto Equipe Volante/CPRJ foram realocados e os encontros se tornaram mais preciosos. Assim, o Diário se transformou em Agenda, que depois se transformou em *sala de situação*. Tais decisões, registradas nas atas, deixam transparecer que as parcerias dentro da equipe já estavam consolidadas e os pactos necessários para reorganização do trabalho não fragilizaram o Projeto Equipe Volante/CPRJ.

Outras questões importantes registradas nas atas sobre a organização do trabalho referem-se à ligação do Projeto Equipe Volante/CPRJ ao setor da emergência e não aos setores ambulatorio ou hospital-dia.

Uma vantagem da ligação à emergência seria a possibilidade de aproveitar os turnos de plantão para atendimento aos familiares e envolver outros profissionais dos plantões na continuidade das intervenções. Para isso, nos prontuários dos pacientes acompanhados pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ havia indicação de conduta caso comparecessem à emergência, além da participação direta nas reuniões dos outros setores quando se fazia necessário e possível. Nessa época, os plantões do CPRJ se dividiam em quatro turnos de seis horas para todos os profissionais ao longo da semana (exceto aos sábados e domingos, em que havia plantões de 12 horas).

Entretanto, algumas desvantagens estavam associadas à lotação das profissionais no setor da emergência. A primeira diz respeito à impossibilidade prática de que todas trabalhassem nos mesmos turnos, bem como se dedicassem exclusivamente ao Projeto Equipe Volante/CPRJ. A segunda dificuldade se referia à inexistência de espaço e recursos materiais específicos para a equipe, como sala, arquivo, telefone, computador, impressora etc.

Por fim, se o que se propõe é uma intervenção, um modo de cuidar que produza adesão, vínculo e continuidade, por mais articulação que se faça não parece fazer muito sentido que o local original de trabalho fosse a emergência, local tradicional de atendimento à crise, especialmente nas cidades em que a substituição das antigas formas asilares de cuidado ainda não se completou. Pareceria mais oportuno que a equipe estivesse ligada ao hospital-

dia, ou a um núcleo de atenção territorial, articulado às equipes de saúde de família, como vêm se constituindo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), de modo a potencializar práticas coordenadas e articuladas.

Houve a percepção dessas características por parte do Projeto Equipe Volante/CPRJ e o encaminhamento de pedido de alocação em uma sala própria, bem como tentativa de tornar oficial a ligação à equipe do hospital-dia. A primeira iniciativa rendeu a mudança para um espaço que se mostrou inadequado à medida que era utilizado. A segunda não chegou a se realizar, pois, novamente, em função dos vínculos de trabalho frágeis e perda de profissionais da emergência, não seria possível “perder” as técnicas da equipe para outro setor.

A essa altura, os resultados do Projeto Equipe Volante/CPRJ já se mostravam positivos, quer dizer, havia ocorrido de fato uma diminuição das internações dos pacientes graves que haviam sido incluídos no referido projeto. Mostrou-se que era possível acompanhá-los em casa, envolver os cuidadores, construir parcerias e até encaminhar com sucesso para serviços ambulatoriais e de atenção diária.

Contudo, em função das características organizacionais da rede de saúde mental no Rio de Janeiro – àquela época havia poucos CAPS em relação à necessidade da população, nenhum CAPS III, grande número de internações concentradas nos polos de emergência e clínicas conveniadas, vínculos empregatícios instáveis (organizações não-governamentais e cooperativas) –, o fortalecimento de uma iniciativa pequena como a do Projeto Equipe Volante/CPRJ se mostrava inviável.

5.6 Análise dos Critérios de Admissão

5.6.1 Casos com diversas internações e dificuldade de adesão ao tratamento

Os primeiros encaminhamentos recebidos pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ vieram principalmente da equipe de serviço social da emergência e da equipe da enfermagem do CPRJ, que atendiam familiares com relato de que os usuários não aceitavam tratamento e vivenciavam momentos de ruptura frequentes em seu cotidiano, seguidos por internações psiquiátricas. Esses encaminhamentos possibilitaram que 12 pessoas fossem recebidas, avaliadas e acompanhadas pela equipe no período estudado. Entre estas, uma havia registrado passagem recente em manicômio judiciário, com indicação de tratamento ambulatorial como medida judicial.

5.6.2 Casos com história de adesão anterior e dificuldade de acesso aos serviços

Com a percepção institucional da estabilidade da equipe, outros casos foram sendo encaminhados por outros setores do CPRJ (ambulatório e hospital-dia). Assim, foram avaliados e admitidos quatro indivíduos, com abandono recente de tratamento devido à dificuldade de acesso ao serviço secundária a doenças e sequelas orgânicas e moradores de regiões sem agentes comunitários ou equipes de saúde de família que pudessem acompanhá-los.

Nessa categoria, foram encaminhados também três pacientes com passado de vinculação ao CPRJ ou a outra instituição de saúde mental, mas com dificuldade de retomar seu tratamento em função da desorganização de seu cotidiano devido ao adoecimento, agravado pela dificuldade de seus cuidadores de manterem o cuidado. Um deles conseguiu ser reinserido no serviço que o acompanhava anteriormente, após a realização da avaliação inicial e contatos para discussão do caso. Os outros dois continuaram em acompanhamento domiciliar: um não conseguia se locomover sozinho até o CPRJ e seus familiares não tinham condições físicas e financeiras para levá-lo; outro, portador de transtorno invasivo do desenvolvimento, perdeu sua cuidadora (por falecimento) e, assim, precisou do acompanhamento e, até mesmo, de um período de internação até poder ser inserido em um programa de residência terapêutica.

Recebemos, ainda, indicação de visita domiciliar para duas pessoas com história de tratamento no CPRJ por transtornos ansiosos que se recusavam a comparecer às consultas e queriam ser atendidas em casa. Por entendimento da equipe de que a prioridade seria atender a casos de psicose e de vulnerabilidade social importantes, o acompanhamento domiciliar foi recusado. Entretanto, foram realizadas entrevistas de avaliação com os usuários, seus familiares e com os profissionais anteriormente responsáveis pela atenção. A partir do diagnóstico situacional, intervenções foram propostas, levando-se em consideração as características encontradas.

5.6.3 Casos com história de não-adesão a tratamento e isolamento social

Ao longo de 2007 e 2008, foram encaminhados indivíduos com história de não-adesão ao tratamento associada a grave isolamento social, caracterizado por restrição ao ambiente domiciliar. Um caso foi encaminhado pela equipe de serviço social da emergência do CPRJ, mas os outros quatro resultaram dos contatos crescentes estabelecidos com as equipes de agentes comunitárias, equipamentos de serviço social no território e articulação de saúde mental da área programática em que o CPRJ se encontra. Entre esses casos, uma das pessoas foi acompanhada por mais tempo que a equipe entende que seria necessário, porque a recepção de saúde mental do ambulatório próximo a sua residência estava fechada, além de ter sido impossível discutir o caso com os profissionais por estarem sempre assoberbados de atendimentos. Por fim, ela passou a ser atendida no ambulatório do CPRJ mesmo que fosse mais distante para ela.

5.7 Análise dos Critérios de Alta

As razões de saída do Projeto Equipe Volante/CPRJ foram divididas em quatro categorias: alta por adesão a outro recurso de cuidado, alta a pedido, alta por impossibilidade de acompanhamento da equipe e alta por falecimento.

5.7.1 Alta por adesão a outro recurso de cuidado

De modo geral, tal construção se deu em função dos primeiros casos encaminhados ao Projeto Equipe Volante/CPRJ. O entendimento a respeito da assistência domiciliar em saúde mental oferecida pela equipe seria a de que nosso objetivo era propiciar continuidade de cuidado às pessoas com graves transtornos psíquicos e com dificuldade de adesão ao tratamento, fosse física, psíquica ou social.

Assim, o encaminhamento para tratamento em serviços territoriais, de atenção diária, ou mesmo ambulatórios e equipes de saúde de família e de agentes comunitários que atendessem a essa clientela de modo cuidadoso e flexível foi interpretado como resultado positivo pela equipe, pela possibilidade de vinculação, responsabilização e continuidade.

Ao longo do período, fomos construindo o modo como o processo de alta por encaminhamento se daria. Ou seja, profissionais e serviços se mostrarem disponíveis para receber as pessoas por si só não era garantia de um bom encaminhamento ou de adesão. A saída passou a ser trabalhada em caráter de compartilhamento temporário dos casos (até vinculação ao novo serviço), além da inclusão dos familiares e cuidadores nesse processo, de modo a potencializar a aproximação, conhecimento e autonomia dessas pessoas.

Além disso, na construção da alta foram elaborados relatórios detalhados para os serviços a respeito dos pacientes, para que os novos profissionais e serviços tivessem mais instrumentos para construir suas práticas de cuidado. Nesses relatórios apresentávamos a história de adoecimento e das intervenções, mas também as dificuldades e potencialidades encontradas nas esferas sociais e afetivas.

5.7.2 Alta a pedido

No período estudado, quatro casos receberam alta a pedido dos usuários ou de seus cuidadores. Nessa categoria, encontramos duas situações.

A primeira se caracteriza por casos graves do ponto de vista sintomatológico e de perdas sociais agravadas pelo adoecimento; entretanto, os pacientes e seus familiares não percebiam a possibilidade de tratamento por meio de acompanhamento domiciliar como uma opção. As três famílias abordadas nas avaliações iniciais demandavam asilamento ou internação, em detrimento do diagnóstico inicial e proposta de acompanhamento pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ, tornando muito difícil a elaboração de um projeto terapêutico em comum.

A segunda situação diz respeito à manifestação de desejo de interromper tratamento em caráter domiciliar. Nesse caso, mesmo após esclarecimento e elaboração com os interessados (paciente e cuidadores) das circunstâncias que levaram à tomada de decisão, o Projeto Equipe Volante/CPRJ optou por respeitar a escolha da usuária e proceder ao encaminhamento para outro setor do CPRJ.

A situação deflagrada do conflito entre equipe e indivíduos em questão dizia respeito a uma situação de crise, em que outra familiar, também adoecida, vivendo na mesma casa, apresentara reagudização psicótica, ameaçando todos, inclusive as crianças que lá viviam. Com a autorização do cuidador, a equipe fez contato com outros familiares, até então excluídos, que, além de buscarem as crianças para tirá-las de risco, também tentaram internar

cuidador e pacientes. Tal situação evoluiu com denúncia ao Conselho Tutelar e Ministério Público. A partir de então, a entrada e acompanhamento pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ se tornou inviável.

Portanto, por se tratar de uma pessoa com grave sintomatologia psicótica, cuidada por familiar também adoecido, vivendo em situação de isolamento social, o caso foi indicado para o hospital-dia, com diversas discussões anteriores. Apesar desses cuidados, ela não aderiu a tratamento.

5.7.3 Alta por impossibilidade de acompanhamento da equipe

A impossibilidade de acompanhamento pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ se deu de forma incontornável em um caso. As primeiras entrevistas com o usuário se deram enquanto ele se encontrava internado na enfermaria do CPRJ, assim como as conversas com seu cuidador. Embora o paciente não tivesse noção de morbidade e recusasse tratamento, ele e seu pai aceitaram que as visitas fossem realizadas e ajudássemos nas questões sociais (regularização de documentação, benefícios e seguridade social). Foram realizadas cerca de três visitas ao domicílio, mas que se mostraram extremamente arriscadas. A comunidade em que o paciente morava era muito violenta e fechada, a tal ponto que se percebia a hostilidade aparente dos traficantes e da vizinhança do entorno, tornando muito difícil a possibilidade de fuga em caso de invasão, tiroteios etc.

Além dessa dificuldade, durante as visitas detectaram-se mais cinco casos de doença mental grave entre os familiares – três deles com internações frequentes no CPRJ e uma com história de abandono de tratamento ambulatorial e isolamento social importante. Nenhum deles aceitava o sofrimento psíquico nem qualquer tipo de abordagem. A única forma de cuidado se dava nas situações de crise, em que os episódios de agressividade e inquietação psicomotora produziam reação na vizinhança, que os levavam à força até o quartel do Corpo de Bombeiros, para serem encaminhados à emergência psiquiátrica. Ainda assim, não foi possível encontrar parceiros para cuidar dessa família na comunidade: instituições governamentais e não-governamentais usuais não se faziam representar nessa área nem postos de saúde, agentes comunitários, equipamentos da assistência social, associação de moradores ou organizações religiosas.

Nessa situação, algumas reuniões foram realizadas entre os diferentes setores do hospital e o Projeto Equipe Volante/CPRJ, para tornar visível a situação da família e tentar coordenar as intervenções à medida que os pacientes retornassem para internação. Um relatório foi enviado à gestão de saúde mental na Secretaria Municipal de Saúde para conhecimento.

5.7.4 Alta por falecimento

As duas pessoas encaminhadas em função de dificuldades físicas de deslocamento secundárias a comorbidades neurológicas faleceram em pouco tempo (cerca de seis meses), após entrada no Projeto Equipe Volante/CPRJ.

Em ambos os casos, apesar de possuírem diagnóstico psiquiátrico anterior, a equipe entendia que os recursos mais oportunos teriam sido de reabilitação clínica, mas não havia, nas proximidades de suas moradias, serviços ou intervenções com tal característica.

O mesmo aconteceu com o paciente portador de transtorno invasivo de desenvolvimento e comorbidade cardiológica, que não conseguia sair de casa devido às dificuldades psíquicas e não podia ser avaliado por um clínico, pois em sua comunidade não há equipes de agentes comunitários ou de saúde de família.

A quarta pessoa falecida, apesar de conseguir se deslocar e de ter iniciado um processo de inserção no hospital-dia do CPRJ, apresentava dificuldades cognitivas – comunicação, compreensão e pragmatismo – secundárias a doença infecciosa ocorrida na infância, associada a abandono familiar, o que tornava muito difícil sua entrada nos serviços de saúde. A estratégia adotada pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ para que os atendimentos se realizassem foi a de contato prévio com os serviços e a inclusão de seus vizinhos no processo de encaminhamento e acompanhamento. Esses vizinhos, por sua vez, foram capazes de detectar as alterações clínicas e a levaram para avaliação e internação clínica, com contato posterior ao Projeto Equipe Volante/CPRJ, para que o acompanhamento da internação pudesse ser realizado.

5.8 Análise dos Recursos Terapêuticos

Ao longo do período de acompanhamento e em função da aproximação ao território, foi se tornando mais claro para a equipe a necessidade de outros instrumentos, outras práticas para além das produzidas pela saúde e pela saúde mental para a construção de cuidado integral, complexo e capaz de produzir ganho de autonomia.

A procura por tais instrumentos mostrou-se também muito interessante para a própria equipe, pois possibilitou uma aprendizagem a respeito do trabalho no território, contando com inúmeros atores e com contextos diversos e uma exteriorização cada vez maior.

Na revisão das atas, depreendemos duas situações diferentes em que os recursos aparecem. A primeira se trata dos encontros que se fazem necessários ao manejo de cada caso individualmente. A segunda se refere a um movimento mais amplo de aproximação do território, em que a equipe se apresenta como um modo de cuidar a partir das apresentações públicas, discussões do projeto e disponibilidade para participar de grupos de trabalho.

5.8.1 Recursos terapêuticos individuais

Nessa categoria, devemos atentar para dois aspectos interessantes. Poderemos chamar de recursos terapêuticos as mudanças realizadas pela equipe para flexibilizar suas práticas e torná-las mais resolutivas, pois acabaram se tornando poderosas ferramentas de avaliação e acompanhamento.

Assim, teremos como exemplos: transformação do Diário de Equipe em Agenda e, posteriormente, em *sala de situação*; disponibilização de relatórios, condutas e prescrições medicamentosas para outros profissionais do hospital que viessem atender aos pacientes na emergência ou na enfermaria; possibilidade de realização de acompanhamento terapêutico pelas profissionais da equipe; percepção de que os atendimentos familiares, realizados inicialmente para avaliação de inserção no projeto, também seriam úteis para esclarecimento da dinâmica de funcionamento das famílias e produção de um espaço de acolhimento para os cuidadores.

Por fim, mas não menos importante, a entrada de estagiários na equipe *desnaturalizou* os processos de apreensão do trabalho, obrigando a que as construções diagnósticas (psiquiátricas, psicodinâmicas, sociais), assim como os procedimentos, fossem esclarecidos,

discutidos, elaborados mais minuciosamente, o que diminuiu o risco de automatização das ações.

Outro aspecto diz respeito aos contatos diretos para manejo e encaminhamento das situações. Nesse momento, vemos que há um processo gradual de capilarização das parcerias.

Assim, partimos dos contatos com outros profissionais e setores do CPRJ para outros profissionais e setores de outros serviços de saúde – hospitais, postos de saúde, equipes de agentes comunitários, equipes de saúde de família, articuladora de saúde mental da área –, seguindo para contatos com outros setores representantes da seguridade social, tais como os instrumentos de assistência social, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Previdência Social (INSS), incluindo o Ministério Público, a Educação, o Conselho Tutelar, os polos de lazer e esportes, as organizações não-governamentais, os grupos religiosos, as associações de moradores, os vizinhos etc.

É importante apontar que a possibilidade de uso desses instrumentos não determinou por si só a indicação sem uma discussão prévia pela equipe. Desse modo, veremos, em diferentes momentos, por exemplo, que a solicitação de laudo médico para processo de interdição deveria ser vista com cautela, em função do uso inadequado por parte daquele familiar, ao contrário do que foi avaliado em outra situação, em que a interdição se fazia um recurso importante, já que o paciente em questão se tornou completamente dependente devido à comorbidade clínica.

5.8.2 Estratégias de aproximação como recursos terapêuticos

A apresentação do Projeto Equipe Volante/CPRJ em espaços públicos, tais como o Centro de Estudos do CPRJ, os fóruns de saúde mental e congressos, bem como a disponibilidade para participar de reuniões de outros serviços e setores assistenciais, objetivava, inicialmente, a sensibilização dos outros profissionais e serviços para os resultados da equipe e para a construção de parcerias dentro da rede de modo mais sistematizado.

Contudo, tal estratégia de aproximação acabou por se transformar em um processo interessante de troca de saberes entre diferentes atores, o que tornou a experiência muito rica.

Um dos produtos desses encontros foi o planejamento de reuniões regulares entre a equipe e agentes comunitários, ou com outros profissionais de saúde mental. Efetivamente, tal idealização não se deu com constância devido a mudanças políticas, à saída da articuladora da área e o surgimento de outras prioridades para as equipes. Mas, considerando o contexto da

rede de saúde do município do Rio de Janeiro à época – baixo número de equipes de saúde de família, de agentes comunitários, fragilização das equipes de saúde mental – a iniciativa já demonstra o potencial criativo de que os profissionais poderiam lançar mão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de assistência domiciliar em saúde mental realizada pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ se deu inicialmente a partir de constatação de uma situação comum vivenciada naquele serviço – reinternações frequentes de usuários sem acompanhamento regular após alta hospitalar.

Entre os fatores envolvidos nesse fenômeno, também conhecido como *porta giratória*, há aqueles relacionados à organização dos sistemas e dos serviços, tais como falta de coordenação de cuidado, descontinuidade do acompanhamento e práticas assistenciais enrijecidas⁶⁷.

Em países com trajetórias de reforma psiquiátrica anterior à brasileira já se diagnosticava tal complicação. Bandeira et al.⁶⁸ (p. 638) argumentam:

O acompanhamento intensivo na comunidade surgiu como uma resposta à ineficácia dos serviços psiquiátricos oferecidos aos pacientes na comunidade e como uma tentativa de controlar as frequentes re-hospitalizações da porta giratória. Esse programa surgiu, portanto, como uma alternativa à hospitalização, visando a suprir todas as múltiplas necessidades clínicas e sociais dos pacientes psiquiátricos, de forma intensiva e assertiva. Com este tipo de acompanhamento, foi assim reconhecida a existência das graves e amplas necessidades dos pacientes psiquiátricos, até então subestimadas pela utilização de um acompanhamento ambulatorial tradicional, o qual pressupõe implicitamente que os pacientes sejam muito mais autônomos do que geralmente o são.

Nesse sentido, a constituição de um projeto assistencial que garantisse cuidado flexível, contínuo e pudesse alcançar os indivíduos em seu território não seria uma novidade, se não apontasse outros fatores interessantes para discussão.

A reorientação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil tem como diretriz central o acompanhamento psicossocial no território, realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Todavia, no país, não avançamos plenamente na implantação desse modelo, tampouco no processo de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. A cobertura desses serviços é insuficiente e os leitos em hospitais psiquiátricos não foram substituídos completamente.

Para Teixeira ²⁸ (p. 260-1), a transformação do modelo de assistência se trata de um processo complexo:

Os modelos assistenciais podem ser entendidos como combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizados para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente, uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde. Nesta perspectiva, os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. Para que se concretize uma transformação do modelo de atenção é imprescindível a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas nas dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial.

A situação vivida atualmente no Rio de Janeiro ilustra bem a incompletude da RPB. Nesse sentido, não causa espécie a criação de um projeto de assistência domiciliar em saúde mental ligado a um hospital psiquiátrico, pois ainda nos encontramos no meio do caminho entre a completa implementação de uma rede substitutiva e o tratamento convencional baseado em hospitais e ambulatórios segmentados.

Diferentemente de outros serviços de assistência domiciliar, em que a ligação a um hospital é interessante, como, por exemplo, no caso de clientela em seguimento pós-operatório, seria desejável que serviços territoriais acompanhassem a população pela qual são responsáveis, contando com os recursos substitutivos necessários em detrimento dos hospitais psiquiátricos, como descrito em documentos oficiais ⁶¹.

No caso da iniciativa do CPRJ, podemos pensar que o Projeto Equipe Volante/CPRJ seria um passo no processo de territorialização e tomada de responsabilidade descrito por Keusen e Carvalho ¹.

Algumas características do projeto ratificam tal hipótese, como, por exemplo, o cuidado realizado fora do serviço, próximo à realidade dos usuários e seus cuidadores, possibilitando, por sua vez, uma apreensão ampliada das condições de adoecimento e de fragilidade social, mas também viabilizando a construção de soluções compartilhadas e criativas.

A constituição do Projeto Equipe Volante/CPRJ e sua relação com outros setores da instituição, bem como com outros serviços, demonstram um avanço. Pudemos perceber, pela análise das agendas e das atas de reunião, que a equipe foi se voltando cada vez mais para o diálogo, como um instrumento de coordenação e responsabilização pelo cuidado. Porém, mais

que isso, também em um esforço progressivo de construção de espaços regulares de discussão e aprendizado compartilhado com os envolvidos nesse processo, aceitando, inclusive, a tensão própria presente nas práticas negociadas, pactuadas.

Alguns aspectos referidos à organização do trabalho do Projeto Equipe Volante/CPRJ devem ser discutidos, pois se trata de pontos importantes para a viabilidade do projeto, bem como para sua adequação aos princípios sanitários e de saúde mental.

Os primeiros encaminhamentos se referiam a usuários moradores da região central do Rio de Janeiro sem acompanhamento em saúde mental regular e com repetidas internações. Em sua maioria, eram portadores de transtornos psicóticos graves. Na literatura revisada, teriam clara indicação de acompanhamento intensivo, como, por exemplo, visitas domiciliares realizadas por equipes multidisciplinares^{58,68}. Entretanto, indivíduos com história anterior de adesão a tratamento ou em tratamento irregular para transtornos ansiosos também foram encaminhados e a equipe avaliou que não tinham indicação de assistência domiciliar.

Tal possibilidade de escolha, embora seja indicada como uma das características operacionais da assistência domiciliar, opor-se-ia a um princípio caro à RPB, que é o da *tomada de responsabilidade*.

Anaya³³ (p. 93) assim descreve a questão:

A tomada de responsabilidade implica o princípio da “porta aberta”, que, ao não selecionar a demanda segundo critério técnico de priorização preestabelecida e cujo papel é ativo nas situações de crise, deve ser também referência para situações de pobreza, distúrbio e conflito, o que significa nova forma de pensar e de interagir com a demanda, garantindo a universalidade do acesso (grifo do autor).

O manejo do impasse entre criar critérios de elegibilidade e garantir “porta aberta” e responsabilidade pela demanda se deu por meio da avaliação e discussão dos casos mesmo que não fossem acompanhados pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ. Desse modo, uma dupla operação se constituiu – ao mesmo tempo em que as pessoas eram avaliadas cuidadosamente e encaminhadas para o recurso assistencial mais adequado, os profissionais eram ouvidos e acolhidos, bem como poderiam elaborar, por meio do diálogo, um saber acerca do cuidar em seus dispositivos e na assistência domiciliar.

As justificativas para não acompanharmos toda a demanda detectada eram de duas ordens. A primeira se tratava de um ponto bastante concreto, que era a disponibilidade reduzida para novos casos, haja vista a pequena equipe e os horários reduzidos para atendimento.

A segunda justificativa é de ordem clínica e política. Diz respeito a uma crescente percepção da gravidade dos casos. Em certo sentido, estratégias de cuidado, como a assistência domiciliar, garantem acessibilidade e adequação das práticas assistenciais a parcelas mais vulneráveis de uma população. Assim, seria um instrumento de equidade, de acordo com a discussão apresentada por Vieira-da-Silva e Almeida ⁶⁹ (p. 220):

[...] [a equidade] corresponde a um instrumento da justiça concreta concebido para resolver as antinomias ou contradições entre as diversas fórmulas de justiça formal. A equidade corresponde, dessa forma, a uma intervenção de agentes sociais, quando assumem o papel de juiz, sobre situação de conflito. No caso específico da saúde, o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde e das políticas públicas intersetoriais que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde.

No caso do Projeto Equipe Volante/CPRJ, passamos a receber cada vez mais indicações para acompanhamento de pessoas absolutamente isoladas e excluídas, a pedido de profissionais de saúde e da assistência social de serviços baseados no território, como ESF e CRAS. Afora a detecção dos casos, esses profissionais não conseguiam se aproximar, pois não se sentiam “autorizados” para isso. Há três aspectos a esse respeito que devem ser ressaltados.

O primeiro se refere ao resgate de indivíduos à margem dos serviços de saúde. Tal movimento só se torna possível à medida que os profissionais se dispõem a entrar no território, conhecendo-o e se mostrando disponíveis para a aproximação e diálogo.

O segundo diz respeito à constituição de um olhar e um modo de cuidar que acate a singularidade e a gravidade desses casos.

A terceira consideração, a partir dessa percepção, é que cuidar no território só se torna possível à medida que incluimos parceiros nesse processo. O compartilhamento e a coordenação são fundamentais nessas situações, especialmente porque, ao desconsiderarmos a complexidade e a gravidade do sofrimento psíquico, oneramos cuidadores, desresponsabilizamo-nos e geramos exclusão e isolamento.

Por fim, convém procedermos a algumas aproximações com os modelos revistos e descritos, de modo a propor percursos interessantes na constituição das práticas de assistência domiciliar no Brasil.

Na experiência de acompanhamento domiciliar elaborada pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ, percebemos semelhanças com os PACT, como, por exemplo, critérios de admissão definidos, trabalho em equipe multidisciplinar, acompanhamento contínuo.

Em relação ao gerenciamento de casos, duas características se mostraram importantes: a articulação com outros serviços e setores (por exemplo, ESF e CRASS) e a consulta aos usuários e familiares, com conseqüente possibilidade de apreensão a respeito das experiências de sofrimento e de criação de novas saídas e maior participação e responsabilização nos processos de cuidado.

Essas aproximações reforçam algumas características já presentes no campo da saúde mental, que são o trabalho em equipe multidisciplinar e a responsabilização pela clientela. A mescla possível do PACT e do CM aponta, então, para a possibilidade do planejamento das intervenções territoriais articuladas à atenção básica por meio do diálogo com as equipes de saúde de família e participação das equipes de apoio matricial, ou Núcleos de Apoio à Saúde de Família (NASF) ^{69,70,71} potencializando, assim, o impacto das práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Keusen A, Carvalho AL. A construção de um serviço de base territorial: a experiência do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* 2008; 32(78-79-80): 161-71.
2. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5): 1411-16.
3. Souza LF, Müller MR, Merodio R, Araújo E. Maria-marias: dos impasses clínicos no violento território. In: *Anais... II Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
4. Bezerra B Jr. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra B Jr., Amarante P, organizadores. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 113-26.
5. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizadora. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 11-24.
6. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 p. (Coleção Temas em Saúde).
7. Campos GWS. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides, R. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rotschild Editores; 2008. p. 96-102.
8. McGorry PD. Evidence based reform of mental health care. Editorial. *BMJ* 2005; 331: 586-87.
9. Spinelli H. Além da quantidade e do objetivo: a avaliação como parte das micropráticas de trabalho. In: Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides, R. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rotschild Editores; 2008; p. 103-24.
10. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Tradução: Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
11. Keen J. Estudos de caso. In: Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 127-35.
12. Burns T, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess* 2001; 5(15).
13. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(5): 547-59.

14. Deslandes S. Sociologia compreensiva e métodos qualitativos de avaliação. In: Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rotschild Editores; 2008. p. 68-77.
15. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 172 p.
16. 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 Côrrea, RJ. In: Amarante P, organizador. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 89-119.
17. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS) do sistema único de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(5): 1053-62.
18. Pitíá, ACA. O resgate da cidadania: o acompanhamento terapêutico e o aspecto da reabilitação psicossocial. *Saúde em Debate*, 2005; 29, (70): 179-185.
19. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Potvin L, Denis J-L, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994. 215 p.
20. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Editora da UFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
21. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).
22. Dominguez AGD, Martins JRP. Avanços e desafios do sistema único de saúde em seus 20 anos. *Saúde em Debate* 2010; 34(84): 108-18.
23. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 120 p.
24. Birman J. A Physis da saúde coletiva. In: *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2005; 15 Suppl: S11-16.
25. Escorel S, Giovanella, Mendonça MHM, Senna MCM. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2007; 21(2): 164-76.
26. Bahia L. Participação social em saúde: “muito melhor com ela”. *Saúde em Debate* 2010; 34(84): 33-40.
27. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 24(3): 180-8.

28. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate* 2003; 27(56): 257-77.
29. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2: S190-98.
30. Ferreira G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da reforma psiquiátrica no Brasil. In: Pinheiro R, Guljor AP, Gomes A, Mattos RA, organizadores. *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: Abrasco; 2007. 284 p.
31. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2001; 6(1): 73-85.
32. Alves DS. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco, 2001. p. 167-176.
33. Anaya F. Reflexão sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte-MG [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 156 f.
34. Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Delgado J, organizador. *A loucura na sala de jantar*. Santos: Resenha; 1991. p. 53-79.
35. Amarante P, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate* 2001; 25(58): 26-34.
36. Yasui S. CAPS: estratégia de produção de cuidado e bons encontros. In: Pinheiro R, Guljor AP, Gomes A, Mattos RA, organizadores. *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: Abrasco; 2007. 284 p.
37. Pitta A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: Venâncio AT, Cavalcanti MT, organizadores. *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA; 2001. p. 277-82.
38. Cavalcanti MT, Lovisi GM, Pinto ATM. A psiquiatria e o social: aproximações e especificidades. In: Venâncio AT, Cavalcanti MT, organizadores. *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA; 2001. p. 13-38.
39. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2001; 6(1): 63-2.
40. Robinson D, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 241-7.

41. Gastal FL, et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(3): 280-85.
42. Almond S, et al. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *Brit Journal of Psychiatry*, 2004; 184: 346-51.
43. Singh SP. Outcome measures in early psychosis: relevance of duration of untreated psychosis. *Brit Journal of Psychiatry* 2007; 191: S58-63.
44. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus, MDML, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2007; 29(1): 43-6.
45. McCrone P. Health economic measures in schizophrenia research. *Brit Journal of Psychiatry* 2007; 191: S42-5.
46. Tarricone R, Tsouros A, editores. *The solid facts: home care in Europe*. WHO; 2008.
47. Clarke M, et al. Untreated illness and outcome of psychosis. *Brit Journal of Psychiatry* 2006; 189: 235-40.
48. Johnson S, Nolan F, Pilling S. et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ* 2005; 331: 599-603.
49. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(2): 456-68.
50. CONASS. Nota técnica 02/2006. Política Nacional de Internação Domiciliar. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2006. (Coleção Progestores). www.conass.org.br (acessado em 26 ago. 2007).
51. Kerber NPC, et al. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(3): 485-93.
52. Lopes WO, Saube R, Massaroli A. A visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc Cuid Saude* 2008; 7(2): 241-7.
53. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no sistema único de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(3): 391-7.
54. Mendes W. *Home care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/UNATI; 2001.
55. Morris M. Patient's perceptions of psychiatric home care. *Archives of Psychiatric Nursing* 1996; 10 (3): 176-83.
56. Rodrigues MR, Almeida RT. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio: um estudo de caso. *Acta Paul Enferm* 2005; 18(1): 20-4.

57. Muijien M, Marks I, Audini B. Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomized controlled trial. *BMJ* 1992; 304: 749-54.
58. Machado LF, Dahl CM, Carvalho MCA, Cavalcanti MT. Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e gerenciamento de casos (case management): revisão de 20 anos da literatura. *J Bras Psiquiatr* 2007; 56(3): 208-18.
59. Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess* 2001; 5(15): 146 p.
60. Schaedle R, McGrew JH, Bond GR, Epstein I. A comparison of expert's perspectives on assertive community treatment and intensive case management. *Psychiatric Services* 2002; (53): 207-10.
61. Brasil. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
62. Fiander M, Burns T. A Delphi approach to describing service models of community mental health practice. *Psychiatric Services* 2000; 51(5): 656-8.
63. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services* 2000; 51(11): 1410-21.
64. White K, Roy D, Hamilton I. ABC of mental health: community mental health services. *BMJ* 1997; 314:1817.
65. Gurjol AP, Cruz LB, Estelita B, Mercadante D. Reflexões sobre o cuidado em saúde mental às populações desfiladas: a estratégia de seguimento. In: Saúde e direitos humanos. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudo em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH) 2007; 4(4); Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. p. 135-44.
66. Oliveira, RMP. Pintando novos caminhos: visita domiciliar em saúde mental [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001. 235 f. illus, tab.
67. Moya J, et al. Sala de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde; 2010.
68. Bandeira M; Gelinas D, Lessage A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1998; 47(12): 627-40.
69. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25 Suppl 2: S217-26.
70. Souza AC. Em tempos de PSF... Novos rumos para atenção em saúde mental? [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde

Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 164 f.

71. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

APÊNDICE A
Agenda de Atividades (2007)

Projeto Assistência Domiciliar – Equipe Volante/Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro

Nome: _____

Prontuário: _____

Data de nascimento: ___/___/___ HD: _____ Entrada no projeto: ___/___/___

Endereço: _____

Telefone: _____

Com quem conta: _____

Contato: _____

Observações: _____

Datas das Visitas:

Nome: _____

Prontuário: _____

Data de nascimento: ___/___/___ HD: _____ Entrada no projeto: ___/___/___

Endereço: _____

Telefone: _____

Com quem conta: _____

Contato: _____

Observações: _____

Datas das Visitas:

APÊNDICE B

Avaliação Psicossocial e Projeto Terapêutico

Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro

1. Dados pessoais

Nome					Prontuário						
Endereço			Bairro		CEP						
Ponto de Referência											
Data de nascimento	Naturalidade	Nacionalidade		Sexo							
				Feminino		Masculino					
Estado civil											
Solteiro		Casado		Divorciado		Viúvo					
Estado conjugal											
	Com companheiro				Sem companheiro						
Escolaridade											
	Analfabeto			1º incompleto							
	1º completo			2º incompleto							
	2º completo			3º incompleto							
	3º completo										
Referência familiar ou de suporte			Contato								
Interdição											
Curatelado?			Sim		Não						
Por quê?											
Há quanto tempo?											
	Até 01 ano			01 – 05 anos			06 anos ou mais				
Curador											
	Pai		Mãe		Irmão		Filho		Companheiro		Outros
Nome					Contato						

Possui autonomia para?				
Realizar autocuidado		Sim		Não
Utilizar meio de transporte		Sim		Não
Frequentar serviço de saúde mental		Sim		Não
Administrar renda própria		Sim		Não
Desempenhar atividade doméstica		Sim		Não
Outros. Especificar		Sim		Não
Possui documentos?				
Certidão de nascimento		Sim		Não
Carteira de identidade		Sim		Não
CPF		Sim		Não
Título de eleitor		Sim		Não
Carteira de motorista		Sim		Não
Certidão de casamento		Sim		Não
Certificado de reservista		Sim		Não
Seguro privado de saúde		Sim		Não

2. Situação ocupacional, trabalhista e previdenciária

Ocupação									
Ocupado?			Sim				Não		
Se desocupado, motivo									
Não tem experiência/nunca trabalhou			Associado à doença atual				Outros		
Há quanto tempo?									
Menos que 01 mês			01 – 06 meses			07 – 11 meses			
01 – 03 anos				Mais que 03 anos					
Ocupação atual ou última ocupação									
Há quanto tempo?									
Menos que 01 mês		01 – 06 meses		07 – 11 meses		01 – 03 anos		Mais que 03 anos	
Caso esteja ocupado, em qual categoria de trabalho?									
Servidor público				Profissional autônomo					
Mercado informal				Regime CLT					
Regime militar				Estágio etc.					
Oficina de trabalho ou geração de renda vinculada a serviços de saúde mental				Cooperativa de trabalho ligada a serviços de saúde mental					
Situação previdenciária									
Segurado ativo				Licença médica pela psiquiatria					
Licença médica por outra especialidade				Aposentado por outra especialidade					
Aposentado por tempo de serviço				Pensionista					
Segurados até 12 meses				Não segurado					
Tempo de contribuição previdenciária									
01 mês		Até 10 anos		10 – 20 anos		Mais que 20 anos		Nunca trabalhou	
LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social)									
Possui?			Sim				Não		

3. Situação habitacional, socioeconômica e familiar

Localização da residência			
<input type="checkbox"/>	Bairro	<input type="checkbox"/>	Comunidade
<input type="checkbox"/>	Morador de rua		
Tipo de residência			
<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	Apartamento
<input type="checkbox"/>	Domicílio coletivo (pensão)		
Estrutura física do domicílio			
<input type="checkbox"/>	Alvenaria	<input type="checkbox"/>	Madeira
<input type="checkbox"/>	Estuque	<input type="checkbox"/>	Outros
Disposição física do domicílio (Preencher com quantidade de cômodos)			
<input type="checkbox"/>	Sala	<input type="checkbox"/>	Cozinha
<input type="checkbox"/>	Quarto	<input type="checkbox"/>	Banheiro
<input type="checkbox"/>	Outros		
O usuário possui quarto próprio?			
Possui?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Se não, com quem divide:			
Situação do domicílio			
<input type="checkbox"/>	Próprio	<input type="checkbox"/>	Cedido
<input type="checkbox"/>	Alugado	<input type="checkbox"/>	Posse
<input type="checkbox"/>	Outros		
Acesso a saneamento básico?			
<input type="checkbox"/>	Satisfatório (água encanada e esgoto em rede)	<input type="checkbox"/>	Insatisfatório
Acesso à residência			
<input type="checkbox"/>	Estrada asfaltada	<input type="checkbox"/>	Meio de transporte
<input type="checkbox"/>	Ladeira	<input type="checkbox"/>	Escada ribanceira
<input type="checkbox"/>	Encosta / área de risco		
Relação com a vizinhança			
<input type="checkbox"/>	Relação de amizade	<input type="checkbox"/>	Relação superficial
<input type="checkbox"/>	Ajuda mútua	<input type="checkbox"/>	Relação conflituosa
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nenhuma relação

Situação familiar			
Mora sozinho		Mora com companheiro	
Mora com amigos		Mora com a família	
Composição familiar			
Pai		Mãe	
Irmãos		Filhos	
Companheiro (a)		Outros	
Número de pessoas que dividem o domicílio:			
Relação com a família			
Relação de afeição		Relação superficial	
Ajuda mútua	Relação conflituosa	Nenhuma relação	
Oferece ajuda à família?			
Oferece?		Sim	Não
Se sim, a quem?			
Qual:			
Recebe ajuda da família?			
Recebe?		Sim	Não
Se sim, de quem?			
Qual:			
Situação financeira			
Está satisfeito		Não está satisfeito	
Não sabe		Não respondeu	
Valor da renda			
Salários mínimos			
Valor da renda familiar			
Salários mínimos			

4. Informações sobre lazer/inserção social

Possui alguma atividade de lazer?			
Possui?		Sim	Não
Quais atividades realiza?			
Esporte		Cinema/teatro	
Clubes /centros de convivência ou cultura		Outros	
Com qual frequência?			
Diária		3x/semana	
2x/semana		Quinzenal	
Semanal		Outra	

5. Recursos comunitários

Existe em sua comunidade			
Associação de moradores		Estratégia de saúde de família	
Agente comunitário			
Serviços de saúde			
Existem?		Sim	Não
Serviços de cultura/lazer			
Existem?		Sim	Não
Serviços de cultura			
Existem?		Sim	Não
Possui amigos?			
Possui?		Sim	Não
Participa de atividades em sua comunidade			
Participa?		Sim	Não
Quais?			

6. Informações sobre o uso de substâncias psicoativas

Quanto ao uso de substâncias psicoativas			
Faz uso atualmente		Fez uso, mas interrompeu.	Nunca usou
Quais substâncias?			
Bebidas alcoólicas		Maconha	
Cocaína		Outros	
Há quanto tempo iniciou?			
Até 01 ano		01 – 05 anos	
06 – 10 anos		Mais de 10 anos	
Há quanto tempo interrompeu?			
Até 01 ano		01 – 05 anos	
06 – 10 anos		Mais de 10 anos	

7. Formas de encaminhamento e acesso

Fonte de encaminhamento	
Ambulatório CPRJ	Emergência CPRJ
Enfermaria CPRJ	Hospital-dia CPRJ
Outros serviços de saúde	Outros serviços
Profissional que encaminhou	
Médico psiquiatra	Assistente social
Psicólogo	Terapeuta ocupacional
Enfermeiro	Outras categorias

8. Informações sobre história de adoecimento e inserção no projeto

Início da doença			
<input type="checkbox"/>	Menos de 06 meses	<input type="checkbox"/>	06 – 11 meses
<input type="checkbox"/>	01 – 03 anos	<input type="checkbox"/>	04 – 06 anos
<input type="checkbox"/>	07 – 10 anos	<input type="checkbox"/>	Mais que 10 anos
Internações anteriores			
Possui?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Data da primeira internação			
	Quantas internações anteriores após a entrada no projeto?		
Data da última internação			
Tempo de permanência			
Serviços de saúde mental a que já foi encaminhado			
<input type="checkbox"/>	Atendimento ambulatorial psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	Atendimento ambulatorial em grupo
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia individual	<input type="checkbox"/>	Psicoterapia familiar
<input type="checkbox"/>	Hospital-dia / CAPS	<input type="checkbox"/>	Pensão protegida
<input type="checkbox"/>	Trabalho protegido	<input type="checkbox"/>	Consultório privado
<input type="checkbox"/>	Outros		
História prévia de adesão ao tratamento			
Possui?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
História prévia de abandono ao tratamento			
Possui?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Por quê?			
Hipótese diagnóstica			
Expectativa do usuário em relação à inserção no projeto			
Expectativa dos familiares em relação à inserção no projeto			
Projeto terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE C

Quadro Revisão das Atas

Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro

Nº	Estrutura/Discussão da Reunião	Crítérios de Admissão e Alta	Recursos Terapêuticos
1	Informes Discussão de casos		Contato com outros serviços/setores para detecção de recursos. Menção à curatela e solicitação de benefícios sociais com precaução, em função do uso inadequado por parte do familiar.
2	Informes Discussão de casos	Admissão: Limitação do acesso ao serviço secundária a doença orgânica.	Uso inadequado da emergência como critério de atendimento familiar. Suporte a familiar como critério de possibilidade de indicação à psicoterapia.
3	Informes Discussão de casos	Admissão: recusado paciente portador de transtorno ansioso.	Discussão de recusa de caso de ansiedade com serviço social, psiquiatria e psicologia do ambulatório do CPRJ para melhor encaminhamento. Apresentação no Centro de Estudos como forma de sensibilização/informação dos setores do CPRJ a respeito do Projeto Equipe Volante/CPRJ.
4	Informes Discussão de casos		Encaminhamento discutido com ambulatório de ortopedia do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA).

5	Informes Discussão de casos		Discussão de trabalho apresentado no Congresso de Psiquiatria.
6	Informes Discussão de casos		Possibilidade de Acompanhamento Terapêutico (AT) realizado pela equipe.
7	Informes Discussão de casos Discutida possibilidade de elaboração de impressos próprios para Projeto Equipe Volante/CPRJ e preenchimento de produtividade.	Alta: inserção de novos cuidadores e serviços de atenção psicossocial responsáveis pela continuidade do cuidado.	Menção à curatela e solicitação de benefícios sociais como recursos importantes de cuidado (para paciente completamente dependente – comorbidade clínica e psiquiátrica).
8	Informes Discussão de Casos	Admissão: Limitação do acesso ao serviço secundária à gravidade do quadro psíquico e situação social (do paciente e cuidadores), associada à não-adesão ao tratamento ambulatorial.	Utilização de recursos da Estratégia de Saúde de Família – visita de agente comunitária com orientação. Contato com profissional de saúde mental responsável pela articulação com a Atenção Básica. Parceria com Conselho Tutelar.
9	Informes Discussão de Casos		Apresentação do trabalho de articulação de área e convite para o Fórum de Saúde Mental (SM). Possibilidade de discussão de casos da Estratégia de Saúde de Família (ESF) diretamente com os agentes comunitários. Encaminhamento para psicoterapia como instrumento para elaboração

			das dificuldades sintomáticas e de manejo das limitações do cotidiano.
10	Informes Discussão de Casos	Alta: maior adesão ao tratamento e autonomia com encaminhamento para outros setores dentro do CPRJ.	Discussão de casos dentro da instituição como possibilidade de ampliação da rede de cuidado.
11	Discutida necessidade de elaboração de novos instrumentos de notação e acompanhamento dos casos do Projeto Equipe Volante/CPRJ, com a elaboração de diários individuais para cada paciente e uso ampliado da agenda.		
12	Discussão sobre qual é a responsabilidade/objetivo do Projeto Equipe Volante/CPRJ. Tentativa de apropriação de espaço (sala) para organização do trabalho, necessidade de início de Supervisão para a Equipe. Entrada de estagiários no projeto a partir de 2008.		Observação de que a relação com outros setores/serviços é fundamental para o trabalho. Inserção na agenda de atendimentos dos contatos dos serviços e profissionais parceiros. Tentativa de elaboração de agenda de discussão de casos com a articuladora de área.
13	Informes Discussão de Casos	Processo de Alta associado à elaboração de relatórios detalhados aos serviços que receberam os pacientes.	Possibilidade de formalização da inserção do Projeto Equipe Volante/CPRJ nas discussões de casos das equipes de ESF (sugerida pela articuladora de área). Participação do Fórum de Saúde Mental da área.

14	Informes Discussão de Casos	Processo de Alta associado a compartilhamento temporário dos casos (até vinculação ao novo serviço).	Construção de planilha de medicação acessível aos profissionais da equipe (independentemente da especialidade).
15	Informes Discussão de Casos		Sugestão de criação de Grupo de Trabalho formado pelas equipes de Saúde Mental Projeto Equipe Volante/CPRJ, Centro Municipal de Saúde Zeferino Timbau e ESF, com construção de calendário de encontros, para potencializar as discussões de casos das equipes de ESF (sugerida pela articuladora de área).
16	Informes Discussão de Casos Mudanças de horário da equipe (segundas-feiras e quintas-feiras), com organização das parcerias de profissionais para as visitas. Aparece pela primeira vez a indicação de que as visitas são realizadas em conjunto (dupla pelo menos).		Parcerias com outros serviços – articuladora de área da Saúde Mental, Fórum de Saúde Mental, equipes de Agentes Comunitários e de Saúde de Família, Hospital-dia e enfermaria do CPRJ.
17	Informes Discussão de Casos	Alta devido a divergência entre demanda familiar (de asilamento) e proposta de acompanhamento pelo Projeto Equipe Volante/CPRJ, dificuldade de elaboração de projeto comum.	Possibilidade de encaminhamento ao Ministério Público de situação de violência na comunidade, com impossibilidade de retorno e provável necessidade de abrigo (recurso

		Admissão: paciente recusado por ainda não terem sido esgotados os recursos institucionais, encaminhado à equipe do HD.	extremo associado à impossibilidade de encaminhamento via Assistência Social).
18	Informes Discussão de Casos	Admissão: abandono de tratamento seguido por desorganização do cotidiano significativa e risco para família, em área sem recursos de saúde flexíveis (ambulatório não consegue acolher, não possui medicação de depósito).	CRASS (equipamento da Assistência Social) faz encaminhamento formal de caso e solicita atendimento em parceria. Caso encaminhado anteriormente pelo Conselho Tutelar.
19	Informes Discussão de Casos		Contatos com serviços e profissionais.
20	Informes Discussão de Casos Primeira notação em ata de impossibilidade de VD devido a situação de violência e fechamento de comunidades.		Contatos com serviços e profissionais.
21	Informes Discussão de Casos		Possibilidade de internação psiquiátrica discutida pela primeira vez em Ata como um recurso importante para diminuição de risco.
22	Informes Discussão de Casos		Atendimento da equipe a paciente encaminhado ainda internado na enfermaria do CPRJ. Caso discutido e encaminhado na reunião da enfermaria.

23	<p>Discutida a situação da sala oferecida pela instituição ao projeto; a estrutura e as condições se mostraram inapropriadas, dificultando o trabalho algumas vezes (por exemplo, acesso mais difícil, sem telefone, sem privacidade etc.). As funções da funcionária administrativa cedida também precisaram ser esclarecidas/discutidas.</p>		<p>Estagiária apresenta as dificuldades para encontrar recursos provenientes de outros setores (associação de moradores, assistência social, lazer, cultura, religião) na área do CPRJ.</p> <p>Rediscussão de estratégias de aproximação de pacientes e familiares resistentes ao Projeto Equipe Volante/CPRJ com profissionais do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ESF.</p> <p>Realização de entrevistas iniciais com os cuidadores e profissionais interessados em inserir paciente na Visita Domiciliar (VD) aparecem em Ata, apesar de já ter sido instituído como estratégia de esclarecimento da demanda e definição de projeto terapêutico desde outubro de 2006.</p>
24	<p>Informes Discussão de Casos</p>		<p>Contatos com serviços e profissionais.</p>
25	<p>Informes Discussão de Casos</p>	<p>Alta: manifestação de desejo de interromper tratamento após esclarecimento e elaboração com os interessados (paciente e cuidadores).</p>	<p>Contatos com serviços e profissionais.</p>
26	<p>Informes Discussão de Casos</p>		<p>Contatos com serviços e profissionais.</p>

27	Informes Discussão de Casos		Apresentação dos projetos dos setores do CPRJ em Centro de Estudos. Apresentação em conjunto, ao setor de Emergência, do Projeto Equipe Volante/CPRJ; a partir dessa oportunidade, houve uma proposta de realização, pelos profissionais do Projeto Equipe Volante/CPRJ, de uma avaliação interna do trabalho e da evolução dos casos, com frequência de pelo menos uma vez por ano.
28	Informes Discussão de Casos	Alta: nos casos em que os serviços conseguissem receber os pacientes, de modo flexível, se for importante para garantir a adesão e continuidade do acompanhamento.	
29	Informes Discussão de Casos		Dificuldade de contato e discussão de caso com equipe de CRASS.
30	Informes Discussão de Casos		Dificuldade de contato e discussão de caso com equipe de CRASS. Tentativa de contato com a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD)
31	Informes Discussão de Casos		Preparação de novo texto para apresentação no Fórum de Saúde Mental.

32	Informes Discussão de Casos		
33	Informes Discussão de Casos		Articulação com representantes de associação de moradores como estratégia de continuidade de cuidado.
34	Informes Discussão de Casos		Contato e discussão com programa de Residência Terapêutica – Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira – para encaminhamento de caso.
35	Informes Discussão de Casos		
36	Informes Discussão de Casos Revisão multidisciplinar de todos os casos.		
37	Informes Discussão de Casos		Discussão entre os profissionais da Enfermaria, Ambulatório, Hospital-Dia e Projeto Equipe Volante/CPRJ sobre a necessidade de coordenarmos o cuidado de caso-família adocida e sem adesão a tratamento e que demanda atenção dos diferentes setores. Divisão de responsabilidades entre os profissionais.
38	Informes Discussão de Casos Discussão do trabalho ao longo de 2008.		

APÊNDICE D

Tabelas de Procedimentos

Projeto de Assistência Domiciliar – Equipe Volante/Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro

Tabela 1. Atendimento domiciliar por meses e anos. Projeto Equipe Volante/CPRJ

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
2006	01	04	01	03	06	04	12	04	09	12	08	07	71
2007	12	09	10	10	08	11	19	14	07	08	06	06	120
2008	08	04	04	05	09	06	11	10	12	11	07	09	96

Tabela 2. Atendimento familiar por meses e anos. Projeto Equipe Volante/CPRJ

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
2006	01	01	04	03	03	05	10	06	14	10	06	05	68
2007	05	04	09	12	05	11	15	17	20	13	17	11	139
2008	18	13	15	20	13	14	15	09	22	15	12	08	174

Tabela 3. Acompanhamento terapêutico por meses e anos. Projeto Equipe Volante/CPRJ

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
2006	01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01
2007	0	0	01	01	01	01	03	03	01	0	0	01	12
2008	0	02	0	0	0	0	0	0	0	03	02	06	13

Tabela 4. Reuniões externas por meses e anos. Projeto Equipe Volante/CPRJ

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
2006	0	01	0	0	0	0	02	0	03	07	04	03	20
2007	02	0	02	0	0	07	04	03	07	06	03	02	36
2008	07	09	08	16	06	13	08	08	13	15	12	10	125

Tabela 5. Reuniões Internas por meses e anos. Projeto Equipe Volante/CPRJ

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
2006	0	01	01	0	02	03	04	05	08	01	01	01	27
2007	0	0	06	06	07	08	02	02	02	01	0	02	36
2008	06	09	04	05	02	05	05	04	06	05	07	04	62

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](#)