

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Avaliação em Saúde mental: o processo de
acolhimento**

Adriano Kasiorowski de Araujo

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Prática de
Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi
Tanaka

**São Paulo
2012**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

ADRIANO KASIOROWSKI DE ARAUJO

**Avaliação em Saúde mental: o processo de
acolhimento**

Adriano Kasiorowski de Araujo

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Prática de
Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi
Tanaka

**São Paulo
2012**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que a reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

À minha esposa Taline de Lima e
Costa, que com muito carinho me
acompanhou na trajetória.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Orientador, Oswaldo Yoshimi Tanaka, sempre sensível aos alcances e às dificuldades no trajeto acadêmico.

Agradeço aos Professores Edith Lauridsen-Ribeiro e Alberto Olavo Advincula Reis pelos valiosos apontamentos quanto à qualidade do trabalho.

Agradeço à Faculdade de Saúde Pública da USP que, por meio das aulas e de seus professores, propiciou o aprofundamento do tema estudado.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a consecução deste trabalho.

Araujo AK. Avaliação de Serviços de Saúde: o processo de Acolhimento [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

RESUMO

Este trabalho relata a experiência de avaliação do processo de acolhimento em saúde mental na cidade de São Paulo-SP. Baseou-se em entrevistas com os trabalhadores do CAPS adulto e de duas UBS – uma com equipe de saúde mental e outra sem essa equipe. O objetivo foi entender o estabelecimento do acolhimento nestes serviços, considerando a percepção dos trabalhadores e identificando o vínculo e a articulação da rede neste processo. Utilizou-se como abordagem metodológica a hermenêutica filosófica gadameriana, para identificar que elementos participantes do processo de acolhimento poderiam ser destacados a partir da pergunta primaz: como é o serviço de saúde mental? Procedeu-se à análise das narrativas e a partir delas se estabeleceu três linhas de argumentação: vínculo, acolhimento, e articulação da rede. Os resultados surgiram em forma de quatro categorias: sensação de *ausência*; *mistura de modelos*; primazia em *tecnologias duras*; e ineficiência quanto à *integralidade*. Estes achados foram confrontados com outro serviço de saúde: o PSF; e apenas a categoria ausência não pode ser conferida.

Descritores: Avaliação, Saúde Mental, Acolhimento.

Araujo AK. Evaluation of Health Services: hosting process [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

ABSTRACT

This paper reports the evaluation experience of hosting process in mental health care in São Paulo-SP. Based on interviews with workers in the adult CAPS and two UBS - with a mental health team and one without this team. The goal was to understand the establishment of hosting into these services, considering the perception of employees and identifying the link and network connection in this process. Was used as a methodological approach to philosophical hermeneutics of Gadamer, to identify which inner elements of the hosting process could be detached from the primate question: how is the mental health service? Proceeded to the analysis of narratives from them and were established three lines of argumentation: link, hosting, and the network connection. The results came in the form of four categories: feeling of lack, mix of models; precedence in hard technologies, and inefficient as to integrality. These findings were compared with other health service: the PSF, and only the category lack could not be checked.

Descriptors: Evaluation, Mental Health, Hosting.

ÍNDICE

Apresentação.....	9
1. Introdução	13
1.1. Sobre a Saúde Mental.....	13
1.2. Sobre Avaliação em Serviços de Saúde.....	25
1.3. Sobre o Acolhimento	29
2. Objetivos.....	32
2.1. Geral	32
2.2. Específicos.....	32
3. O Caminho Percorrido – apontamentos metodológicos.....	33
3.1. Sobre o Universo de Investigação	33
3.2. Tratamento e interpretação dos dados	35
3.2.1. Primeiro Giro – a construção das linhas de argumentação	38
3.2.2. Segundo Giro – a busca pela univocidade.....	40
3.2.3. Terceiro Giro – o destaque	41
3.3. Aspectos Éticos.....	42
4. Análise dos Relatos – O Primeiro Giro.....	43
5. Revisitando os Relatos – O Segundo Giro.....	89
5.1. Vínculo	92
5.2. Acolhimento.....	102
5.3. Articulação da rede.....	110
6. Discussão dos Resultados – O Terceiro Giro.....	121
7. Considerações finais.....	128
Referências.....	135
Currículo Lattes.....	139

Apresentação

Uma investigação, seja ela de qualquer natureza, deve surgir a partir de um incômodo naquele que pretende descobrir algo. A Saúde Mental sempre foi um campo bastante fértil para descobertas, uma vez que se caracteriza como uma área que suscita várias perguntas em quem participa de seu universo.

A investigação encontra sua fundamentação no próprio processo histórico do qual participam os serviços de Saúde Mental, pois se trata de uma avaliação dos mesmos. A avaliação em serviços de saúde tem sido cada vez mais exigida no expediente da academia e nos próprios serviços de saúde, por se tratar de uma ferramenta capaz de desvelar problemas e identificar soluções.

O campo da Saúde Mental, herdeiro de uma história ligada à loucura e às tentativas de se lidar com ela, vem nos últimos 20 anos sendo objeto de diversas mudanças e produzindo impacto nos serviços de saúde mental. Essas mudanças são, em grande parte, produto de diversos movimentos ocorridos nos principais países ocidentais, assim como na sociedade brasileira e que tem implicado transformações significativas na concepção de sofrimento mental, assim como na prática que o seu cuidado demanda.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de saúde que se constituíram como equipamentos substitutivos a um modelo manicomial

centralizam as transformações na área e agregam trabalhadores que pleiteiam por inovações no modo de cuidar.

Com respeito a esta investigação, o incômodo que interpelou o investigador situa-se nas práticas dos trabalhadores da Saúde Mental. Esses sujeitos, que dedicam suas vidas a cuidar das pessoas que experimentam algum sofrimento psíquico, têm suas práticas envoltas em ideais e realidades controversos, com limites e possibilidades muitas vezes de difícil identificação.

Contudo, o incômodo que interpela o investigador está situado no âmbito das dificuldades que os trabalhadores de saúde mental encontram em superar um antigo modelo, de fugir à lógica que o encerra. Em outras palavras, pondera sobre a própria transição desses modelos: o manicomial, com seus modos próprios de fazer; e o antimanicomial – também chamado de psicossocial, ou substitutivo, empreendendo diferentes maneiras de produzir saúde.

Com esse incômodo presente, o trabalho objetiva promover um diálogo com uma rede de saúde mental em uma região específica de uma grande cidade, tentando com isso entender como o processo de acolhimento se apresenta na citada região.

O acolhimento é tomado por objeto de estudo por se constituir em um dispositivo que expressa as transformações que os serviços de saúde vem desenvolvendo no tocante às suas práticas. Desta forma, o entendimento sobre o estabelecimento do acolhimento, bem como os processos a ele concernentes e a percepção dos trabalhadores quanto a estes fenômenos, passam a ser os objetivos desta investigação.

Para tanto, no primeiro capítulo, busca-se delimitar o tema, oferecendo um retrospecto da história da saúde mental, cujo enfoque se volta para os serviços de saúde. Em seguida, discute-se a avaliação de serviços de saúde, posicionando a concepção de avaliação com a qual o trabalho se ocupará. E finalmente, são construídos os apontamentos teóricos sobre o processo de acolhimento.

O segundo capítulo traz a descrição dos objetivos, o geral e os específicos.

O terceiro capítulo apresenta o caminho metodológico que a investigação se serve, apontando seus pressupostos, o tipo de pesquisa, o universo com o qual trabalha, os procedimentos utilizados, as fases no tratamento e interpretação dos dados, assim como as considerações sobre os aspectos éticos.

O quarto capítulo recebe o nome de Análise dos Relatos e refere-se ao primeiro diálogo estabelecido entre o intérprete e os dados. Esse capítulo é marcado por interrogações por se constituir de um momento inicial do trabalho hermenêutico.

O quinto capítulo estabelece a reconstrução do objeto de análise a partir dos fios condutores: vínculo, acolhimento e articulação da rede, buscando a univocidade da rede a partir dessas três linhas argumentativas.

O sexto capítulo encerra o círculo hermenêutico e desse encerramento se depura alguns elementos que o caminho trilhado acabou por evidenciar. Por este motivo, o capítulo recebe o nome de “Discussão dos Resultados”. Nesse momento, esses elementos são organizados em forma de categorias e são apresentados como produto da investigação.

Por fim, são expostas nas “Considerações Finais” questões julgadas relevantes que surgiram no decorrer do caminho, tratando do limite que uma pesquisa com essas características e esse desenho metodológico tem; assim como o possível alcance para o estudo do tema proposto.

1. Introdução

1.1. Sobre a Saúde Mental

Para avaliar um serviço de saúde faz-se necessário um itinerário pela história que o precede. Embora a loucura seja tão antiga quanto a própria humanidade, possivelmente por ter esta característica humana, tentar-se-á discorrer sobre alguns pontos capazes de suscitar uma reflexão acerca de seu desenvolvimento pela história que ampare a análise sobre como se tem tratado desse fenômeno na atualidade, enfocando os serviços de saúde que se implicam neste assunto.

No século XVII, em um contexto de desorganização social e crise econômica por conta da mudança no modo de produção, houve na Europa uma clausura maciça de pessoas. Todos que de certa forma deflagravam os problemas da sociedade da época eram hospitalizados. A saúde era instrumento de controle da ordem e de higienizações.

Sob a justificativa do desvio ergueram-se os muros do manicômio para retirar da sociedade os desviados, alienados ou loucos.

No século XIX, na França, a partir da Lei de 1838, que coloca os alienados sob a tutela do Estado, legitimando a psiquiatria e o modelo manicomial como a forma de se lidar com os indivíduos que possam causar prejuízos à sociedade. Essa Lei influenciou e ainda influencia o Ocidente até o século XXI.

A partir de então, o alienado mental passa a ter o seu “local de tratamento” e este era mantido pelo Estado. O tratamento aqui consistia no isolamento com o objetivo de afastar do desviado os estímulos que causavam o seu desvio e a exaltação das idéias. Esse era o tratamento moral^{26, 29} e agregado a ele vieram as primeiras categorizações, inspiradas pela ciência moderna em sua pretensão de tudo prever e controlar.

Nessa época reinavam as idéias de irresponsabilidade, degeneração, periculosidade, incurabilidade e cronicidade que até hoje influenciam os trabalhos em saúde mental.

Após a Segunda Guerra Mundial, com a reconstrução do mundo, com o crescimento econômico, a participação de movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade às diferenças, a comunidade internacional inicia tentativas de alterações das instituições manicomiais.

No Canadá, em Quebec, houve a chamada revolução tranqüila, iniciada nos anos 60 que promoveu mudanças na vida política e econômica, na informação, na saúde e na educação daquele país. Em 1962 foi criada uma comissão de inquérito sobre a situação dos hospitais psiquiátricos, sendo proibido o estabelecimento de novos hospitais. Neste contexto, a doença mental começou a ser encarada como qualquer outra, o que mostra a tentativa de uma mudança no paradigma. O sistema de saúde como um todo passou a oferecer serviços de saúde a partir da noção de grupos de risco, isto é, a identificação dos grupos populacionais com maior exposição a riscos. O modelo trabalha com estudos epidemiológicos para lidar com indivíduos e populações de risco, permitindo iniciativas de prevenção. Essa modalidade de atendimento permite que se possa se adiantar à demanda, evitando gastos e

fazendo-se investimentos segundo as necessidades dos grupos populacionais. Outro benefício desse modelo, segundo Desviat²⁶ é que “pessoas com um conhecimento dos fatores de risco em matéria de saúde respondiam mais cedo, reconhecendo com mais facilidade a necessidade de um atendimento sanitário”.

O processo de desinstitucionalização em Quebec seguiu os objetivos da saúde em geral: descentralização e regionalização dos serviços, suspensão da construção de novos hospitais psiquiátricos, construção de serviços de hospitalização nos hospitais gerais e criação de redes alternativas e de um escritório no Ministério da Saúde. Tratava-se de um sistema gratuito, universal e acessível, com serviços complementares de reabilitação e prevenção. Conforme aponta Desviat²⁶, o modelo canadense seguia os princípios psicodinâmico, humanista e comunitário, fazendo uma interface entre a psiquiatria francesa e norte-americana, juntamente com a eficácia britânica.

A reforma canadense apresenta alguns limites que dizem respeito a questões como tempo de espera em emergências, poucos psiquiatras, apesar de um crescente número de serviços, a definição dos papéis não era clara, com uma relação deficitária entre eles, provocando descontinuidade nos serviços.

Na Espanha, a transformação da assistência se deve em grande medida às lutas dos profissionais que imprimiam a denúncia ao modelo hospitalocêntrico e defendiam um modelo comunitário e alternativo, de reabilitação e reinserção social, em conjunto com a assistência social.

O sistema espanhol preconizava por um atendimento comunitário, universalista, territorializado e um sistema de atenção primária.

Em 1986 foi promulgada a Lei Geral de Saúde e a partir dela houve uma integração dos recursos da saúde, a divisão em zonas e a integração da saúde mental no sistema geral de saúde.

Uma das mais exitosas experiências se deu na zona sul da cidade de Madri que aqui tem especial interesse por se tratar de uma grande metrópole. Trata-se da reforma do hospital Leganés, que durou seis anos e transformou o antigo manicômio em uma rede de cuidados.

Os objetivos do programa empreendido em Madri foram: integração da psiquiatria no sistema sanitário geral, em um nível secundário e especializado, com apoio ao atendimento primário e aos serviços sociais e de interconsulta com o restante das especialidades médicas; territorialização dos serviços, seguindo o zoneamento sanitário da comunidade de Madri; cobertura a toda população; atendimento prioritário aos grupos de risco; continuidade do atendimento; participação dos usuários e familiares; e reciclagem dos profissionais, com formação contínua e pós-graduação, além de pesquisas para o desenvolvimento assistencial.

As características de cada país e seu sistema sanitário delineiam as nuances de cada processo de reforma, no entanto, conforme Desviat²⁶, existem três eixos fundamentais em todas elas: o primeiro diz respeito a divisão em zonas, sendo na França o setor, na Itália o território, na Inglaterra e Espanha as áreas. O segundo trata da continuidade do atendimento. Sendo o terceiro a integração dos níveis de atendimento. Estes fundamentos foram incorporados pelo Brasil e fazem parte das diretrizes do SUS.

Sem dúvida a experiência italiana é a que mais influenciou a reforma psiquiátrica no Brasil. Suas características são resumidas por Tansella & Williams⁵³, citado por Desviat²⁶:

1 – o desaparecimento dos hospitais psiquiátricos foi entendido como um processo gradativo (mediante a não realização de novas internações, mais do que como a saída de pacientes crônicos das instituições);

2 – os novos serviços foram mais projetados como alternativos do que como complementares ou adicionais aos hospitais psiquiátricos;

3 – a psiquiatria hospitalar é que devia ser complementar ao serviço de atendimento comunitário, não o inverso;

4 – Interação completa entre os diferentes serviços, dentro das diferentes áreas geográficas que serviam de marco para o tratamento psiquiátrico. Uma mesma equipe deveria ministrar os serviços domiciliares, ambulatoriais e de internação. Esse modelo de serviço de saúde facilitava a continuação do atendimento e o apoio em longo prazo;

5 – Interesse especial em apoiar o trabalho das equipes interdisciplinares, as visitas domiciliares e as internações em momentos de crise, além de um acesso facilitado aos centros de saúde mental.

Na América Latina houve um encontro regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica nas Américas, acontecido em Caracas, em Novembro de 1990, onde se definiram os parâmetros para o projeto de reforma psiquiátrica da região. A chamada Declaração de Caracas⁵⁶ inaugura formalmente a necessidade de se atentar para as questões de saúde mental nos países ibero-americanos. Tratando da necessidade de se ater aos

recursos terapêuticos, respeitando os direitos humanos e civis das pessoas que sofriam de transtornos mentais.

No Brasil, o contexto do surgimento das primeiras instituições de alienados foi inspirado pela necessidade de manutenção da ordem e da paz social. As Casas de Misericórdia foram um dos primeiros destinos dessas pessoas, mas com um caráter asilar e sem fundamentos terapêuticos ou curativos. Esse viés relaciona os binômios ordem-desordem e saúde-doença. As medidas então são de reprimir a doença/desordem para manter a saúde/ordem⁵⁵.

Logo após a Proclamação da República, sob a ideologia do Estado Laico, a psiquiatria empírica dá lugar à científica, a qual reivindica para os médicos o controle das instituições de saúde. No entanto, nada de terapêutico era verificado, buscavam a criação de colônias agrícolas nas quais os loucos pudessem trabalhar, mas sem nenhum ganho psicossocial. Na década de 50 a situação era caótica, superlotação, maus tratos, condições precárias de cuidados pessoais, etc., faziam parte da realidade dessas instituições.

A persistência dessa situação e experiências inovadoras na Europa e nos Estados Unidos fazem brotar a necessidade de se pensar uma nova forma de atendimento a pessoas com sofrimento mental.

Em 1987, em Bauru, no Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental se discute e se lança o desafio “por uma sociedade sem manicômios”, instituindo-se assim o dia 18 de Maio como o dia Nacional de Luta Antimanicomial. Nesse contexto, os psiquiatras já não são os únicos trabalhadores da saúde mental e a visão do tratamento da loucura começa a se

desvencilhar da medicina e passa a ter um viés mais social e socializante. A discussão toma o sentido de que o isolamento apenas contribui para o agravamento da situação da loucura e que se deve instrumentalizar o trabalho junto à cultura e aos mecanismos sociais¹⁷.

A partir desse momento iniciam-se várias discussões em torno das diretrizes que regeriam esta nova proposta de política de atenção à saúde mental.

A I Conferência de Saúde Mental⁸ deu-se em 1987, sendo considerada como o marco histórico que iniciaria as discussões sobre a saúde mental no Brasil. Cumprindo com as determinações da 8ª Conferência Nacional de Saúde¹¹, trata das seguintes áreas temáticas:

I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;

II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;

III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Conforme o relatório final da I Conferência de Saúde Mental, o primeiro tema se debruça sobre o contexto pelo qual atravessava o país, tendo como enfoque primordial a concentração de renda e as desigualdades sociais próprias do modelo de organização social da época. Trata do fluxo migratório do campo para a cidade, acentuando as péssimas condições de saúde da população. Discute que o movimento social ocasionado traria a necessidade de uma ampliação do conceito de saúde e que deveria haver uma mudança nas

condições materiais de vida devido às altas taxas de morbidade e acidentes de trabalho.

A ampliação do conceito de saúde pública deveria proporcionar uma reformulação das políticas sociais em todo o Estado brasileiro.

O texto da conferência denuncia o campo da saúde mental como exercendo um papel social que apenas classificava e excluía os “incapacitados” para o sistema de produção, afastando-os do convívio social por não se adequarem ao sistema capitalista. Situando o trabalho em saúde mental como eminentemente autoritário e cumprindo com a função de dominação social.

Assim, anuncia⁸:

É mister combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde. (s/p.)

A concepção acima exposta sintetiza o momento pelo qual o país atravessava, em plena estruturação do SUS e em processo de elaboração da nova carta constitucional. Por estas circunstâncias sociais que a denúncia do autoritarismo da saúde foi capaz de transformar esta primeira conferência em marco histórico e afirmar o modelo substitutivo ao hospitalocêntrico.

O segundo tema, “reforma sanitária e reorganização da assistência em saúde mental”, inaugura os conceitos e dá corpo às novas práticas que iriam se sedimentar no transcurso histórico. É dividido em: princípios gerais, princípios básicos, reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços, e política de recursos

humanos. Os primeiros reafirmam os princípios da reforma sanitária, enfatizando a participação popular com poder decisório.

O segundo delinea alguns dos princípios do Sistema Único de Saúde Pública: gratuita, descentralizada, regionalizada e hierarquizada, situando-a como dever do Estado e controlada pela sociedade civil, bem como trata de questões referentes a financiamento, a política farmacêutica, e as normatizações nos três níveis de governo.

O terceiro aspecto, mais específico da área, trata do modelo gerencial, enfocando para a formação de conselhos locais; do modelo assistencial, priorizando a mudança da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica para um sistema extra-hospitalar e multiprofissional. Vale ressaltar que neste ponto ainda não era corrente o termo equipamento substitutivo, que viria a ser a síntese do novo modelo, o psicossocial²⁴. Trata, ainda, da necessidade de se intervir impedindo novas internações hospitalares, da fiscalização destas e da reabilitação a cronificados e egressos de longa internação

Finalmente, quanto à política de recursos humanos, a conferência aborda a democratização do acesso por meio de concursos públicos, plano de carreira multiprofissional, supervisões técnicas da equipe, etc.

Esses aspectos irão nortear as políticas na área que viriam a surgir.

O último tema, referente à cidadania, aponta que o tratamento em saúde mental deve estar inserido na sociedade de maneira a garantir acesso aos bens materiais e culturais. E oferece, orientado por este fito,

recomendações à carta constitucional para a conquista e manutenção desses direitos, inclusive com a revisão dos códigos civil e penal.

Em 1992 acontece a II Conferência de Saúde Mental⁹, com as áreas temáticas:

- I – Crise, Democracia e Reforma Psiquiátrica;
- II – Modelos de Atenção em Saúde Mental;
- III – Direitos de Cidadania.

Ao mesmo tempo em que se percebe uma tentativa de aprofundamento dos debates levantados pela primeira conferência, o relatório da segunda marca o estabelecimento de um movimento contrário às propostas, oriundo sobretudo das organizações médicas e psiquiátricas, transformando a conferência em um verdadeiro campo de batalha político-ideológico. O conselho de medicina baixa portarias que contrariam os princípios reformistas; seus apontamentos acirram o embate e interferem nas discussões políticas daquele momento histórico, uma vez que a partir de 1989 começa a tramitar no poder legislativo a Lei da Reforma Psiquiátrica^{15, 24}, a qual seria aprovada com alterações ao texto inicial apenas em 2001, ano em que ocorre a III Conferência de Saúde Mental¹⁰.

O texto da terceira conferência deixa transparecer dois aspectos fundamentais, o primeiro diz respeito à vitória do movimento reformista, objetivado pela promulgação da Lei; o segundo, a necessidade de mostrar que o novo modelo teria condições de ser aplicado conforme seus princípios. Trabalhando com o tema central “cuidar sim, excluir não”, cujas discussões levantadas foram:

- I – Reorientação do modelo assistencial em saúde mental;

II – Recursos humanos;

III – Financiamento;

IV – Acessibilidade;

V – Direitos e Cidadania;

VI – Controle Social.

Cada item acima referido segue o modelo de definir os princípios e diretrizes na tentativa de encerrar normativamente o trabalho em saúde mental, compreendendo sua complexidade e já aprimorando as experiências que vinham sendo feitas em diversos municípios do país.

No decorrer deste ciclo de discussões, cria-se a portaria 336¹⁶ que estabelece as normas dos dispositivos substitutivos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). Dentre suas características está a regionalização com vistas à manutenção do usuário em sua comunidade, mantendo assim, um diálogo constante com a atenção básica.

Segundo o manual dos CAPS¹⁹, este precisa:

a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;

b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;

c) realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica;

d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

Em todas as conferências de saúde mental referenciadas a organização dos serviços e a cidadania, como conquista de defesa de direitos, são temas discutidos. A última delas, ao trazer o tema: cuidar sim, excluir não, traduz justamente essas tentativas, já que o processo histórico mostrou necessário encontrar meios de oferecer formas de tratamento a pessoas com sofrimento psíquico sem com isso ter de excluí-las do convívio social. Neste sentido, e por sua presença constante, que se verifica após 10 anos da Lei da reforma psiquiátrica ter sido aprovada, a necessidade de avaliar o contexto atual dos serviços de saúde mental, se eles conseguem ou não cumprir com essa necessidade de cuidar de pessoas sobre as quais assenta o estigma de incapacitados ou perigosos para a sociedade.

A história construída sobre essas bases e que tenta transformar os discursos e práticas por meio de movimentos sociais e de leis normativas, deve mostrar, quando trazida para a realidade dos serviços, até onde as mudanças alcançaram êxito ou precisam de aprimoramentos.

1.2. Sobre Avaliação em Serviços de Saúde

Para se tratar de avaliação, toma-se como base os trabalhos contidos no livro “Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental”, tendo Onocko *et al.* como organizadores⁴⁷. A escolha desse trabalho para subsidiar a discussão acerca da avaliação se deve à tentativa de uma coerência teórica, tendo em vista que se trata de uma pesquisa de caráter qualitativo – tema discutido no referido livro; bem como com pressupostos amplamente influenciados pela hermenêutica³⁶, disciplina com a qual o estudo pretende um caminho metodológico.

A avaliação em saúde passa a ganhar espaço nas discussões técnicas e científicas a partir da década de 1980. Neste período, em diversos países do mundo, surge a necessidade de reorganizar os serviços de saúde com o fundamento de economizar recursos, garantindo qualidade na assistência. E, há neste contexto, o pressuposto de que para se administrar melhor é preciso avaliar a estrutura, o processo e os resultados, colocando a avaliação como ferramenta ligada ao planejamento em saúde⁴⁹.

A avaliação na Saúde Pública surge como necessidade no Brasil, na década de 1990, sendo inaugurada por uma discussão de Hartz³⁷, que postula o caráter administrativo implícito nas iniciativas de avaliação em saúde, buscando apontar seu papel como instrumento de gestão.

Deste marco inicial, o tema passa a ser entendido a partir de diversos pontos: com respeito a *o quê* avaliar; ao *porquê* avaliar; e finalmente

quem avalia. Transmitindo para a questão da avaliação inspirações teóricas e técnicas debatidas em outras esferas da sociedade. Como exemplo, pode-se citar o problema da divisão social do trabalho, isto é, se quem avalia está separado de quem é avaliado⁴⁹.

Outro ponto importante no debate se coloca em como garantir a validade de uma avaliação. Validade caracterizada na maior parte das vezes pelo método utilizado para se chegar ao resultado da avaliação. Esta segurança dispensada ao método segue os mesmos princípios da ciência moderna, que arroga sobre si a capacidade de responder às perguntas ou formular leis gerais³⁶.

Essas características vão aumentando a complexidade do tema avaliação em saúde; e ao mesmo tempo diversas soluções sendo criadas, tanto inspiradas pelas ciências positivistas como pelas ciências históricas.

A avaliação em saúde pode ser considerada como um processo que visa a medição, comparação e a emissão de um juízo de valor⁵². Sendo essa última dimensão a que se apresenta passível de uma intersecção.

Mas como se chega a esse juízo de valor³⁵? A hermenêutica³⁶ pode contribuir com esta discussão já que atribui à linguagem a característica eminentemente humana de se chegar a tal juízo, por meio das mediações possíveis que vão acontecer no mundo de compartilhamentos da experiência humana.

O resultado que se pretende com a hermenêutica visa uma aproximação da realidade. O valor da avaliação, ou, na concepção hermenêutica, a validade do conhecimento que surge está colocado sobre a relação que o intérprete estabelece com a coisa (seu objeto de análise),

partindo de seus conhecimentos prévios num movimento dialético com o enunciado pelo texto, relato, ou objeto.

Situando sobre o campo específico da Saúde Mental, segundo a perspectiva hermenêutica, tem-se que o interesse se volta para os processos de trabalho que ali acontecem, tomando como tema as práticas nos serviços de saúde. Essas práticas são entendidas como processos de trabalho e constituem-se na dimensão instituinte da avaliação⁴⁹. Quando se analisa uma instituição e se enfoca os processos que acontecem em seu interior, esta dimensão é considerada instituinte, por se entender que o processo de trabalho guarda em si a potência de alterar o instituído, caracterizado pela forma de organização.

Assim, conforme essa concepção, busca-se questionar os sujeitos participantes do processo de trabalho acerca do tema investigado e as possíveis respostas são colocadas em suspensão de sentido, para que o novo, ou o juízo, possa ser emitido, tendo-o sempre como uma aproximação que se dá em um tempo e espaço determinados e podendo ser “re-questionado” sempre.

No entendimento de Ayres⁴, a avaliação em saúde deve focar essa dimensão prática do cotidiano, ou seja, as relações microscópicas e não macroscópicas no acontecer do fazer saúde. Para esse autor, avaliar segundo a hermenêutica é considerar que a linguagem é diálogo. Trata-se de um modo de participar do mundo vivido; a essência do diálogo está na dialética da pergunta e resposta; e a verdade seria alcançada por meio da fusão de horizontes.

Para tanto, é preciso recorrer ao conceito de aplicação hermenêutica, que segundo o autor é o próprio tema da conversa que acontece⁴. No caso específico desta pesquisa, o tema é acolhimento e esse se constitui no elemento que precipita os questionamentos.

A avaliação em saúde, quando entendida a partir de um pressuposto qualitativo, procura apreender o caráter instituinte nos serviços de saúde, isto é, não se restringe à forma, ou à estrutura do serviço, por ser esta parte do instituído, nem nos resultados como o produto esperado a partir das metas estabelecidas, baseados em uma normatividade precedente. Mas dedica-se aos processos de trabalho, modalidade instituinte que indica movimento e transformação do instituído⁴⁹.

Essa característica, entendida aqui como consoante com a função hermenêutica, pois considera a possibilidade histórica que as práticas carregam de transformar o estabelecido em algo novo.

Quando se visita apontamentos sobre o tema aqui proposto, o acolhimento, e identifica-o como um processo capaz de operar mudanças no modelo assistencial em saúde³⁰, essa capacidade guarda a potencialidade de se aproximar da realidade a partir da aplicação proposta, isto é, chegar à compreensão de como o acolhimento tem acontecido em determinada região, composta por serviços de saúde específicos e prestando atendimentos com características peculiares.

1.3. Sobre o Acolhimento

No sentido de avaliar os serviços a partir das relações microscópicas, baseado no fazer saúde, o trabalho se dedica à investigação do acolhimento nos serviços de saúde mental.

Tornou-se comum se falar em acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde, no entanto, quando se verifica alguns trabalhos acerca do assunto, logo se percebe a utilização dessa palavra para designar processos de trabalho que mantêm sua operacionalidade muito próxima de uma triagem^{22, 25, 30, 51}, ou seja, embora o vocabulário entre os profissionais tenha se alterado, o fazer permanece mediado por uma lógica de princípios diferentes.

A diferença nos princípios pode ser balizada sobre a discussão do que se objetiva com uma ou outra modalidade de intervenção, isto é, o usuário que busca o serviço de saúde o faz movido por seu problema de saúde. O profissional que o recebe e, sobretudo, como o recebe, o faz mediado pelo que sabe fazer em saúde.

Triagem vem do verbo triar e, segundo o dicionário online de português²⁷ quer dizer “seleção, escolha, separação de alguns entre muitos”. Ao passo que acolher, segundo o mesmo dicionário, refere-se a “receber alguém bem ou mal, hospedar, agasalhar, aceitar, receber, abrigar-se, refugiar-se”. O primeiro aponta para uma separação e o segundo para uma recepção.

A triagem, vinculada a uma modalidade específica de fazer saúde, ligada à lógica do saber médico hegemônico^{2, 33, 39, 40}, que se tornou, com o avanço do capital, cada vez mais dependente de tecnologias, encerrando a

assistência em saúde em prescrições medicamentosas, produção de exames, e encaminhamentos a especialistas; posicionando os usuários dos serviços como organismos biológicos e seus problemas como objetos de saberes cada vez mais segmentados.

Conforme foi pontuado, a 8ª Conferência Nacional de Saúde¹¹, estabelecida como marco histórico de construção do SUS, define os princípios de uma saúde pública como direito de todos e em defesa da vida. Esses princípios implicam alterações operativas quanto ao trabalho em saúde.

Cabe apontar que já nessa conferência é debatido que, para a concretização destes princípios, novos parâmetros devem ser construídos; bem como transformações nos paradigmas com os quais a saúde se serve devem ser alterados.

O acolhimento passa a ser discutido como uma diretriz operacional³⁰, isto é, potencialmente transformadora desses paradigmas, pois tenta concentrar esses princípios na concretude do cotidiano dos serviços.

Franco³⁰ compreende o acolhimento como um espaço intercessor que produz uma relação de escuta e responsabilização, a primeira garante a formação de vínculo com o usuário e a segunda traduz-se como o compromisso com os projetos de intervenção que surgirão dessa relação. O autor refere que é através desse espaço que o trabalhador utilizará sua tecnologia, seu saber, e onde o usuário se verá como sujeito da produção de sua saúde e não um mero objeto de um saber impessoal.

As características subjacentes ao acolhimento podem ser resumidas da seguinte forma³⁰:

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (p.347)

A penetração desses princípios na realidade dos serviços de saúde, para além da mudança na nomenclatura de velhas práticas, produzindo uma efetiva transformação nos serviços, traduz-se como um processo que precisa ser explorado e entendido.

O problema da alteração na linguagem sem a correspondente alteração nas práticas ou as dificuldades que os serviços atravessam para implementar o processo de acolhimento, de maneira a produzir saúde de forma mais resolutiva, mais integralizada, mais econômica e mais humanizada passa a ser uma necessidade premente para a saúde pública.

A avaliação quanto aos aspectos que perpassam a aplicação do acolhimento busca justamente focar estas práticas circunscritas no cotidiano dos serviços de saúde.

2. Objetivos

2.1. Geral

Avaliar como o processo de acolhimento se estabelece na rede de saúde mental em uma região do município de São Paulo.

2.2. Específicos

Verificar como os trabalhadores percebem o serviço de saúde em que trabalham: UBS e CAPS.

Identificar elementos implicados no processo de acolhimento da região, considerando o vínculo e a articulação da rede.

3. O Caminho Percorrido – apontamentos metodológicos

3.1. Sobre o Universo de Investigação

A pesquisa estabeleceu como universo de investigação a rede de saúde mental da Supervisão Técnica de Saúde Butantã, que compõe a Coordenação de Saúde da Região Centro-Oeste da cidade de São Paulo.

Esta região é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Pronto-Socorro, Ambulatório de especialidades, e Centros de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS).

Os dados com os quais a pesquisa trabalha são secundários, oriundos de coleta realizada em pesquisa anterior, no ano de 2006, através de entrevistas realizadas com profissionais de duas UBS e um CAPS adulto.

No total foram realizadas entrevistas com seis profissionais, dois de uma UBS que não dispõe de equipe de saúde mental – a qual foi identificada como UBS A, sendo um auxiliar de enfermagem e um médico clínico geral; dois de uma UBS que possui equipe de saúde mental – a qual é tratada como UBS B, sendo um psicólogo e um médico psiquiatra; e, finalmente, dois do CAPS adulto, sendo um psicólogo e um médico psiquiatra.

Para manter a confidencialidade dos sujeitos entrevistados, optou-se por tratar todos os profissionais pelo gênero masculino, uma vez que esta opção não compromete o teor dos relatos dos profissionais entrevistados.

Em alguns momentos os relatos mencionam outras duas UBS, às quais são referidas como UBS X e UBS Y. Neste mesmo sentido, os nomes e

demais dados que pudessem identificar os sujeitos ou os serviços foram alterados ou omitidos.

O instrumento de coleta de dados baseou-se em entrevista aberta com a seguinte questão: Fale sobre o serviço de saúde mental.

3.2. Tratamento e interpretação dos dados

O trabalho investiu em uma investigação de caráter qualitativo, esse caráter manifesta-se quando se opera sobre o campo da intencionalidade dos sujeitos, inseridos em um mundo de compartilhamentos³⁶, no qual a linguagem se constitui como a forma de existência dos sujeitos.

Conforme salienta Minayo⁴³:

Metodologia de pesquisa qualitativa entendida como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (p.10)

Neste sentido, Gadamer³⁶ aponta que a busca pela verdade é possível quando há um questionamento histórico-conceitual com a experiência objetiva do seu tema.

O tema com o qual o trabalho pretendeu dedicar-se na busca pela verdade é o processo de acolhimento em uma rede municipal de saúde de uma grande cidade. E o questionamento histórico-conceitual é levado a cabo a partir dos relatos dos profissionais dessa rede, sua experiência objetiva é, portanto, transcrita em forma de linguagem.

O tratamento e interpretação dos dados seguem o que é chamado pela Hermenêutica gadameriana como “caminho de pensamento”³⁶. A própria finitude da experiência é posta em perspectiva, não buscando afirmar ou negar determinadas leis gerais, senão, compreender seu acontecimento dentro de um contexto.

Neste sentido, Spink & Lima *apud* Onocko Campos⁴⁴ entendem que:

(...) o rigor da pesquisa qualitativa estaria mais na explicação do processo de interpretação do que na estratégia consagrada de privilegiar o desenho da

pesquisa (método). 'O rigor passa a ser concebido como a possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo'. (p. 297)

Assim, por se tratar de uma pesquisa no âmbito da Saúde Mental, houve a necessidade de se fazer uma breve retrospectiva dessa área, enfocando, contudo, aspectos concernentes às conferências nacionais de saúde mental^{8, 9, 10} que aconteceram até a data da coleta dos dados. Isto é, há um momento preliminar no qual se considera as mudanças que a sociedade brasileira atravessa, expressas pelas três conferências, de 1987, de 1990 e de 2001.

Os relatórios das três primeiras conferências oferecem o entendimento prévio sobre o contexto com o qual a Saúde Mental encontra as formas de se objetivar enquanto serviços de saúde e modelos de assistência e possibilita a argumentação posterior.

A necessidade desse levantamento histórico é coerente com a iniciativa de busca pela verdade, conforme pretende a hermenêutica gadameriana.

Ao tratar do círculo hermenêutico, Gadamer³⁶ o descreve como um jogo constante do movimento da concepção prévia e do movimento do intérprete/investigador. Essa concepção prévia é o guia, ou o orientador da compreensão. É na historicidade desse movimento que a compreensão se situa, pois, ao indagar sobre os efeitos do passado no presente da coisa, mantém-se aberto o caminho de afirmação e negação do objeto.

Assim, o objeto de estudo, os sujeitos da pesquisa, e o próprio investigador estão inscritos na história. E, da mesma forma, os efeitos dessa história se mostram quando se alcança a interpretação. Evidencia-se nesse processo a própria relação entre as partes com o todo e deste com aquelas.

Em termos de procedimentos, o trabalho hermenêutico atribui importância fundamental à aplicação³⁶. Isto é, quando os dados orientados pela questão que os perturbou são entendidos a partir da situação atual do intérprete, quando são relacionados à vida corrente. A tarefa da aplicação é concretizar o círculo hermenêutico. Para o autor, compreender é sempre um processo produtivo, assim, o intérprete passa pelo mesmo objeto várias vezes, e nestes giros a compreensão vai se construindo.

O processo de interpretação constitui então o próprio movimento que leva à fala a partir da coisa. Para Gadamer³⁶, “*o ser que pode ser compreendido é linguagem*” (p.612). E nesse sentido aborda a questão da universalidade do conhecimento. Enquanto estrutura ontológica universal é a constituição fundamental de tudo aquilo a que a compreensão pode se voltar. Transformada em linguagem, a coisa alcança o sentido universal.

O caminho de pensamento empreendido pelo presente trabalho, parte das concepções prévias que buscam o contexto no qual as práticas profissionais acontecem e onde o processo de acolhimento se instaura.

O momento seguinte diz respeito ao contato do intérprete com os relatos e interpelado pela seguinte questão: como é o serviço de saúde mental nesta região? Conforme Gadamer³⁶ a pergunta exige uma construção que traz à fala e estabelece o orientado para a compreensão, mantendo a primazia da pergunta ao objeto. E é neste momento que a aplicação do acolhimento – enquanto objeto desse diálogo – começa a tomar forma.

3.2.1. Primeiro Giro – a construção das linhas de argumentação

A partir dos relatos, foram construídas três linhas de argumentação, partindo da noção de fusão de horizontes^{4, 6, 36} algumas questões foram levantadas, utilizando o acolhimento como tema. Como se parte do princípio (concepção prévia) segundo o qual acolhimento seria um espaço intercessor³⁰, onde há uma relação entre subjetividades, o elemento vínculo se torna um importante analisador deste aspecto, pois sobre ele se situam as ligações entre os sujeitos envolvidos²³. Outra faceta do acolhimento é considerada quando esse é descrito como diretriz operacional do serviço³⁰, isto é, como ferramenta capaz de reorganizar a rede de cuidados. Dessa forma, se estabelece como outro elemento de análise a articulação da rede.

Portanto, o primeiro contato com os relatos guia a interpretação por meio dessas três linhas de argumentação: vínculo, acolhimento, e articulação da rede.

Uma primeira visita aos dados, enquanto um todo sendo questionado pelas linhas de argumentação, direcionou o trabalho para a construção das descrições, em um primeiro momento individualizadas, relato por relato.

Essa etapa é eminentemente interrogativa, ou seja, o intérprete se mantém construindo seus questionamentos aos dados, criando um debate com eles concomitantemente, cumprindo com a premissa segundo a qual “a compreensão nunca é um comportamento meramente reprodutivo, mas também e sempre produtivo”³⁶.

Assim, intérprete e coisa (dados) se chocam, produzindo algo novo e levantando a diversos questionamentos acerca daquelas linhas de argumentação.

O choque acima mencionado se dá no decorrer do diálogo com os dados, pois a necessidade de contrapô-los com pressupostos teóricos vai se desenhando, o que possibilita aos relatos permanecerem abertos às perguntas que vão sendo levantadas.

Essa fase é marcada por uma presença bastante freqüente dos discursos, tal como são emitidos, com o fito de serem problematizados.

3.2.2. Segundo Giro – a busca pela univocidade

Esta fase da interpretação baseou-se na tentativa de responder às diversas questões levantadas na fase anterior.

As linhas de argumentação continuaram guiando a análise, mas agora não mais pelas partes, senão na busca por uma univocidade dos dados, isto é, trazendo fala à rede como um todo, e em relação.

O diálogo proporcionado entre os dados e o intérprete produziu o parto⁴⁴ de pontos não vistos ou percebidos anteriormente. Esses pontos são considerados aquilo que se conservou no processo de produção do trabalho hermenêutico. Assim, estes elementos foram levados à discussão dos resultados de forma a lapidá-los nesta que foi considerada a última fase do processo interpretativo.

3.2.3. Terceiro Giro – o destaque

Ao tratar da dialética, Gadamer³⁶ expressa:

A colocação de uma pergunta pressupõe abertura, mas também delimitação. Implica uma fixação expressa dos pressupostos vigentes, a partir dos quais se mostra o que está em questão, aquilo que permanece em aberto. (p.475).

A terceira fase recebeu o nome de discussão dos resultados, pois evidenciou aquilo que permaneceu em aberto no decorrer de todo o trabalho. Longe de esgotá-los, o caminho do pensamento erigido no trabalho permitiu trazê-los à luz ou dar-lhes forma.

Essa vinda à luz é produto do próprio processo empreendido e, por se tratar de serviços de saúde, nesta fase o autor se permitiu expor os resultados em forma de categorias que pudessem carregar a representação do que foi averiguado pela pesquisa.

Gadamer³⁶ orienta que “o fenômeno hermenêutico devolve aqui a sua própria universalidade à constituição ontológica do compreendido” (p.612).

Assim, os aspectos que surgiram e foram categorizados permitem uma abertura tal, como analisadores da rede, que leva a indagações sobre sua ocorrência ser circunscrita à realidade local ou mesmo poder ser verificada em outras regiões de características semelhantes. Cumprindo com o objetivo da interpretação que é promover essa aproximação com a realidade.

3.3. Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o qual o analisou baseado na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, protocolo nº 2235, intitulado **Avaliação em Saúde Mental: o processo de acolhimento**, sob responsabilidade do pesquisador **Adriano Kasiorowski de Araujo** e orientação do Professor Dr. **Oswaldo Yoshimi Tanaka**.

Assim, por suas características e conforme Res. CNS 196/96, IV. 3, c; prescinde de termo de consentimento livre e esclarecido.

4. Análise dos Relatos – O Primeiro Giro

O processo de acolhimento é considerado por alguns autores^{25, 30, 50, 51} como uma nova postura no processo de trabalho de produção de saúde. Essa nova postura coloca como elementar a questão da produção de vínculo e responsabilização do profissional na relação com o usuário. Segundo Franco³⁰ o encontro entre um profissional de saúde e um usuário do serviço produz uma relação na qual as tecnologias leves devem estar presentes para promover o trabalho clínico, essas tecnologias dizem respeito aos processos relacionais que acontecem entre as expectativas dos usuários de saúde e a oferta técnica dos produtos de saúde, isto é, da relação entre usuário com necessidade de saúde e serviço como dispositivo capaz de supri-la. Franco³⁰ descreve essa relação como clínica, uma vez que toma as necessidades como o centro e oferece recursos capazes de promover uma reabilitação ou reorganização no modo de levar a vida, alterada por determinada queixa de saúde. Contudo, o produto, ou, conforme Campos²³, “A Obra” somente é operada segundo os coeficientes de vínculo produzidos na própria relação clínica. O vínculo em saúde propicia responsabilização pela queixa de saúde e sua resolutividade. A responsabilização, no entanto, é marcada pela aliança feita entre profissional e usuário com a finalidade de sanar os problemas de saúde.

O Auxiliar de Enfermagem

Ao se voltar para o discurso do profissional auxiliar de enfermagem da UBS – que aqui será tratada como UBS A, percebe-se que a questão do vínculo perpassa seu trabalho cotidianamente e que isso acaba por

torná-la referência na unidade em que desempenha seus serviços, como é possível notar na seguinte passagem: “*É muito procurado pelos moradores da região, é bem conhecido*”.

Como se pode verificar, o profissional em questão é muito solicitado, a procura de algo está diretamente ligada à experiência individual que se liga ao familiar, isto é, o indivíduo que vivencia determinado problema busca a resposta ou a solução ao mesmo frente às suas experiências anteriores, pois isso encurta o caminho da consecução de seu problema.

Essa busca torna-se mais econômica quando baseada nos êxitos de experiências anteriores e quando auxiliada por elementos familiares. A resposta a um problema novo está mediada por estas experiências anteriores que guardam o familiar como oriente para o surgimento do novo nas relações. Busca-se, antes, o conhecido para lidar com o desconhecido, o familiar para lidar com o diverso.

Quando o auxiliar refere que é muito conhecido pelos moradores, é percebido como o atalho entre a necessidade de saúde e sua solução. Contudo, esse conhecimento se apresenta como uma condição bastante particular quando se analisa o conjunto dos discursos, uma vez que a característica de ser conhecido ou fazer-se conhecer está na postura pessoal do profissional. Uma afirmativa como essa é possível ao se comparar os demais relatos, nos quais a impessoalidade do tratamento se atrela ao discurso técnico dos demais profissionais. Segundo Ayres^{3, 5}, um problema da lógica formal que embasa os trabalhos em saúde está na confiança investida no saber técnico como aquele capaz de proporcionar o bem, pois estaria do lado da verdade. Em outras palavras, a técnica se coloca como a finalidade da

atenção em saúde, prescindindo do estabelecimento de vínculos facilitadores da compreensão dos problemas de saúde. Ligada à lógica biologicista e funcional, a qual percebe o sujeito da necessidade como um objeto biológico com uma disfunção, tudo que se necessitaria para resolutividade de sua necessidade seria uma intervenção técnica capaz de agir sobre a disfunção, reabilitando sua funcionalidade.

Ao mesmo tempo que a técnica proporciona produtos que seriam capazes de agir de maneira corretiva sobre o aparelho biológico, retira a possibilidade da atenção ampla à saúde, uma vez que prescinde das outras dimensões que perpassam a vida dos indivíduos.

A ausência desse saber técnico no discurso do profissional auxiliar de enfermagem o torna presente no tocante ao relacionamento com as pessoas, pois ele também recorre ao familiar; à experiência tácita para produção do cuidado. Ainda conforme descrição de Ayres³, o cuidado é entendido como o produto de vários fatores que participam da relação entre profissional de saúde e usuário com necessidades, dentre os quais, verifica-se a interação. Neste ponto, torna-se necessário o estabelecimento de vínculo profissional-usuário, pois desta relação tem-se a criação do novo como a saída que se busca sobre o problema enfrentado em conjunto. Não se trata de um trabalho destituído de técnicas, mas não pode ser de técnicas-fim, senão de técnicas-meio⁴; meio de produção de saúde ou de resolutividade de problemas dessa natureza.

O que se destaca no discurso do auxiliar de enfermagem refere-se a ausências, seja de técnicas como já salientado ou outras modalidades, próprias à rotina do trabalho ou a recursos humanos e materiais. Pode-se

verificar na seguinte passagem: “*Antes de ter ambulância usava seu próprio carro. ‘As pessoas telefonam chamando porque o paciente está mal’*”. Na ausência de ambulância ele se torna presente com seus próprios recursos para garantir o cuidado e buscar a resolutividade do atendimento. Fica patente a presença – ou a afirmação, ou a responsabilização³⁰ –, de seu trabalho. A questão complicadora que se apresenta é que o profissional, embora responsável em seu trabalho, apenas se afirma pela ausência própria da dinâmica que se delineou.

Estes elementos, oriundos do discurso do profissional de enfermagem, levam a uma questão: não há, na dinâmica da instituição, dispositivos capazes de criar essa responsabilização de maneira afirmativa? Esta interrogação que surge da fala do profissional merece um tratamento pormenorizado e ficará em suspenso até a análise de outros elementos intervenientes na discussão.

A princípio o que se percebe quando se volta o olhar para as diretrizes do SUS e para o dispositivo de acolhimento, cujo aspecto fundamental é o vínculo profissional-usuário é que, em um primeiro momento evidencia-se que o profissional em questão estabelece vínculos e responsabiliza-se pelo seu trabalho, contudo pela falta. Outra passagem que evidencia esta questão é: “*Como a UBS não tem enfermeira no período da manhã ela se sente tratada como responsável nesse período*”. Aqui, mais uma vez a responsabilização surge como produto de uma ausência, desta vez de recurso humano, nesse caso do enfermeiro. O profissional se *sente* responsável, mas sentir-se responsável não é necessariamente *ser* responsável. Pensando na questão da identidade-alteridade³, depreende-se

que ele se *sente* responsável pelo reconhecimento dos outros, entendendo *outros* como demais profissionais, usuários do serviço e instituição em sua totalidade. No entanto, essa alteridade que o afirma como responsável é a mesma que o mantém nessa condição por meio da falta, por falta de recursos humanos e materiais – enfermeiro e ambulância, por exemplo.

Essa responsabilidade juntamente com sua vinculação aos usuários lhe permite poder de decisão sobre seu trabalho e sobre os problemas de saúde que se lhe apresentam; isso pode ser visto quando diz: “*Conhece bem os pacientes e só chama ambulância ou 192 quando realmente o paciente precisa*”. Chamar a ambulância é uma decisão que está mais pautada, como colocado em sua fala, em seu conhecimento, em seu vínculo com o paciente.

A questão temporal de sua fala, expressa por “*quando realmente o paciente precisa*”, leva em conta seu conhecimento da rede, da dinâmica do trabalho e do conhecimento do paciente, isto quando *realmente* precisa. O precisar do paciente está mediado pela relação vincular estabelecida e norteia a decisão técnica que dá forma ao fluxo de trabalho.

É por meio do vínculo e da responsabilidade sentida que esse profissional é capaz de, a partir de uma demanda, identificar e decidir sobre um procedimento técnico e sobre o caminho que julga acertado dentro da rede de cuidados para possibilitar a resolutividade da questão que se lhe interpõe. Estes elementos: relação profissional-usuário, poder de decisão, organização do fluxo na rede, tentativa de resolutividade são princípios norteadores do dispositivo chamado de acolhimento. Vale ressaltar que esses elementos são identificados a partir da fala do profissional, mas não constituem parte integrante da rotina de maneira instituída. Esta particularidade – a falta de uma

legitimação desta prática – se coloca como um limite no campo de ação do profissional, uma vez que não tem o respaldo do restante da equipe e pode gerar, em contrapartida, uma sobrecarga de trabalho para ele, o que pode se constituir como limite em seu trabalho.

Diante do exposto, é possível atribuir ao profissional em análise a postura acolhedora preconizada pelo SUS; tendo, contudo, a contrapartida evidente que não há o dispositivo acolhimento institucionalizado na dinâmica do serviço. E mais, esse profissional apenas estabelece essa postura por trás das diversas ausências que a UBS deixa claro existir.

Ayres⁴ apresenta a noção de negatividade como elemento participante no entendimento dos processos que perpassam a dinâmica das instituições de saúde. Essa negatividade deve ser capaz de oferecer medidas afirmativas, ou que tenha positividade e sejam instituídas para garantir o cuidado efetivo. Assim posto, cabe o seguinte raciocínio: deve-se instituir o acolhimento formalmente, como positividade, uma vez que garantiria o poder de decisão centrado na necessidade do usuário; promoveria maior *sensação* de responsabilidade aos profissionais não médicos e garantiria o fluxo na rede segundo a relação de confiança mútua entre profissional de saúde e usuário do serviço.

Pode-se tomar a postura do profissional de enfermagem como acolhedora a partir dos elementos acima abordados, mas esta postura apresenta ainda outros fatores capazes de considerá-la como tal; trata-se da escuta possibilitada pela prática de acolher.

O vínculo, a responsabilização e a decisão são possíveis quando há escuta. Nesse sentido, Franco³⁰ salienta:

(...) em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde. (p. 346)

Para haver intervenção com a finalidade de produzir saúde é necessário haver escuta, sem a qual não se estabelece vínculo. Essa postura acolhedora aparece na fala do auxiliar de enfermagem e direciona seu trabalho, na medida em que identifica as necessidades dos usuários, conforme passagem: “*Escuta muito os pacientes que conversam com ele e contam seus problemas pessoais*”. E mais adiante: “*E tem muito paciente que só quer falar, falar*”. Esse relato mostra que através das falas dos usuários, conhecendo suas necessidades, e do conhecimento sobre a rede de serviços é possível tentar garantir resolutividade dos casos sem que necessitem estar centrados na figura do médico.

A visão psiquiátrica tradicional se estabeleceu segundo a concepção do desvio, da disfunção, da incapacidade da faculdade de julgar, colocando os sujeitos em sofrimento psíquico como objetos do saber técnico e direcionando o tratamento para os aparelhos de controle dos corpos incapazes de julgar^{26, 29}. Essa perspectiva está baseada no perigo que sujeitos sem esta faculdade apresentariam para a sociedade. Foi a partir dela que os hospitais psiquiátricos foram fundados e os sujeitos ali internados foram impossibilitados de estabelecer laços sociais sob a premissa de proteger a sociedade dos desviantes e o isolamento tornou-se a justificativa de tratar o desvio.

Como toda reforma se trata de possibilitar o novo a partir do velho; verifica-se que esses velhos elementos ainda freqüentam a saúde mental, mais especificamente na especialidade médica. E o processo de construção das redes de serviços foi sofrendo alterações gradativas, apoiando-se em diferentes configurações que levavam em conta o novo trazido pela reforma, mas, no entanto, não destruíam por completo o antigo modelo.

Um dos pontos referentes a esse antigo modelo se situa sobre a rede explicitada pelo auxiliar de enfermagem que concentra as decisões de saúde mental no serviço de Pronto-Socorro. Mantém-se, desta forma, a centralidade do saber e do poder decisório quanto ao tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico sobre esse equipamento de saúde. Quando o profissional relata: *“Paciente de saúde mental - leva para o PS (...) que determina para onde o paciente vai. Qualquer problema vai para o PS (...), mesmo não estando em crise”*. Isto mostra que ainda há resquícios desse pensamento manicomial e médico-centrista nas práticas de saúde da rede em análise, pois não importa a complexidade dos casos, mas apenas o entendimento de que se trata de uma questão de saúde mental.

Conforme relato da profissional, a *determinação* local é de encaminhar esses casos para o PS e, somente após a determinação médica, que são encaminhados para o CAPS de referência na região. Esta configuração da rede se apresenta como elemento participante das decisões que os profissionais necessitam tomar.

Como se pode notar em outra passagem: *“Ela só foi até o CAPS duas vezes - uma para pegar medicação e outra para levar paciente. O paciente não foi atendido, como ela já sabia que não seria, porque deveria ser*

levado para o PS (...). O PS é que encaminha". Aqui fica claro que não é o CAPS responsável pela organização da rede de saúde mental, mas a rede se organiza tendo o PS como centro decisório dos casos de saúde mental.

O profissional demonstra, contudo, bastante conhecimento da rede em que trabalha e dos usuários do serviço, responsabiliza-se por seu trabalho a partir do que já foi exposto e decide conforme a percepção de como a rede se configura e de como se insere sua prática profissional a partir dessa configuração.

As ausências verificadas e as dissonâncias com as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica salientam-se na discussão sobre os processos de trabalho a partir do relato do profissional em questão. Esses são elementos importantes para se entender como o serviço tem se organizado para atender às demandas de saúde mental na região. No entanto, cabem ainda considerações sobre outros profissionais da UBS e também daqueles inseridos em outros equipamentos para a apuração dessa configuração.

O Médico – Clínico Geral

Ao se deparar com o depoimento de outro profissional da mesma UBS, mas com formação médica, algumas diferenças começam a se destacar. A primeira delas diz respeito ao vínculo entre os profissionais e os usuários. O clínico geral quando questionado sobre as queixas de saúde mental, refere: *"Acho que não é minha função criar vínculo com esse tipo de paciente, a essência do tratamento é a Psiquiatria"*. O profissional admite que não é sua função criar vínculo com um tipo específico de paciente, pois esse *tipo* pertenceria a outra especialidade médica, a psiquiatria. Mas não seria função dos profissionais da saúde criar vínculos com todos os tipos de usuários?

Quando se pensa em universalidade não se presume que todos devem ter acesso à saúde? Esse acesso a todos diz respeito unicamente à UBS estar com suas portas abertas, ou também a uma postura aberta dos profissionais? E no tocante ao cuidado integral, há a percepção de que a saúde é mais do que função biológica? Ou seria a questão da própria formação médica que, sendo compartimentada por especialidades perdeu o sujeito integral?

Ao considerar a UBS como uma instituição e se amparar a análise ao plano institucional, partindo do ponto de vista segundo o qual a dinâmica de trabalho interfere na configuração da mesma, nota-se um desacordo com as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica, isto é, não se identifica a tentativa de resolutividade através do saber técnico/instrumental somado às relações entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço.

Em sua construção, o clínico geral diz que não se responsabiliza pois a *“essência do tratamento é a Psiquiatria”*. Estaria aqui a diferença entre tratamento e cuidado? Quem se presta ao tratamento é o especialista? Mas quem se presta ao cuidado? Não seriam todos os profissionais de saúde?

Ainda no que tange ao vínculo, a fala do médico clínico geral se estrutura de maneira a mostrar certa distância da saúde mental, quando relata mais adiante: *“Tenho pacientes psiquiátricos aqui, mas que fazem acompanhamento psiquiátrico em outra unidade. Fico sabendo porque sempre pergunto se a pessoa está usando algum tipo de medicação e de que forma”*.

Em um primeiro momento, pode-se atribuir ao mesmo um conhecimento sobre as condições de saúde do usuário que, embora não seja de sua área, conhece seu problema de saúde. No entanto, a pergunta que se coloca é a seguinte: o profissional conhece o usuário por meio da relação que

estabeleceu com ele, ou apenas mediada pelo saber técnico? Sabe porque conhece sobre medicação, mas não por conhecer o usuário. Mas e quando se trata de um usuário de saúde mental que não necessita de medicação, saberia? É possível que o conhecimento de informações como essas se dêem por conta da relação estabelecida entre profissional e usuário, através de uma relação de responsabilização e vínculo, na qual o saber técnico apareça como auxiliar, mas não é o que se depreende da construção feita pelo profissional. A mediação fica claramente pautada na identificação medicamentosa e não nas “conversas” que acontecem, não se dá através da relação entre pessoas, mas entre o saber instrumental e seu objeto.

Ao se analisar as práticas profissionais, pode-se notar a distância que essas estão das prerrogativas do SUS e da Reforma Psiquiátrica, pois quando se volta para o campo de atuação profissional, o que se evidencia é a mistura dos modelos. O que se apregoa é a mudança da centralidade da figura do médico para as necessidades dos usuários e para a responsabilização da equipe multiprofissional³⁰. No entanto, em momento algum se menciona equipe e em momento algum se fala em multiprofissional.

Essa mistura pode ser um indicador da dificuldade na aplicação de práticas inovadoras e que se colocam como instituintes⁴⁹ dos e nos serviços de saúde. As novas formas de se fazer saúde trazem novos elementos dotados de sentidos diversos daqueles de práticas antigas. Esses significantes são capazes de identificar sobre qual modelo se ampara o fazer em saúde em determinado serviço.

O profissional em questão oferece uma evidência do afirmado acima quando se refere ao acolhimento. Menciona: “*Eu faço então um*

encaminhamento para o psiquiatra e eles se dirigem ao 'acolhimento' do posto para serem informados sobre a referência da região, que eu não sei qual é, quem é". Mas, que modelo é este? Segundo apontamentos^{25, 30, 50, 51}, o acolhimento inscreve-se nos serviços com vistas a alterar a maneira de se atender a demanda, isto é, o usuário que procura o serviço deve ser acolhido e posteriormente à qualificação de sua demanda, é direcionado a outros níveis de atenção. O acolhimento é entendido como realizado pela equipe multiprofissional e o profissional médico oferece a retaguarda aos casos em que sua especificidade for demandada.

Mas o que se percebe por meio da fala do médico é uma inversão de tal modelo, uma vez que apenas após a consulta com o médico que a pessoa se dirige ao acolhimento. Ora, então a pessoa consulta-se com o médico e somente depois é acolhida? O médico não acolhe, portanto? A primazia está na consulta médica e não nas necessidades do usuário? Isto não indica a prevalência do modelo médico-centrista?

O saber médico é posto como o de maior importância na questão de saúde, no entanto, esse saber é tradicionalmente fragmentário, dividido em especialidades e não na visão integral do sujeito. Esse saber que se acostumou a lidar com partes expressa esse fracionamento não apenas na identificação das queixas, mas também na conduta ou na postura frente à rede. O profissional relata: *"eles se dirigem ao 'acolhimento' do posto para serem informados sobre a referência da região, que eu não sei qual é, quem é".* É a voz do saber médico dizendo que não sabe, por isso o referido acolhimento é o lugar onde se sabe da rede, mas nesse caso específico como complemento do saber/fazer médico fragmentado. Mas, então, o que fez o médico? Resolveu

ele o problema de saúde? O acolhimento não teria promovido a resolutividade desse caso se organizado como preconizado pelo SUS? O saber que conhece sobre si e não sobre os outros é incapaz de chegar à verdade, pois não é estabelecido pela alteridade, pelo compartilhamento com a experiência³⁶. Assim, esse saber se torna inquestionável, uma vez que não permite ser questionado pelo outro, pelo mundo de compartilhamentos; é saber cristalizado, e que perde a dimensão dinâmica que se dá na relação entre as pessoas³⁶.

Conforme Ayres⁴, um saber com tais características se torna instrumental, mediado somente pelas técnicas que o encerram, incapaz de produzir o novo, senão fadado a reproduzir o velho.

O velho modelo médico torna-se evidente na fala do profissional; e o novo modelo orientado pela tecnologia do acolhimento fica vazio de sentido em sua fala. O acolhimento ali instituído apenas carrega esse nome, pois é assim que se “chama” atualmente em saúde pública. No entanto, a velha lógica centrada na consulta médica impera sobre o serviço, sem alterar a lógica de sua prestação.

Mais adiante, o próprio profissional se corrige, mostrando o que lhe é mais familiar: *“Eu me referi a ‘acolhimento’, mas na verdade é a funcionária ali da salinha. À tarde, eu tenho muito apreço por uma funcionária que se interessa por conseguir essas consultas. Um caso que me preocupa eu passo para ela. Chego para ela e falo da gravidade do caso, procuro sensibilizá-la e ela consegue muita coisa”*.

A contradição mais patente direciona-se para a questão da centralidade do saber no profissional médico que, sem questionar seu saber

em medicina, mostra não saber sobre a rede e sobre o cuidado de forma a tentar a resolutividade segundo o cardápio de ofertas da rede.

Quando aborda a questão da rede, três elementos diferentes, mas inter-relacionados, surgem. O médico relata: “*e tem aqueles pacientes que estão com uma doença psíquica ativa, um núcleo psiquiátrico ativo. Estão em surto, psicotizando. Esses casos são extremamente raros, mas se aparecem eu encaminho*”. O médico refere-se a questões de saúde mental caracterizadas pela evidência de necessidade de intervenção, em geral, estes casos demandam uma intervenção medicamentosa imediata e sua identificação se respalda no que se entende tradicionalmente como loucura, logo, o encaminhamento para a psiquiatria é bastante claro e também necessário. Como apresentado, esses são casos raros, que fogem ao comum, sendo fácil sua identificação, mas outras gradações de sofrimento psíquico podem permanecer escondidas de um modelo que tenta fazer “enquadres” diagnósticos, constituindo-se em um limite para a prática de saúde pautada unicamente no saber instrumental. De modo que mais uma vez a questão da disfunção biológica supera a escuta, sendo esta disfunção o objeto de tradução dos procedimentos de saúde e não a escuta das necessidades, à qual, segundo diversos autores^{25, 30, 50, 51}, é capaz de reorganizar o serviço, aumentar a resolutividade e desonerar a rede, economizando seus recursos.

Outro elemento exposto pela fala do profissional que diz respeito especificamente à rede situa-se na seguinte passagem: “*Encaminhar para o PS é uma alternativa, mas a resolutividade é muito pequena. Eu trabalho em PS e eu sei. Eles estão assoberbados, toda a demanda reprimida vai para o PS*”. Segundo o que já foi exposto sobre a rede, o encaminhamento para o PS é

prioridade na rede quando se trata de queixa de saúde mental. O profissional coloca este dispositivo como alternativa e pondera sobre sua baixa resolutividade, baseando-se, para tanto, em sua experiência em PS.

O profissional não se coloca frente ao PS da região com suas próprias características, possivelmente porque não sabe, como admite em outra passagem, mas por trabalhar em PS onde a resolutividade é baixa, acaba por generalizar seu particular a todos os PS, ou a entender o PS genericamente como um dispositivo de baixa resolutividade.

De uma maneira ou de outra, existe a pressuposição de baixa resolutividade do PS (seja o PS específico, seja os PS em geral), a questão que se afigura é: então por que continua encaminhando para o referido dispositivo, uma vez que não há resolutividade? O raciocínio pode ser o seguinte: a queixa é de psiquiatria, o PS tem psiquiatra, então é para lá que se encaminha. A queixa específica deve ir para a especialidade detentora do saber técnico sobre sua especificidade médica. Mais um indicativo do modelo antigo, centrado na figura do médico e contraposto ao que propõem as Políticas Públicas de Saúde Mental.

E onde aparece o CAPS nesse sistema? Em lugar algum. O CAPS não aparece na fala do médico em nenhum momento, não é alternativa para questões de saúde mental. O saber médico nesse caso específico apenas pensa a partir da medicina, de médico para médico que se faz saúde. E é importante especificar que não se trata de um profissional que está a pouco tempo prestando seus serviços, mas de um médico que há sete anos trabalha na mesma UBS.

Não se deve, contudo, atribuir ao profissional toda a responsabilidade sobre essa dinâmica, pois, como todo profissional, sua formação o direciona; e, como já tratado, o familiar é o que o sujeito tem para atuar no diverso. Deve-se problematizar, por outro lado, a própria rede de cuidados que, como uma rede de comunicações, se apresenta como não-comunicante. Ou seja, os profissionais não sabem, mas será que é porque não querem saber ou porque não tem a oportunidade de saber? Em seu relato, o médico refere que o PS não tem resolutividade, mas é uma alternativa. Ao mesmo tempo em que o CAPS encontra-se totalmente fora do discurso, possivelmente sua ausência (no conhecimento da rede) implica na restrição das alternativas.

Se o CAPS fosse conhecido e se fosse reconhecido como resolutivo, não seria um dispositivo de referência na prática profissional do médico em questão? O relato do profissional oferece um indicativo de preocupação com a resolutividade, mas há ausência de opções para isso, então recorre ao que conhece. Não se chega com isso na seara do conhecimento sobre a rede, ou na objetivação da mesma através de mecanismos capazes de fazê-la aparecer aos profissionais.

Assim como no discurso do profissional de enfermagem, mais uma vez a ausência se mostra presente como uma contradição de bastante influência no fazer dos profissionais do referido serviço.

Ainda com respeito às ponderações do profissional, pode-se perceber que essa ausência surge em suas construções frasais, conforme segue: *“Acho que os casos psiquiátricos são raros porque todos já sabem que aqui não tem psiquiatra, nunca teve”*. Essa passagem é capaz de mostrar o

fenômeno social mediado pela própria prestação do serviço, quer dizer, o que motivaria a população a procurar a UBS se de antemão sabe que não será atendida? A oferta é capaz de delinear a demanda, possivelmente procuram outros recursos da rede, uma vez que não serão atendidas em suas demandas de saúde mental.

Contudo, tanto no discurso do auxiliar de enfermagem quanto do médico, existem usuários do serviço que o buscam a partir desta demanda. Estas pessoas teriam sua necessidade atendida de maneira menos onerosa caso fosse formalizado o acolhimento nesta unidade de saúde? Experiências de implantação do acolhimento^{25, 30, 50, 51} têm mostrado que a resposta a esta questão possa ser afirmativa.

Preliminarmente pode-se concluir que a UBS A em análise tem estabelecido sua dinâmica a partir de ausências que poderiam ser diminuídas a partir da implantação do dispositivo acolhimento.

O Médico Psiquiatra da UBS

Ao se analisar outra UBS, que aqui será chamada de UBS B, se ressalta a primeira diferença com a anterior por ter profissionais de saúde mental prestando seus serviços. Sempre que o estudo se reportar a profissionais de saúde mental, entende-se com isso o médico psiquiatra e o psicólogo da UBS.

Toma-se de início o relato do médico psiquiatra para análise. Identificam-se, em seu relato, alguns aspectos referentes ao vínculo com os usuários do serviço, conforme segue: *“Durante o tempo em que trabalhou como cooperado do PAS e como contratado de emergência no CAPS, o*

médico¹ atendeu vários pacientes que moram na região da UBS X e na UBS Y (que não têm Saúde Mental). Continuou a atendê-los quando passou a trabalhar na UBS B. Por isso, sua agenda é aberta também a pacientes dessas unidades. Eles não têm matrícula na UBS B, não têm prontuário, o atendimento é registrado em folhas avulsas, todos os seus outros atendimentos são realizados na unidade próxima à sua residência”.

Na passagem acima se percebe que os usuários “seguiram” o profissional em busca de tratamento, de atendimento, já que na UBS da região que moram não há saúde mental. Pode-se dizer, quando se ampara na questão da regionalização que este fluxo é normal e está dentro das diretrizes, pois as pessoas se dirigem ao equipamento mais próximo que oferece o serviço que necessitam. Contudo, esse fluxo está baseado nas experiências anteriores do médico, ou seja, tratam-se de pessoas que já foram atendidas por ele e não em uma rede formal de serviços.

Mais uma vez o profissional serve de atalho entre a necessidade de saúde e a oferta do serviço, mas essa não se caracteriza como própria da rede, mas como oferta do profissional: *“Continuou a atendê-los quando passou a trabalhar na UBS B. Por isso, sua agenda é aberta também a pacientes destas unidades”*. O vínculo estabelecido configura-se como o meio de atendimento dos usuários.

Em contrapartida, a UBS em questão não se caracteriza como referência na região ao tratamento de queixas de saúde mental, isto é, os usuários matriculados em outras UBS que não têm atendimento em saúde mental não são referenciados pela UBS B. Essa configuração, somada ao que

¹ Nome omitido

já foi exposto (centralidade de encaminhamentos ao PS) é capaz de identificar uma fragilidade na comunicação produzida na rede de cuidados, sobrecarregando alguns equipamentos em detrimento de outros e produzindo “condutas marginais”.

Adota-se o termo “conduta marginal” aos atendimentos que não são registrados na rotina da unidade, como mostra o relato: “*Eles não têm matrícula na UBS B, não têm prontuário, o atendimento é registrado em folhas avulsas, todos os seus outros atendimentos são realizados na unidade próxima à sua residência*”. Os atendimentos são realizados, mas ficam à margem da rede, não são registrados devidamente, o que pode gerar incongruências com respeito à quantidade de trabalho e à produção da Unidade. O profissional estabelece um vínculo capaz de colocá-lo como referência para alguns usuários; no entanto, a informalidade do procedimento o deixa à margem da universalidade, pois não são todos os necessitados, mas aqueles que passaram pelo caminho profissional do médico em questão.

A comunicação ou o relacionamento entre as Unidades, esclarecendo e estabelecendo um fluxo definido poderia surgir como facilitador do atendimento dos demais casos, pois, conforme já explicitado, o PS – que não deveria ser o equipamento de referência para a saúde mental, pode se sobrecarregar com demandas que não lhe são próprias.

No que tange ao acolhimento, este como dispositivo não é mencionado também aqui, o que se tem é um agendamento de consultas psiquiátricas, como se pode notar no que segue: “*O agendamento de consultas com ele está para aproximadamente dois meses, mas existe a possibilidade de ‘encaixes’ em casos de necessidade*”. Não há o que se convencionou chamar

de escuta qualificada²¹, feita por uma equipe de saúde mental capaz de identificar as demandas e direcioná-las segundo suas necessidades e os recursos da rede, o que acarreta em filas de espera de aproximadamente dois meses.

O caminho que se faz gira em torno da figura do médico e essa centralidade o sobrecarrega e não promove resolutividade^{25, 30, 50, 51}, uma vez que gera filas e insatisfação nos usuários. A profissional refere que os “encaixes” são conforme a necessidade, mas não menciona como é feita a qualificação das necessidades.

Assim, as pessoas precisam esperar até dois meses para serem atendidas, e muitas vezes esses atendimentos não ficam a contento, pois, como a própria profissional identifica: *“Um dos pontos que considera falho nesse agendamento é a não exigência de encaminhamento para que seja agendada uma consulta com ela. Qualquer paciente que queira uma consulta com o psiquiatra pode agendá-la, e muitas vezes não é o caso”*. Portanto, não há a escuta capaz de verificar “os casos”; todos são agendados indiscriminadamente, causando atraso na prestação dos serviços. Alguns casos poderiam ter sua espera abreviada se houvesse o dispositivo acolhimento instituído na Unidade: *“Chegam epiléticos (referência é o Ambulatório [de especialidades]), alcoolistas (referência é o CAPS Álcool e Drogas, para onde ele mesmo encaminha)”*.

O médico mostra ter um conhecimento bastante vasto da rede e do fluxo, contudo, seu campo de ação fica limitado, pois, com a centralidade das ações sobre sua figura, acaba desempenhando vários papéis, os quais poderiam ser absorvidos pela equipe mínima de saúde mental caso a UBS

tivesse uma. Os exemplos citados seriam direcionados às Unidades de referência de imediato, desafogando a UBS e o trabalho do médico.

Estando assim situado, organizaria melhor os recursos da rede e ofereceria uma atenção de maior qualidade, pois teria uma demanda menor e mais específica.

O acolhimento, então, se colocaria como prática intermediária, pois é o dispositivo capaz de direcionar a demanda conforme a qualificação da mesma e o conhecimento das ofertas da rede de cuidados. Mas, diante de sua ausência, o profissional médico faz os devidos encaminhamentos para oferecer a continuidade do atendimento; isto aparece em seu discurso quando relata: *“os casos mais graves devem ser encaminhados para o PS onde serão re-encaminhados ou para hospitais fechados ou para o CAPS”*. E mais adiante: *“Depois de estabilizados os quadros, os pacientes podem voltar à UBS, re-encaminhados pelo CAPS, embora isso raramente aconteça: ‘os casos de CAPS acabam ficando por lá’”*.

O caminho exposto acima segue o mesmo desenho da UBS A, anteriormente analisada, sendo a Unidade Básica como a entrada, PS como receptor de casos de saúde mental e CAPS como destino final do usuário. Já foi mencionada a centralidade do PS e a perspectiva que este desenho traz, ainda pautado no modelo hospitalocêntrico.

O médico ainda refere que, a partir do PS o usuário pode ser encaminhado a hospital fechado, conduta contrária às prerrogativas da Reforma Psiquiátrica que prevê evitar internações em hospitais fechados através da estratégia da implantação dos equipamentos substitutivos, os

CAPS. A posição do CAPS em seu discurso é secundária ao hospital, evidenciando tal perspectiva.

O médico afirma que seu trabalho é ambulatorial e o posiciona como Psiquiatria Clínica, eminentemente medicamentosa, como na passagem: “(o trabalho no ambulatório ‘é de Psiquiatria Clínica – medicação’)”. Isto evidencia a situação de sua posição, como sujeito do saber técnico, conforme explicitado.

Relata ainda que, por ser especialista em psiquiatria infantil, recebe alguns casos com essa demanda específica; faz atendimentos dessa natureza, mas pontua que não é sua função ali, uma vez que a referência é o ambulatório de especialidades.

Assim como o médico clínico da UBS A, acredita que os casos de saúde mental devam ser exclusivos da psiquiatria, quando “*considera problemático o fato de alguns clínicos tratarem patologias psiquiátricas: ‘acabam arrumando confusão para a gente’, ‘é mais fácil tratar um caso virgem de tratamento’*”. E pontua que isto se deve ao fato de os colegas não possuírem os conhecimentos adequados segundo a especialidade.

O médico menciona que recebe muitos encaminhamentos do HC e do HU e acredita que esse fluxo esteja correto, pois atribui à UBS a função de absorver os casos mais leves. Quando julga necessário, faz encaminhamentos para o psicólogo da Unidade, para psicoterapia, sendo a maior parte dos casos de depressão. Deixa claro em sua fala que esses encaminhamentos têm como critério a gravidade dos casos.

O profissional, diferentemente de seu colega da UBS A, demonstra um conhecimento bastante apurado dos recursos da rede e de seu

fluxo. Toma as decisões baseado nesses conhecimentos e vincula-se aos usuários de maneira a conhecer suas necessidades, embora admita encaminhar ao PS os usuários que não conhece: “(*...no caso de um paciente que ele conheça pouco*) *encaminhá-lo ao PS*”.

Os usuários já conhecidos são encaminhados para o CAPS diretamente, sem a intervenção do PS: “*se é um paciente já conhecido, num segundo momento el pode (re)encaminhá-lo ao CAPS via contato telefônico (situação pouco freqüente)*”.

Essas passagens evidenciam um CAPS limitado às decisões do PS, o que posiciona a loucura como o terreno da exceção, da disfunção. Assim colocado, o CAPS apresenta-se como o destino destes usuários de uma maneira semelhante à do hospital psiquiátrico, pois não é afirmativo diante da rede, não define a saúde mental da região onde está localizado, mas é definido por uma estrutura que coloca a disfunção como premissa de tratamento.

A partir do relato do profissional psiquiatra pode-se notar que ele tem, em seu cotidiano, a capacidade de estabelecer vínculos com os usuários do serviço. Esses vínculos são fortes o suficiente para que os usuários o “sigam”, como apresentado anteriormente, e por sua postura acaba atendendo mais do que o registrado formalmente. O acolhimento, por outro lado, não se mostra presente, fazendo surgir sobrecarga e informalidade do atendimento, deixando a rede menos fluida.

Ao contrário da UBS A, que não tem saúde mental, nesta Unidade verifica-se uma rotina mais mediada por contatos com outros equipamentos da rede. As trocas entre as Unidades são mais freqüentes, ampliando a ação da atenção.

O Psicólogo

Ao se analisar o discurso do profissional Psicólogo em comparação com o de seu colega da UBS B, o conhecimento de ambos os profissionais sobre a rede se mostra evidente.

O psicólogo, quando se refere ao seu trabalho, ampara-se nestas trocas, conforme se observa no que segue: *“Sempre que necessário, entra em contato através do telefone com a equipe do CAPS para encaminhar casos que necessitem de atendimento intensivo ou semi-intensivo. Em todas as vezes que fez essa solicitação ao CAPS foi atendid - cita principalmente casos em que havia risco de suicídio”*. Nessa passagem nota-se a presença do contato desse profissional da UBS B com o CAPS, construindo o caminho cuja característica é a atenção básica como a porta de entrada em comunicação com os outros equipamentos, a partir da avaliação do caso.

No entanto, o profissional refere que *“na UBS não tem condições de atender, por mais que duas semanas, um caso que necessite de mais de um atendimento semanal”*. A decisão sobre o encaminhamento está no julgamento sobre a necessidade baseada no número de dias que a pessoa necessita e na possibilidade que a UBS tem em termos de oferta do serviço. Isto é, segundo a portaria 336¹⁶, o CAPS deve oferecer três modalidades de atendimento: intensivo; semi-intensivo; e não intensivo.

Conforme discussão acima realizada, a UBS B se mostra como estando em consonância com o CAPS de sua referência. Vale destacar que, ao contrário dos demais discursos, na fala deste profissional o PS não se apresenta como alternativa. Isso pode demonstrar, por um lado, um conhecimento razoável sobre os princípios norteadores da Saúde Mental

enquanto política nacional e, por outro lado, uma divergência na conduta entre os profissionais da mesma Unidade, já que o psiquiatra da mesma UBS faz menção ao PS com maior frequência, dando-lhe primazia nas questões de saúde mental.

Voltando à articulação da rede, o profissional psicólogo expressa que “*Também recebe casos encaminhados pelo CAPS, tanto aqueles que tiveram alta, como aqueles que não se enquadraram nos critérios para atendimento em CAPS*”. Porém admite que são poucos os casos, e se questiona: “*Onde estão os egressos do CAPS que residem na região [...]? Há egressos do CAPS?*” Esse questionamento pode denotar uma preocupação do profissional quanto à continuidade do cuidado assim que o usuário é encaminhado, ou mesmo uma ausência de comunicação entre as Unidades, apresentando a rede como um arquipélago, no qual as Unidades se mostram como ilhas isoladas em si mesmas, caracterizadas unicamente pela proximidade, ou seja, apenas fazem parte da mesma região.

Quando menciona, contudo, a relação entre a UBS B e o CAPS Ad da região, a impressão é um pouco diferente, já que comenta “*que tem feito também muitos encaminhamentos para o CAPS Álcool e Drogas, tanto de usuários como de familiares de usuários*”. E salienta que “*O retorno ‘tem sido bom’ – pacientes são recebidos e elogiam o serviço*. Isso dá mostras da objetivação do trabalho e, como aponta Merhy⁴², oferece uma maior autonomia profissional e satisfação na produção do cuidado em saúde.

Essa preocupação com o “amparo institucional” às demandas percorre grande parte do discurso do profissional, pois continua em sua fala: “*Também encaminha adultos para a Clínica de Psicologia da Universidade,*

evita encaminhar crianças porque a espera é muito grande – a referência é o Ambulatório [de especialidades]”. Essas passagens mostram que há nesta UBS um movimento centrífugo, que utiliza os recursos que a região disponibiliza, dentro da rede de cuidados de saúde e também fora dela, já que “Utiliza como recurso externo uma ONG e Oficinas para a Terceira Idade - ; o CECCO, o Centro Esportivo da Prefeitura e outra ONG que trata de questões de separação entre casais e guarda de crianças”.

O profissional tem um cardápio de ofertas bastante diversificado e o coloca em movimento como se pode notar em sua fala. Essa articulação da rede foi o elemento que o profissional mais discutiu, deixando, por outro lado, outros elementos, como acolhimento e vínculo submersos no mesmo. Quer dizer, apesar do conhecimento vasto da rede e de sua adequada utilização, não menciona vínculo e o acolhimento.

Contudo, salienta que existe de sua parte a preocupação de *“fazer uma primeira escuta de todos os casos que procuram o serviço”*. E relaciona essa escuta a todos à inadequação de listas de espera, como é mostrado em sua fala: *“Acredita que é complicado manter uma lista de espera para atendimento em saúde mental”*. Esses elementos – escuta a todos e redução de lista de espera – são efeitos esperados do acolhimento. O que interessa na discussão presente é: o profissional não estabelece o acolhimento como dispositivo formal, mas oferece uma escuta tal que possibilita lidar com sua demanda de forma a não gerar os inconvenientes das listas de espera, logo, depreende-se que, assim como na UBS A, na qual o auxiliar de enfermagem possui uma postura acolhedora, na UBS B também se percebe

essa postura do profissional de acolher e possibilitar a resolutividade dos casos.

Todavia, contrariamente ao que se tem tratado na literatura específica, nessa UBS o acolhimento ainda permanece ligado ao antigo modelo de triagem. O profissional utiliza este termo ao se referir ao primeiro contato com os usuários, como segue: *“Uma vez por semana, entre 8 e 12:30h, realiza uma triagem para a Saúde Mental da unidade – inclusive para a Psiquiatria (cerca de 15 casos por semana). A partir dos casos recebidos, [...] procura estruturar grupos ou oferecer o atendimento/ encaminhamento que considere indicado”*. Quais seriam os pontos nodais da questão aqui? Em primeiro lugar, a forma como a escuta^{II} se instituiu na Unidade, sendo reservado um “espaço acolhedor” em um único dia da semana.

Neste sentido, se destaca a questão da universalização do acesso, já que não há acolhimento todos os dias da semana; a demanda emergente fora do dia específico fica sem atendimento, ou tem seu atendimento adiado para o referido dia.

Contudo, segundo a fala da profissional, esta dinâmica de um dia de escuta na semana tem oferecido, seguindo o desenho da oferta, alguma resolutividade dos casos, conforme exposto: *“A partir dos casos recebidos, [...] procura estruturar grupos ou oferecer o atendimento/ encaminhamento que considere indicado”*.

Em segundo lugar, a própria resolutividade como mediada pela organização do serviço. Nessa UBS específica, o discurso indica que em um período de um único dia da semana tem sido suficiente para oferecer escuta

^{II} Neste ponto, considera-se necessário utilizar o termo escuta para caracterizar o procedimento que carrega as características do acolhimento e da triagem.

qualificada e proporcionar uma resolutividade que se coadune com as necessidades da população. É importante deixar claro que outros elementos deveriam se colocar na discussão para um debate mais apurado a este respeito, como a contrapartida dos usuários em relação a esta organização. Outro fator a ser considerado é o número de usuários que procuram o serviço com queixas de saúde mental, já que o acolhimento implica em um profissional permanentemente “livre” para atender a demanda espontânea, o que não é o caso na UBS em questão.

Por não haver uma equipe de saúde mental na qual os profissionais se distribuem entre o acolhimento e as demais práticas de saúde mental, o psicólogo restringiu a escuta a um período para oferecer outras práticas de assistência no decorrer da semana. Esta divisão, segundo sua descrição, tem sido satisfatória para a resolutividade dos casos, embora deixe explícito o sacrifício à universalidade do atendimento. O sacrifício aqui mencionado se refere ao entendimento de que todos devem ser atendidos quando procuram o serviço e não tendo seu atendimento adiado. No entanto, na UBS em questão, todos são atendidos em um dia determinado, gerando um atraso, mas garantindo o atendimento. A questão parece se situar no seguinte: o atendimento está em função da procura ou em função da oferta?

O acolhimento seria capaz de transformar a oferta em função da procura, mas o que se percebe na prática dessa UBS, trata-se de uma reorientação da procura em função da oferta.

O que se depreende da referida UBS é que tem oferecido um fluxo bastante razoável para as questões de saúde mental. Mostra uma contradição evidente entre a conduta do psiquiatra, centralizando as questões

ao PS, mas resolvendo o que lhe cabe em termos de atenção básica, inclusive com o estabelecimento de vínculos. Em contrapartida, o profissional de psicologia produz diversas trocas com a rede de cuidados e não centraliza sobre o PS a saúde mental; trabalha em consonância com o CAPS e com o CAPS Ad de sua referência; possibilita desta forma e a partir de outras comunicações com demais recursos da região, a resolutividade dos casos, contudo, restringe a escuta a um período da semana.

O CAPS da Região

Após o trajeto feito através das práticas de duas UBS com características diferentes, uma sem saúde mental e outra com esta especificidade, cabe agora uma descrição quanto às práticas que se desenvolvem no CAPS adulto da região.

Toma-se como elemento de discussão o relato de dois profissionais do CAPS, um médico psiquiatra e um psicólogo – essa exercendo também a função de auxiliar de chefia do serviço.

Esse CAPS é produto de uma exigência jurídica que impusera certa alteração das práticas de maneira formal; não liquidando, contudo, toda a tradição criada a partir da própria organização histórica do serviço. Essa força formal de alteração do serviço pode ser responsável por algumas mudanças materiais, mas não permite que fiquem explícitas diferenças marcantes nos discursos dos sujeitos, de modo que a permanência de algumas referências discursivas pode se dever mais à tradição das práticas que ali se manifestavam anteriormente, evidenciando, assim, a historicidade que atravessa o desenvolvimento de um serviço com essas características.

O Médico Psiquiatra

Quando se buscam elementos que digam respeito à questão do vínculo, no discurso do médico, percebe-se que ao se referir sobre seu trabalho, qualifica-o como bastante difícil quando a questão é estabelecer vínculo com os usuários de maneira que contemple um cuidado que implique a família. Isto pode ser notado no que comenta: “*considera ‘um trabalho duro fazer o meio de campo entre o paciente e sua família’*”. Esse “*meio de campo*” que se refere pode ser traduzido pelo trabalho que se faz em saúde mental com respeito aos elementos sociais ou socializantes que devem acontecer nas práticas de saúde, uma vez que, dentre as funções do CAPS, figura a tentativa de oferecer ou maximizar as trocas sociais¹⁹ que os usuários comumente perdem por conta de sua condição.

Assim como a questão da localização da loucura como uma doença do e no indivíduo, uma concepção como essa encerra o indivíduo em seu próprio sofrimento, e um trabalho de “*meio de campo*”, como refere o médico, justamente situa a família no tratamento, como participante dos possíveis avanços que ele é capaz de produzir quando a família está implicada.

O médico explicita essa tradição na visão de uma doença individual quando trata acerca do meio de campo: “*Bastante necessário, mas difícil*”. Assim como quando qualifica este trabalho como “*duro de fazer*”, na passagem anterior.

Nota-se que através da mudança nas práticas há uma tentativa de alteração da forma de se entender a loucura, de tratá-la, e recolocá-la no convívio familiar e social. Essa maneira de se empreender a prática clínica, implicando os atores sociais que participam das relações estabelecidas pelos usuários tem como elemento mediador e facilitador o vínculo que se tenta

estabelecer com o usuário - de fato acometido pelo sofrimento mental - e de sua família que também está afetada por este sofrimento. A identificação dessa necessidade demonstra uma nuance existente entre o modelo hospitalocêntrico, que tem o isolamento social como princípio terapêutico^{26, 29} e o de CAPS, que propõe o estímulo de trocas sociais como fator terapêutico¹⁹.

Outro elemento referente ao estabelecimento de vínculo inserido no discurso do médico está no que segue: *“Diz que realmente não gosta de encaminhar pacientes, cujo tratamento iniciou, de volta para as UBSs de referência quando melhoram. Acha que essa é uma postura pessoal sua, e não determinada pela gerência do CAPS”*. Aqui, contudo, vale ressaltar essa *“postura pessoal sua”*, pois a postura pessoal oferece o tempero que modela a prática profissional, sendo impossível desligar-se dela. E quando essa postura se direciona a uma resistência em se desprender dos usuários, o pano de fundo pode estar ligado ao vínculo que foi estabelecido, já que o profissional relata que *“esta postura não é determinada pela gerência”*. No entanto, o que se verifica como elemento ausente com respeito aos desligamentos, encaminhamentos, etc., é o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares (PTS)^{39, 40, 41}.

O Projeto Terapêutico, que não foi possível identificar no estudo, tem a função de considerar de forma coletiva, ou seja: pelo técnico de referência (TR)^{12, 13, 14}, pela equipe do serviço, pelo usuário e pelos familiares, buscando contemplar as necessidades centradas no usuário. Haja vista que os serviços de saúde, por sua característica autoritária⁴² acabam por empreender vários graus de tutela dos usuários. Nesse caso, a projeção das possibilidades segundo a singularidade do usuário deve ser objeto de discussão de equipe,

pois a visão multiprofissional deveria ser a responsável em reduzir a influência de posturas pessoais e de vícios de conduta que qualquer profissional acaba desenvolvendo em seu cotidiano. O trabalho multiprofissional seria capaz, então, de ampliar o alcance terapêutico, favorecendo o usuário^{12, 13, 14}.

Neste sentido, não se observa no discurso do profissional referência sobre reuniões de equipe com esta finalidade, quando estas reuniões são mencionadas, direcionam-se para questões relacionadas à rede de cuidados.

O que transparece na prática exposta pelo psiquiatra quanto à equipe multiprofissional apresenta-se ainda imbuída de uma prática apartada, pois não há menção de TR e nem de projeto terapêutico, elementos importantes quando se pretende um modelo segundo as orientações da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Outro elemento bastante importante quanto às diretrizes atuais diz respeito ao acolhimento, o qual aqui ainda é tratado como triagem. O médico refere o seguinte no tocante a este tema: *“A triagem é feita por três profissionais, um deles médico. Os pacientes em triagem que não se enquadram no atendimento proposto são encaminhados já nessa mesma consulta. São eles adolescentes, alcoolistas e drogaditos, idosos”*. Essa triagem apresenta, contudo, o caráter multiprofissional por oferecer a escuta de três profissionais diferentes, sendo capaz de possibilitar uma escuta ampla em pontos de vista e de trocas interdisciplinares, o que se coaduna com a proposta do acolhimento como espaço intersessor³⁰.

Ainda em consonância com o dispositivo acima aludido, tem-se que é a partir dele que se qualifica a demanda com vistas à adesão ao serviço

ou à decisão de continuidade de cuidado em outros níveis de complexidade, segundo as características da demanda, como se percebe em: “*Os pacientes em triagem que não se enquadram no atendimento proposto são encaminhados já nessa mesma consulta*”.

Uma característica que pode ser problematizada está na participação do médico nesse processo, não tanto por sua implicação, benéfica em todo caso, mas pelos motivos que podem estar implícitos nessa presença, pois, ao se visitar as ponderações de Franco³⁰ em seu estudo sobre a implantação do acolhimento, a participação médica, por conta da tradição desta área nas práticas de saúde, é tida como bastante difícil pela própria centralização que acontece em torno dessa categoria profissional. Se não for este o caso aqui e o médico participa como elemento capaz de oferecer conhecimento técnico e de recebê-lo dos outros profissionais, estabelecendo uma troca de experiências e pontos de vista, então se tem uma triagem, conforme referido, com características bastante concernentes com as propostas de acolhimento e da Reforma Psiquiátrica. Contudo, esta motivação não fica clara no discurso do profissional em questão.

Relata, ainda, que, por sua característica, o CAPS acolhe não apenas o que chama de pacientes de CAPS, mas também aqueles oriundos de UBS que não tem saúde mental, se constituindo assim em um “grande ambulatório”, conforme segue: “*o CAPS realiza um ‘trabalho misto’: não é só de CAPS. Atende também pacientes de atenção básica, que compõem um ‘ambulatório grande também’, vindos de territórios onde não há equipe mínima de saúde mental na unidade básica*”. Isto mostra que o acolhimento – ou a triagem, como sugerido – está transpassado pela organização da rede e

absorve uma demanda com características mistas, tanto da atenção básica quanto de outros níveis de complexidade. Neste ponto, nota-se que o CAPS como acolhedor da saúde mental, se sobrecarrega por conta das ausências que se refletem na rede, impulsionando o sofrimento psíquico para sítios de exclusão.

Até o presente momento, a discussão se deparou com algumas ausências verificadas nas Unidades, mas quando se volta o olhar para a rede, pode-se dizer que estas ausências localizadas acabam por reverberar em toda a linha de cuidado, transformando-se em uma dimensão que já não deve ser ignorada ou tratada como um problema local, mas como estrutural.

Toma-se então as ponderações do profissional psiquiatra acerca da articulação da rede para se verificar esta suposta ausência estrutural, quando e onde ela se mostra presente.

O médico refere: *“Recebem pacientes encaminhados pelo Pronto Socorro da Região, por outros Pronto-Socorros e por UBSs. Em geral, os pacientes CAPS continuam sendo acompanhados pelo médico que os recebeu na triagem”*. O CAPS aqui exposto não é aquele que recebe apenas a partir do PS, como fica caracterizado pela UBS A, mas também das outras UBS, de acordo com o referido na discussão da UBS B. Essa diferença quanto à visão das UBS sobre o que fazer com suas demandas de saúde mental leva àquela percepção de uma ausência de comunicação entre os serviços da rede, configurando aquele arquipélago composto por ilhas de especificidades e não pela responsabilização comum. Ainda quanto à passagem acima, o médico expressa que *“Em geral, os pacientes CAPS continuam sendo acompanhados pelo médico que os recebeu na triagem”*. Esta continuidade com relação ao

médico o coloca como referência no tratamento que ali se inicia, desde o ato da recepção. É bastante comum que os profissionais que realizam a triagem acabem por se tornar os técnicos de referência dos usuários, essa prática fortalece o vínculo do usuário com o serviço, colocando o profissional que o acolheu como mediador deste e neste processo.

O profissional comenta: “*Há também uma tentativa de direcionar a demanda por psicoterapia para a Clínica da Universidade, para UBSs que têm psicólogos ou para locais que fazem esse tipo de atendimento por um pagamento simbólico*”. Aqui, mais uma função própria do acolhimento é verificada, acionando recursos da rede com vistas à resolutividade dos casos que surgem e também se amparando com outros recursos da região. Assim como acontece na UBS B analisada anteriormente, essa prática se repete aqui. E isto pode indicar que, a propósito daquela ausência de comunicação discutida e da configuração da rede como arquipélago, há uma tentativa de se afinar os dispositivos em direção à resolutividade por meio da ampliação das ofertas inter-relacionadas.

Em seu relato, o médico atribui às reuniões de equipe o conhecimento sobre os recursos da rede e relata que existem colegas seus que “*são experts na rede. Conhecem a fundo tudo o que acontece*”. Admite com isso uma maneira multiprofissional de se produzir saúde, se valendo das trocas possíveis entre os diversos profissionais. Esses se dividem no decorrer do dia, por horários diferenciados, e mesmo em dias diferenciados; logo, o espaço de reunião de equipe se configura como aquele necessário para agregar o trabalho que vem sendo desenvolvido, promovendo uma integração

e trocas constantes. A menção do médico às suas colegas *experts* em rede oferece mostras disso.

Por fim, o médico ainda discute uma questão que já foi abordada pelo médico psiquiatra da UBS B, mas diverge dele; trata-se do que pode ser considerado interconsulta. O médico salienta a *“realização de parcerias com os clínicos para o tratamento de alguns pacientes – ‘o psiquiatra dá as dicas de como medicar’*. Não é comum, mas acontece, e a equipe do CAPS têm interesse de que realmente aconteçam”. Essa questão foi tratada anteriormente com reservas pelo psiquiatra da UBS B, pois o mesmo referiu que é *“mais fácil tratar um caso virgem de tratamento”*, recorrendo à especialidade médica como caudatária de sua própria divisão. Já o médico em questão, por outro lado, se coloca como disposto a dividir o problema com os clínicos, oferecendo-lhes *“dicas de como medicar”*, não se mostrando como o proprietário exclusivo de sua especialidade.

Mas essa postura, embora justificada, ainda é apresentada com certa resistência, como se nota no que segue: *“Acredita que esse não seja o ideal, mas, na medida em que responde ao paciente, ‘desafoga’ o clínico e o CAPS é uma estratégia que deverá ser utilizada. Frisa que não é mais ingênuo a ponto de esperar um atendimento ideal”*. Ou seja, o profissional abandonou a crença de um ideal inalcançável e passou a trabalhar com o real possível, e percebe a possibilidade desse compartilhamento com os outros médicos não-psiquiatras, de modo que em sua fala, posiciona o usuário como o centro das práticas de saúde e essas como capazes de alterar os processos de trabalho, tornando-o mais dinâmico: *“na medida em que responde ao paciente, ‘desafoga’ o clínico e o CAPS é uma estratégia que deverá ser utilizada”*.

A visão estratégica se apresenta como o meio que oferece possibilidades entre o ideal pensado e o real imposto, produzindo novas transformações na prática cotidiana do serviço^{46, 48}.

O Psicólogo

Até este ponto da discussão, a fala dos diversos profissionais deixa salientiar um elemento comum: a impressão de que sempre falta algo, que há uma ausência. No discurso do profissional de psicologia do CAPS não é diferente e, mais ainda, está carregado por essa característica.

O profissional que agora se torna foco da discussão exerce dois papéis: o de psicólogo da Unidade e o de auxiliar de chefia. Nota-se que esta última função parece sobressair-se sobre a primeira, já que se detém mais sobre a Unidade como um todo e não especifica seu trabalho como psicólogo do CAPS.

O profissional desempenha suas atribuições desde o desmanche das cooperativas do PAS, modelo anteriormente adotado. Participou, portanto, do início da construção do CAPS até o presente momento e aponta nessa transformação a seguinte alteração: *“Lembra que anteriormente à sua transformação em CAPS, [...], todos os pacientes eram recebidos mediante o encaminhamento de um profissional, e realmente só eram atendidos os casos mais graves que necessitavam do regime intensivo de atendimento”*. Essa passagem mostra que anteriormente não havia a chamada demanda espontânea, mas aquela oriunda de encaminhamentos e que o atendimento se dedicava a “apenas” casos mais graves, os demais casos não ficam explícitos quanto ao seu destino.

O profissional refere que *“Depois da Portaria 336, o CAPS foi regulamentado como sendo a referência para todos os casos de Saúde Mental. Desde então, a equipe se achou obrigada a manter a ‘porta aberta’, e garantir pelo menos uma primeira escuta à demanda que recebe”*.

Ressalta-se que a “porta aberta” foi entendida como uma obrigação e não necessariamente como a melhor opção para o atendimento da população. A questão que se levanta é: o que uma obrigação como essa pode acarretar às práticas do serviço em questão? As portas abertas da Unidade de Saúde estariam de acordo com a universalidade do direito à saúde, portanto, com as diretrizes do SUS. Todos que procuram pelo serviço devem ser atendidos. Mas quando uma equipe está habituada com uma particularidade na forma de prestar o serviço e tem uma demanda já caracterizada, mesmo que seja pelo crivo do encaminhamento e recebe uma obrigação externa de “ter que manter a porta aberta” é provável que seus recursos sofram o choque da nova realidade que se coloca.

Na visão do profissional, *“Não há profissionais suficientes [...] para tratar os pacientes de CAPS e os pacientes de Ambulatório. Principalmente o primeiro grupo não recebe a atenção necessária”*.

Como já foi abordado, o CAPS em questão desenvolve um trabalho também semelhante a um grande ambulatório e essas duas demandas aparecem na fala do entrevistado como uma sobrecarga à equipe, como deixa claro ao relatar que *“não há profissionais suficientes”* para ambas as modalidades de atendimento que ali acontecem. Com isto, o vínculo com os usuários acaba sendo prejudicado, como pode ser notado quando refere: “o

primeiro grupo não recebe a atenção necessária". Ou seja, os usuários próprios ao CAPS ficam prejudicados a partir dessa organização.

Ainda com relação à questão da organização da prestação do serviço e do vínculo que esta propicia, o profissional exemplifica: "*Os médicos [...] dificilmente conseguem organizar seu horário para se integrar aos grupos realizados com os pacientes CAPS. Conseqüentemente não conseguem uma participação efetiva no tratamento integral desses casos. São vários os grupos realizados e apenas dois ou três deles contam com a participação dos médicos*". Assim colocado, o profissional atribui à organização do serviço a dificuldade de manter uma atenção adequada aos casos que mais necessitam, coloca a obrigação das "portas abertas" como um dos motivos dessa dificuldade.

A convivência de dois modelos [ou mais] do atendimento em saúde mental pode fazer surgir novas formas de atenção na referida área, desde que essa convivência seja entendida como motor para novas soluções. No entanto, conforme o discurso do profissional, essa convivência tem se mostrado um limite acima das possibilidades da equipe; assim como, no relato do médico, tem causado problemas no relacionamento entre os usuários considerados de ambulatório e os do CAPS.

Contudo, essa questão pode representar também uma angústia da equipe por ter seu trabalho alterado por força de Lei e não pelo próprio movimento que leva à superação de questões concernentes às práticas de atenção em saúde mental. Quer dizer, o CAPS como responsável pela saúde mental de determinada região, necessita oferecer o suporte a todos os casos com essa característica que surgem em sua área de abrangência. Deve ser o

dispositivo de referência. Quanto à natureza de seu atendimento, deve ser capaz de responder a casos graves tanto quanto a casos intermediários, segundo o projeto terapêutico que já fora explicitado.

Usuários cuja autonomia não se encontra prejudicada a ponto de necessitar de um tratamento com as características do modelo CAPS são próprios da atenção básica¹⁸. Cabe observar, no entanto, que há UBSs, como é o caso da UBS B em que há atenção em saúde mental.

A obrigação da “porta aberta” traz consigo, ainda, outro elemento fundamental quando considerada a Política da Reforma Psiquiátrica, a saber, o acolhimento. Ao tratar desse assunto, o profissional relata: *“a equipe se achou obrigada a manter a ‘porta aberta’, e garantir pelo menos uma primeira escuta à demanda que recebe. Todos os que procuram o atendimento são atendidos em uma primeira consulta”*. Percebe-se aqui que as diretrizes vêm sendo aplicadas, mas com o caráter de obrigação e não necessariamente como uma resposta apropriada à demanda.

Essa primeira consulta aludida acima é o dispositivo que mais se aproxima da concepção de acolhimento, sendo, contudo, dividida em duas modalidades, como pode ser visto quando o profissional continua: *“ou de triagem - individual, realizada por um médico e outro profissional, dirigida àqueles cujo encaminhamento transmitiu a idéia de tratar-se de um caso grave; ou de recepção - atendimento em grupo, com três profissionais de nível superior, para aqueles casos que possivelmente não necessitarão do atendimento intensivo do CAPS”*.

“Triagem” ou *“recepção”*, a primeira é *“individual* e a segunda *“em grupo”*. O critério para a decisão da modalidade está na *“idéia de gravidade*

exposta pelo encaminhamento”. Aqui se apresenta um duplo procedimento produto da transição e identidade próprias do serviço, quer dizer, é necessário oferecer uma escuta a todos os casos, conforme o novo modelo, mas ainda sob a ótica do encaminhamento, em congruência com o modelo antigo. Esse duplo olhar se resolveu com uma duplicidade na prática? Triagem e recepção, individual e coletiva.

Quando se caracteriza o acolhimento como um espaço de escuta, depreende-se daí que todos os casos devem ser ouvidos a partir deste dispositivo, e na relação estabelecida através dele surge a decisão segundo as necessidades do usuário e as possibilidades da rede. O papel do encaminhamento nesse caso aparece como um elemento técnico que enviesa essa relação. A pressuposição de verdade⁷ da gravidade imposta pelo encaminhamento expressa a resistência que esse serviço demonstra com o novo modelo, colocado por força de Lei.

O que o profissional diz é: do encaminhamento surgem dois caminhos, um individual, para casos mais graves, os quais passam por triagem; e outro coletivo, para casos leves, a recepção. A triagem leva ao CAPS e a recepção ao ambulatório. Isto mostra que quem decide o atendimento/tratamento não é a relação entre usuário de necessidades e serviço de saúde, mas o médico que encaminhou. Retrocede-se assim ao modelo centrado na figura do médico.

O psicólogo justifica esse procedimento no que refere: *“Uma das principais idéias presentes nesse ‘modelo’ é a de se procurar, apesar da necessidade de atender todos os casos, encontrar formas para garantir que casos mais graves, ou que estejam usando medicação psiquiátrica, sejam*

atendidos com maior prontidão". Não é intenção aqui problematizar a idéia apresentada sob a perspectiva de garantir primazia aos casos mais graves, uma vez que isso se coaduna com a diretriz da equidade nos atendimentos, mas ao princípio que orienta a decisão sobre essa primazia, atribuída a um saber técnico e prescindindo da troca social à qual o acolhimento se propõe.

Quando o acolhimento é entendido como o dispositivo capaz de transferir a responsabilidade dos casos à equipe multiprofissional e desvinculá-la da centralidade na figura do médico³⁰, esse entendimento deve ser capaz de moldar a oferta do serviço, causando transformações na maneira de se produzir saúde. Contudo, o que pode ser notado, segundo a organização do serviço em questão, é uma permanência de princípios divergentes da Reforma Psiquiátrica, no tocante ao acolhimento, e que ainda regem a produção de saúde naquele local. Isso permite pensar que, ainda existe uma lacuna bastante explícita entre o que se pretende com um novo modelo e como este pode ser aplicado de modo a alterar verdadeiramente o cotidiano dos serviços. Ou seja, o novo modelo surge como aquele capaz de ultrapassar os limites do modelo anterior, mas apresenta limites sócio-históricos quanto à sua implementação.

O psicólogo expõe, contudo, um CAPS que busca várias parcerias com outros serviços de sua região, ampliando o leque de ofertas. É possível identificar isso quando menciona a "*importância da realização de um trabalho extra-muros*". Um trabalho dessa natureza, como é referido aqui, segue a prerrogativa segundo a qual o CAPS seria capaz de proporcionar uma maior interação social, produzindo inclusão de seus usuários a serviços da sociedade, socializando a loucura e não a restringindo a um *lócus* específico.

O psicólogo trata da continuidade do cuidado relatando que os casos que não são absorvidos pelo CAPS são direcionados para estes outros serviços: “*a equipe procura se manter atualizada em relação aos recursos da rede para possíveis encaminhamentos (de volta à UBS de referência, à Clínica de Psicologia da Universidade, ao CECCO, a outros serviços gratuitos de atendimento psicológico e à Terapia Comunitária que vem acontecendo na Igreja local)*”. Essa preocupação com a continuidade do cuidado pode demonstrar que na prática cotidiana deste serviço há a responsabilização da equipe quanto aos casos que recebe e que acaba por criar uma dinamicidade na rede de cuidados.

Quando volta sua atenção para os usuários inseridos no CAPS, também oferece mostras dessa preocupação com um cuidado ampliado: “*Em relação aos pacientes CAPS, há um esforço por parte da equipe no sentido de propiciar/ estimular a inserção social dos pacientes. Procura-se evitar uma cronificação dentro do CAPS já que, por ser um espaço - às vezes único - de socialização para os pacientes, corre seriamente esse risco. Parte da equipe procura promover a participação desses pacientes em trabalho de ONGS, festas, movimentos culturais, curso de fotografia e imagem, Oficinas de curtas, cursos gratuitos de computação, datilografia; formação básica para mercado de trabalho [...]*”.

Embora essa diversidade de ofertas possa se constituir tanto como uma saída à sobrecarga de trabalho, em um movimento centrífugo, cumpre também, por outro lado, o papel de se adequar às potencialidades dos usuários. Em outros termos, seus projetos terapêuticos ou projetos de vida (que não estão presentes na fala) precisam tomar uma forma a partir dos

elementos externos, precisam ser objetivados e essas ofertas podem ser capazes de cumprir essa função. O psicólogo admite um “*esforço por parte da equipe*” neste sentido, produzindo inserção social através da diversidade de ações e participações que promovam trocas sociais aos usuários; função própria do modelo CAPS.

Percebe-se em sua fala que o profissional se orienta por alguns elementos ainda concernentes à tradição psiquiátrica, por exemplo, a idéia de alta. Comenta: “*Essa seria a principal idéia de alta para os pacientes CAPS, ou seja, a possibilidade de seguir a vida com uma melhor inserção social*”. O trabalhador recorre ao significante *alta*, tido como o elemento mais familiar, mais próximo daquilo que se objetiva no modelo CAPS como provocador de uma maior autonomia nos usuários. Pois, a reinserção social oferece a possibilidade de ampliar as trocas sociais e de maior autonomia; mas não implica necessariamente um desligamento do usuário com o serviço; desligamento esse implícito no termo *alta*.

O discurso se ampara nos dois modelos fundidos e confundidos nas práticas cotidianas, isto é, ao mesmo tempo em que se tenta construir um CAPS como um substitutivo ao hospital psiquiátrico, ainda se recorre ao modo de fazer baseado na perspectiva que o respalda. Isto pode ser notado com a prática duplicada na qual surge a triagem e a recepção e na concepção de alta expressa acima.

O profissional, dentro deste serviço em transição e transformação, percebe algumas dificuldades com respeito à rede de cuidados, mais adiante relata: “*Em relação ao PS são apontadas dificuldades de comunicação – pacientes encaminhados para a emergência já chegaram a ser internados em*

hospital psiquiátrico – e dificuldades referentes à falta de psiquiatras em vários plantões - os pacientes com quadros emergenciais são mandados com a ambulância das UBS A e B para lá, e algumas vezes devolvidos ao CAPS por esta falta de psiquiatras”. O profissional identifica o problema de comunicação já verificado como responsável por algumas condutas divergentes à orientação da reforma psiquiátrica de evitar internações, mas não analisa a posição que o PS ocupa nessa rede, muitas vezes, como mostrado, ocupando o centro das decisões sobre a saúde mental na região.

Quando menciona, mais adiante, *“que o tratamento CAPS e o tratamento de emergência não sejam feitos em um mesmo local”*, posiciona o CAPS como serviço insuficiente no tratamento das crises, necessitando do PS como retaguarda e ao transferir essa responsabilidade ao PS transfere-lhe também o poder de decidir sobre o procedimento a se adotar, o qual pode culminar em uma internação.

A comunicação aludida deve ser estimulada e efetuada de maneira a problematizar a rede e seus recursos e a afinar as perspectivas presentes, isto é, não se trata apenas de evitar internações, mas de se pensar no projeto terapêutico e no trabalho realizado. Quais as conseqüências de uma internação neste momento da vida do usuário? O que é possível ser feito de modo a evitá-la caso seja constatado pelos serviços que esta internação possa ser mais danosa que benéfica? Colocando as necessidades do usuário como o centro do trabalho.

Este tipo de comunicação fica limitado quando a lógica que orienta o fluxo baseia-se nos encaminhamentos e não no acolhimento, uma vez que ele traz consigo a necessidade de oferecer a continuidade por meio de

acordos firmados, um espaço de fala e de escuta no qual se produz um acordo sobre o destino do usuário na rede de cuidados e não apenas atribuindo ao profissional de saúde ou ao serviço de saúde o poder de decisão sobre o que acontecerá com ele.

O relato do profissional mostra que se encontra em uma posição ambígua, pois necessita lidar cotidianamente com dois modelos convivendo e com serviços que destoam quanto às aplicações desses modelos, alguns mais sensíveis às prerrogativas da reforma psiquiátrica, outros mais voltados à lógica permeada pelo modelo hospitalocêntrico.

A comunicação aferida deve abarcar a totalidade da rede para produzir a negação do estabelecido, e, a partir dela, delinear ações propositivas que constituam um modelo menos divergente entre os serviços da rede analisada.

5. Revisitando os Relatos – O Segundo Giro

Tentando realizar o giro hermenêutico, seguindo os passos que os seus fios conduzem, foi possível arquitetar a argumentação a partir de questões fundamentais nos serviços de saúde mental, a primeira delas diz respeito ao vínculo como o elemento mediador e que está, ou deveria estar mediando todas as relações que as pessoas estabelecem.

Procurou-se identificar no discurso dos sujeitos como eles situavam o elemento mediador na tentativa de entender como ele era produzido e sob quais aspectos era modulado no interior dos diferentes dispositivos que compõem a rede em análise.

Esse caminho se fez necessário para que, ao se reconstruir a trama das falas a rede surgisse e os sujeitos que contribuíram para sua descrição pudessem dar voz a ela. Essa voz possivelmente ecoa sobre o serviço oferecendo-lhe uma forma específica no cotidiano e mediando os profissionais e os usuários.

Mas, ao se tratar da forma não se pode esquecer dos movimentos próprios aos quais ela se submete, elementos esses produto da história pela qual os conceitos e as práticas atravessam. Assim se delinea o que Gadamer³⁶ irá chamar de fio condutor: através da linguagem se desenrola o fio pelo qual se esboça o caminho do pensamento. Sendo os fios condutores que guiam o pensamento os seguintes: o vínculo, o acolhimento e a articulação da rede.

Esses três elementos estão perpassados pelas práticas que acontecem no interior da rede de cuidados; e essas práticas podem ser entendidas como tecnologias que tornam o processo de trabalho possível.

É importante ressaltar que o conceito de tecnologias adotado se refere a uma ação intencional no mundo e mediada por uma racionalidade^{39, 40}. Segundo essa compreensão, as tecnologias seriam capazes de capturar os objetos e transformá-los em bens/produtos. No caso da saúde, a própria sanidade dos agravos seria seu produto, ou os elementos simbólicos oriundos das relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários dos serviços.

Para Merhy³⁹, há uma diferenciação entre o trabalho morto, cujos produtos já estão acabados – por exemplo, as medicações ou os procedimentos e o trabalho vivo em ato, o qual se dá na própria relação estabelecida, é o trabalho que “acontece acontecendo”, mediado pela atuação dos agentes, constituindo-se em trabalho sempre novo e criativo.

Com relação a essa discussão, tomam-se os apontamentos de Merhy⁴⁹ com relação às práticas nos serviços de saúde. O autor especifica três maneiras de o processo de trabalho se apresentar, são elas: as tecnologias duras, que se constituem como equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais; as tecnologias leve-duras, que dizem respeito aos saberes estruturados; e as tecnologias leves, que são basicamente tecnologia das relações, produzindo vínculos, autonomização, acolhimento.

Portanto, essa última categoria de tecnologia que mais interessa analisar, uma vez que se trata de entender o vínculo, o acolhimento e a articulação da rede. Estando esse último fio condutor situado como efeito do trabalho dos diversos atores, isto é, enquanto o vínculo e o acolhimento são produzidos e podem ser analisados intra-serviço, a articulação da rede se produz como um fenômeno inter-serviços, mas também mediada pelas tecnologias do trabalho.

Diante disso, passa-se agora para o diálogo com a rede analisada, a partir dos fios condutores.

5.1. Vínculo

Alguns pontos levantados quando se analisa a voz da primeira UBS leva para uma impressão de ausência no serviço. Em alguns momentos essa ausência assume a forma de recursos humanos, em outros de recursos materiais, e por fim, de recursos relacionais.

De várias maneiras esses elementos podem ser conflitados, mas o objetivo primordial é trazer à luz aquilo que se refere especificamente às relações que acontecem no interior dos serviços de saúde da rede em análise.

No tocante a este aspecto, o de vinculação com os usuários, cabe um retrospecto sobre o conceito que aqui se abordará. Na saúde pública, o conceito de vínculo tem sido desenvolvido como o elemento mediador da relação profissional-usuário²⁰. Esta relação que possibilitaria a escuta das necessidades dos usuários, colocando o enfoque nas potencialidades do sujeito que apresenta determinado problema de saúde e não mais unicamente sobre seu agravo. Agindo desta forma, o profissional vinculado ao usuário teria a possibilidade de ampliar sua oferta segundo as opções que o serviço apresenta, conseguiria identificar as necessidades reais que precisam de cuidado e entender o sujeito que apresenta sua queixa como situado em um contexto social e histórico^{23, 42}. Trata-se do meio pelo qual se orienta a ação, mediando a tomada de decisão de forma a tentar uma resolutividade a partir de um contrato firmado entre as partes³⁰.

Essa modalidade de atenção à saúde não prescinde das técnicas que podem ser empregadas, mas tenta não se limitar a elas, tratando o sujeito

do sofrimento e não apenas o sofrimento em si como ente que se manifesta universalmente nos diferentes sujeitos^{2, 3, 4, 5}.

A partir do exposto, pode-se verificar que, segundo essa perspectiva e os apontamentos dos discursos da UBS A, unidade que não dispõe de uma equipe de saúde mental, as ausências mencionadas podem ser sentidas pelos profissionais como a falta de um processo de trabalho que legitime esta relação de estabelecimento de vínculos como um momento da assistência. O profissional que apresenta em seu trabalho essa característica não o faz seguindo os princípios da organização do trabalho, mas orientado por seu próprio movimento. Trata-se de um profissional que se relaciona com os usuários sem a mediação de instrumentos técnicos, ligando-se a eles partir da escuta que estabelece.

A falta da legitimidade desse processo pode apresentar-se como o cerne das ausências explicadas, ou seja, se oferece vinculação, mas ela permanece oculta pela lógica que impera no serviço. Trata-se da lógica centrada na figura do médico como o detentor do saber e recurso fundamental no tratamento dos problemas de saúde, unida à postura de queixa-conduta própria de uma tradição corretiva nos serviços de saúde⁴⁰.

Essa questão, situada sobre o discurso do próprio clínico que é categórico ao afirmar que não estabelece vínculos com pacientes com queixas de saúde mental, por julgar seu tratamento apenas possível pela especialidade psiquiátrica, mostra o quão distante a rotina do serviço está da discussão acerca das relações intersubjetivas como o motor da atenção em saúde, mantendo-se próximo da atenção mediada exclusivamente pela técnica como fim na tentativa de produção de saúde³.

A UBS A mostra que as práticas dos dois profissionais se diferenciam segundo estas modalidades, tecnologia leve quando se observa o agir do auxiliar de enfermagem, que estabelece relações vinculares e escuta dos usuários e tecnologia leve-dura do médico que se relaciona com os mesmos a partir de procedimentos enrijecidos pela profissão, através da leitura de sintomas, com visão curativa e seccionando as pessoas por perfis nosológicos.

Essa diferença entre as condutas leva para a questão da organização do trabalho e para a gestão do serviço, uma vez que não fica claro como os profissionais são orientados quanto ao relacionamento com os usuários, se são orientados quanto a essa questão. A fragmentação das ações que se apresenta entre as categorias profissionais que compõem a UBS e a mistura dos modelos é uma consequência dessa forma de gerir.

Trilhando esse caminho de estabelecimento dos vínculos, toma-se agora por objeto de análise a maneira como ele acontece na segunda UBS, a qual se diferencia por comportar profissionais de saúde mental em sua equipe.

Duas são as perspectivas apresentadas quanto ao vínculo na referida UBS: a sua marginalidade no trabalho do psiquiatra e sua ausência na fala do psicólogo. Em ambos os casos, a necessidade do laço que as tecnologias leves podem criar parece se materializar.

No primeiro caso, se percebe um profissional qualificado e capaz de criar vínculos com os usuários do serviço, contudo, são considerados vínculos marginais por permanecerem à margem da instituição, denotando uma

incongruência na prática quando abordada segundo as concepções apresentadas^{2, 33, 39, 40}.

A ausência da escuta se configura estrutural nesta UBS, uma vez que o problema se apresenta como recorrente e a dinâmica da unidade absorveu sem promover nenhuma resolução. As pessoas vincularam-se ao médico por conta de seu caminho profissional; por onde passou foi construindo vínculos duradouros o suficiente para se tornar a referência para as pessoas. No entanto, por conta da organização da unidade, essas pessoas não têm disponíveis seus prontuários de maneira a serem reconhecidas pelo sistema de saúde. A ausência de leitura da demanda em função de uma rigidez organizacional traz problemas para a assistência à saúde da população na região. Nesse ponto ressalta-se o predomínio das tecnologias duras envolvendo a rotina do trabalho.

As circunstâncias apresentadas apontam para a necessidade de uma reconfiguração da rede, apresentando-a sem ambigüidades, ou seja, o esclarecimento sobre o fluxo deve contribuir para a fluidez, uma vez que a rede deve se organizar para oferecer os recursos necessários seguindo o princípio de regionalização. As UBS mencionadas nas entrevistas, X e Y, que não possuem saúde mental devem ser capazes de reconhecer e direcionar a demanda para as unidades que dispõem dessa oferta, ou mesmo para o CAPS que tem uma área geográfica de grande abrangência.

O que se nota, no entanto, é que as UBS sem saúde mental têm como orientação o encaminhamento para o PS, o que acaba por sobrecarregar esse serviço, ao mesmo tempo em que gera um longo percurso para os usuários antes do estabelecimento de vínculos, uma vez que busca trabalhar a

partir da visão corretiva, produtora de procedimentos e fragmentária em especialidades detentoras de um saber hegemônico^{2, 32, 33, 39, 40}.

Essa UBS apresenta dificuldades no estabelecimento de vínculos situadas sobremaneira na questão da organização da rede, sem uma posição clara; e não tanto pela atuação dos profissionais que a compõem.

No segundo caso, na fala do psicólogo, a ausência do vínculo aparece sobre a mesma argumentação, uma vez que se demora na descrição da rede, demonstra a necessidade de sua construção para o próprio profissional. Encontra-se na situação de descrever um “o que fazer” com as demandas, já que não aquiesce à solução encontrada pelo colega de promover atendimentos marginais.

Não é sem motivos que o vínculo surge nas falas com estas características: marginal e omissa. Contudo, os motivos não parecem se centrar sobre os profissionais, uma vez que, conforme seus relatos mostram, imprimem tentativas individuais de sanar o problema que se apresenta estrutural.

Se o problema se apresenta estrutural, sua solução também deve seguir essa premissa, uma vez que as tentativas individuais dos profissionais, louváveis em todo caso, esbarram sobre o problema inserido na própria estrutura, orientada pelas tecnologias duras, propiciando sempre relações que reproduzem sua dureza no cuidado com os usuários.

As ausências nos relatos dos profissionais das UBS e a mistura dos modelos demonstram a maneira como a rede se organiza. Quando se toma o CAPS da região para se entender o estabelecimento de vínculos, a mesma lógica surge, apontando mais uma vez para a estrutura de toda a rede.

As falas com respeito a vínculo no CAPS mostram dificuldades em se relacionar com o usuário sem estabelecer com ele uma relação de tutela, oriunda da tradição da área saúde e sobretudo da saúde mental^{8, 33, 39}, dificuldade em fazer cumprir o objetivo socializante dos CAPS e de promover autonomização do usuário¹⁹. Além desse aspecto, a convivência de dois modelos é identificada como uma das dificuldades no estabelecimento de vínculos.

A unidade se organizou para funcionar como CAPS e como Ambulatório, serviços de naturezas distintas e de modos diferentes de prestar assistência. Além do fato de esse modelo novo ser sentido como uma obrigação pelos profissionais.

Assim como na UBS, em que se notam marginalidade e omissão, no CAPS paira uma impressão de uma demanda dupla sendo atendida pelos mesmos profissionais. Esta duplicidade, como foi discutido, transparece nas práticas que acabam por se organizar em procedimentos igualmente duplos.

A gestão das unidades têm recorrido a instrumentos que não oferecem escuta à demanda de modo a contemplar as necessidades dos usuários, já que os mais prejudicados por essa duplicidade são aqueles que precisam do CAPS e não do Ambulatório, conforme relato.

Essa duplicidade ainda pode ser entendida como produto da organização da rede, uma vez que os usuários com queixas de saúde mental em grande medida são direcionados ao PS, causando sobrecarga para esse serviço. Por sua característica, esse equipamento não oferece continuidade no cuidado, já que apenas produz procedimentos, dependendo das UBS ou do CAPS/Ambulatório, ou mesmo de hospitais fechados para esta continuidade.

As UBS não têm se responsabilizado por esses usuários de modo a oferecer-lhes um tratamento continuado. Essas deficiências podem ser as responsáveis por um CAPS cindido em dois serviços, que assim se organizou por “ter a obrigação de atender a todos os casos”.

A discussão sobre o estabelecimento de vínculo acaba por direcionar a questão para a organização da rede de cuidados, mostrando como ela está ligada à forma que o trabalho acontece na dinâmica do cotidiano.

A organização do serviço pode ser considerada uma tecnologia dura, assim como as normas jurídicas sentidas como obrigação no relato da profissional do CAPS. O desafio parece ser a iniciativa de superá-las por meio das tecnologias leves^{39, 40}. A princípio, a sugestão que se apresenta é a tentativa de uma inversão dos valores reproduzidos, isto é, da dureza para a leveza, do vínculo enquanto produto da organização do serviço para a transformação do serviço a partir dos vínculos construídos.

Trata-se de um investimento e por se constituir de um serviço hierarquizado, uma medida como essa deve partir inicialmente dos processos micropolíticos. Gerir a partir da escuta e do relacionamento com os usuários é colocá-los como o centro e o objetivo último do serviço, e todo trabalho deve acontecer com vistas a alcançar esse objetivo.

Para Franco & Merhy³³, as mudanças necessárias, ou como o autor chama, a “transição tecnológica”, é sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. E essa pode ser verificada nos relatos dos profissionais.

O estabelecimento de vínculos apresenta-se ligado à postura dos profissionais e à própria organização dos serviços. Esse duplo aspecto se

coaduna com os apontamentos acima expostos sobre as tecnologias leves como componentes importantes para o entendimento do processo de trabalho. Tenta-se com isso amparar teoricamente estas misturas de posturas profissionais e o reflexo delas na prestação dos serviços, bem como a sensação de ausência constante nos relatos apresentados.

A que confere a sensação de ausências dos profissionais? Conforme Merhy & Franco⁴⁰, a resposta direciona-se para a falta de investimentos na mudança tecnológica, na priorização das tecnologias leves em contrapartida à tradição de reprodução de serviços orientados pelas tecnologias duras e leve-duras.

Ayres² argumenta que somente no relacionamento entre os agentes, profissionais e usuários, que o cuidado pode ser produzido sem a primazia do pensamento instrumental, conceito pelo qual o autor se aproxima da descrição de tecnologia dura, e pode ser baseado na “copresença” do outro, transformando o cuidado sempre em uma criação pautada na alteridade própria às relações humanas.

Na história da saúde mental brasileira, percebe-se a partir dos relatórios das três conferências nacionais^{8, 9, 10, 24, 28} a freqüência com que se discute a necessidade de se reorganizar o modelo assistencial e de lutar pela cidadania dos usuários, já que historicamente tiveram seu tratamento orientado pelo isolamento social, tutela, e ausência de direitos.

Nesse sentido, Amarante¹ concorda que a mudança epistemológica é necessária para que a reforma psiquiátrica seja efetivada, e essa mudança diz respeito justamente ao lugar que o sujeito ocupa na relação terapêutica: o lugar de objeto do saber/fazer médico-psiquiátrico.

Em todos os casos, as ausências sentidas pelos profissionais passam por esta questão: não há um sujeito; assim, o modelo hegemônico se sobrepõe, uma vez que lida com objetos apenas, contudo não retira a sensação de ausência dos profissionais que trabalham com pessoas.

As ausências são um produto dessa forma de organização do trabalho, e uma possível solução da questão deve estar na criação de laços capazes de ligar os diferentes profissionais com as diferentes abordagens, de modo a integrar os trabalhos, tentando promover uma fluidez na rotina destes.

Em determinado momento da análise, foi levantada a questão da institucionalização da responsabilização e o que se afigura agora é a possibilidade do investimento nas tecnologias leves como o ponto de encontro capaz de transformar a oferta do serviço, produzindo o que Campos²¹ irá chamar de produção de coeficientes de vínculo.

Vale ressaltar mais uma vez que não se trata do abandono das técnicas, mas da mudança de seu lugar na oferta dos serviços^{2, 3, 4, 5}. Quando o saber técnico se sobrepõe perde-se a dimensão humana e humanizadora, pois a confiança investida no saber técnico tem a função de verdade⁷ e a lógica sobre a qual ele é construído, bem como o papel que ocupa dentro dos serviços de saúde coloca as pessoas como instrumentos desse saber que afasta o ser humano de sua humanidade.

A técnica não deve ser abordada como um fim em si, uma vez que isso leva ao seu uso indiscriminado, o uso dos mesmos procedimentos para sujeitos distintos, mas deve ser encarada como um meio para se alcançar a finalidade última que é o bem-estar dos sujeitos através da produção do cuidado.

No entanto, para isso, é preciso que os sujeitos saiam do lugar de objeto do saber técnico, medida possibilitada pela apreensão e desenvolvimento das tecnologias leves.

O desenvolvimento das tecnologias leves e a aplicação da mudança tecnológica devem contribuir ainda para a outra questão que se evidenciou: a mistura dos modelos. A tradição e primazia de um determinado modelo, médico hegemônico^{2, 33, 39, 40}, somadas às necessidades normativas de mudanças na prestação de serviços, sem a devida preparação dos recursos humanos podem ser responsáveis por gerar essa mistura.

5.2. Acolhimento

O tratamento da questão do vínculo no item anterior evidenciou a necessidade de os serviços que compõem a rede estabelecerem no cotidiano da assistência um investimento no modelo que faz uso das tecnologias leves, relacionais. Permanecem, por outro lado, fortemente ligados às tecnologias duras, produto de uma tradição própria da área da saúde.

Essa problematização do vínculo nos serviços estudados precedeu-se à análise do processo de acolhimento por sua relação de imbricação, isto é, o estabelecimento de vínculo e responsabilização está ligado ao processo de acolhimento uma vez que ele é entendido como o espaço no qual as relações intersubjetivas – profissional e usuário – acontecem³⁰.

Serviços acolhedores são produtores de vínculo e responsabilização, ao passo que serviços em que o estabelecimento de vínculos é dificultado, deturpado ou inexistente são pouco acolhedores.

Além da possibilidade do entendimento do estabelecimento de vínculos como medida de análise do acolhimento desenvolvido nos serviços, esse processo de trabalho também se liga à questão referente à rede de cuidados e suas comunicações, já que ao acolher se responsabiliza e se prima pela resolutividade, conforme conceito adotado, a qual depende da comunicação entre os serviços. Por isso a análise do processo de acolhimento sucede à do vínculo e oferecerá elementos importantes para a posterior análise sobre a articulação da rede de cuidados.

O trabalho foi capaz de mostrar uma tensão existente entre as posturas dos profissionais com relação à maneira de receber os usuários, cada qual mediado pelos conhecimentos de suas práticas. Verificou-se, por exemplo, que o profissional de enfermagem da UBS A mantinha uma postura acolhedora com os usuários já que oferecia a eles uma escuta sobre seus problemas de saúde. No entanto, pela falta de legitimidade no serviço, não havia um espaço intercessor na UBS mencionada que ofertasse a capacidade de decisões serem tomadas pela equipe de saúde, já que o procedimento duramente estabelecia que as queixas de saúde mental deveriam ser encaminhadas para o PS.

O usuário recebido não era responsabilizado pela equipe através de um projeto terapêutico, mas o que era demandado da relação centrava-se no procedimento de encaminhar para o PS, o qual, por sua característica, tratava a queixa e re-encaminhava o usuário ou para Hospital ou para o CAPS.

A postura acolhedora do auxiliar de enfermagem esbarrava na ausência do acolhimento enquanto processo que reorganiza o trabalho em função das necessidades do usuário, ponto central da discussão acerca do mesmo.

Ainda com respeito a essa unidade, verificou-se que o clínico utiliza o termo acolhimento, o que indica uma penetração do vocabulário referente ao novo modelo, sem, contudo, haver uma transição tecnológica⁴⁰ de fato na UBS.

Falta no referido serviço uma discussão e reorganização da assistência em favor dos usuários, pois a alteração deve passar pela prática dos profissionais e não apenas em sua linguagem. O médico se refere ao

acolhimento como a salinha do lado, local onde outro funcionário faz os encaminhamentos após o usuário ter recebido o atendimento central: o médico.

Essa discussão deve acontecer nas três esferas de poder: trabalhadores, gestores e usuários. É importante notar que, segundo as abordagens mencionadas, o acolhimento se constitui de um espaço intercessor, no qual se realiza um encontro de pelo menos dois sujeitos, um sujeito de necessidades, desejoso de resolução de seus problemas e um sujeito de intencionalidades, com potencial de suprimento daquelas necessidades de saúde através de ações clínicas³⁰.

Os autores³⁰ pontuam as ações clínicas como o conjunto de intervenções tecnologicamente orientadas, mas ressaltam que o oriente deve ser as necessidades dos usuários.

Quando se trata da descrição do acolhimento como um espaço intercessor, é interessante notar que, a salinha referida acaba por ser um recurso organizacional que representa o espaço de encaminhamento ou da continuidade do serviço. Existe uma dureza na organização desse espaço, mantendo-o como espaço unicamente físico no qual o usuário, sem vincular-se com seus cuidadores, deve atravessar para continuar em seu itinerário pela rede, como apenas um espaço burocrático.

O espaço que o acolhimento se propõe criar está pautado na possibilidade da produção de saúde e da produção de subjetividades, uma vez que trata das necessidades e intenções. Intercessor significa mediação, produção do caminho a partir da relação estabelecida entre pelo menos duas partes, produzindo algo novo. Trata-se do próprio trabalho vivo em ato³⁸.

Esses elementos leves não se mostraram presentes nesta UBS, limitada pela dureza do modelo hegemônico.

A reorganização do serviço a partir da aplicação do acolhimento poderia contribuir ainda com a UBS B, analisada a partir do relato dos profissionais psiquiatra e psicólogo, já que ali se nota uma grande fila de espera para o atendimento do médico, que poderia ser abreviada, otimizando o serviço e melhorando a saúde da população, pois, pelo relato se depreende que vários casos que aguardam atendimento não teriam a psiquiatria como destino caso fossem acolhidos por uma equipe multiprofissional capaz de oferecer escuta e qualificar a demanda.

A primazia das tecnologias duras reproduz esta lógica de queixa-conduta⁴⁵, gera filas e impede a resolutividade, bem como a apropriação da saúde pela população, já que prescinde da relação intersubjetiva³⁰.

A ausência das relações humanas não é verificada apenas na relação profissional-usuário, mas também nas relações entre os profissionais, uma vez que quando se volta o olhar sobre as práticas expressas pelo psicólogo dessa UBS, percebe-se em um primeiro momento uma situação semelhante àquela do auxiliar de enfermagem da primeira unidade. O profissional demonstra uma postura acolhedora, mas não condizente com a organização do serviço. Preocupa-se com as listas de espera e tenta receber todos os casos.

A possibilidade de se atender a todos os casos figura-se como uma das diretrizes operacionais do acolhimento, conforme conceito adotado, buscando garantir a saúde para todos, dever do SUS. Mas esta diretriz deve estar consoante com outra que se refere à descentralização da figura do saber

técnico para a equipe que compartilha de diversas tecnologias. O acolhimento assim instituído seria capaz de produzir troca de saberes entre os profissionais e ampliar a oferta de atendimento às necessidades dos usuários, diminuindo as listas de espera³⁰.

No entanto, o psicólogo, embora preocupado com a espera, desenvolve um trabalho solitário, é o único a receber os usuários que são encaminhados, e dedica à recepção um único período na semana.

Conforme mostrado anteriormente, essa organização sacrifica a universalidade da oferta na medida em que não há um atendimento de “portas abertas”.

As unidades analisadas demonstram estar distantes do que é concebido como acolhimento. Sabe-se que a aplicação de processos que implicam mudanças de práticas historicamente construídas não se dará de forma ideal e vão, também historicamente, adentrando no espaço organizacional por meio das normas do Ministério da Saúde, da educação e capacitação dos profissionais, mediadas pela perspectiva defendida e difundida pela gestão em todos os níveis³³, etc. E embora não se reconheça na prática o acolhimento de forma instituída, a linguagem dos profissionais que se misturam entre os modelos, utilizando conceitos de ambas as perspectivas, mostra que há um movimento de apreensão desses processos⁵⁴.

A transformação do instituído se dá apenas com a iniciativa do instituinte^{49, 54}, por isso a mistura se evidencia em todos os serviços. Torna-se importante um trabalho político e cultural dentro dos serviços capaz de reorientar as perspectivas. Mas, para que isso ocorra é necessário o envolvimento de todos os agentes no processo, para se explicitar os pontos

convergentes e divergentes, bem como deixar claro qual o modelo que se pretende empreender.

O modelo que se busca nos CAPS¹⁹ é um exemplo disso, uma vez que a implementação de tal modelo é produto de um processo político e social cujo marco mais significativo, no Brasil, está situado na mobilização dos trabalhadores de saúde mental na década de 80²⁸, na qual houve um questionamento sobre as formas de se tratar pessoas com transtornos mentais. À época não se sabia exatamente o que fazer⁸, mas se denunciava o modelo centrado no saber/fazer médico que não promovia saúde da população que necessitava de cuidados.

Dessa crítica surge a necessidade de alteração da forma de se prestar o serviço e iniciativas começaram a ser impetradas de forma instituinte⁹,
10, 15, 16, 19, 24

A consequência normativa foi a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica¹⁵, que ofereceu as diretrizes jurídicas para que a assistência à saúde mental pudesse ser transformada.

Mas, conforme Gadamer³⁶, elementos da tradição se conservam no processo histórico, e eles continuam a influenciar as práticas profissionais. No CAPS analisado, por exemplo, a maneira como o psicólogo do serviço se refere ao novo modelo como obrigação é um reflexo de uma imposição normativa sem a devida discussão dentro da rede. A convivência do CAPS e do Ambulatório, como mencionado, mostra este “não saber o que fazer”, bem como a necessidade de uma discussão ampla a respeito.

A produção de vínculos e o espaço acolhedor deveriam empoderar tecnologicamente a equipe para oferecer projetos terapêuticos aos

usuários, mas a dureza do modelo apenas os faz escapar para o PS, para o Ambulatório e para o CAPS; e em alguns casos para hospital fechado.

O CAPS, por sua vez, recebe todos os casos, inclusive os que poderiam ser atendidos pelas UBS e, em sua triagem ou recepção, discriminada pelo encaminhamento médico, decidem o destino dos usuários.

O processo instituinte^{49, 54} iniciado pela “obrigação”, como pontua a psicóloga, não fez surgir nos serviços uma reorganização da rede capaz de inverter a lógica do atendimento e focá-la sobre as necessidades da população atendida³⁰, mas fez surgir duas saídas para este atendimento, um chamado de CAPS e outro de Ambulatório.

O vocabulário dos profissionais evidencia essa mistura que divide o acolhimento entre triagem e recepção, mostrando que as saídas encontradas ainda estão ligadas à tradição das tecnologias duras, embora se perceba nos discursos elementos das tecnologias leves.

O processo de transformação do instituído através da penetração do instituinte deve ser capaz de transformar as práticas duras em leves^{33, 40}, na dialética das palavras e das coisas esse processo deve caminhar junto. As coisas mudando as palavras e essas mudando aquelas³⁶.

Quando anteriormente se colocou em questão a participação do médico do CAPS no acolhimento e se problematizou que poderia se tratar de uma aplicação adequada do processo de acolhimento, contemplando inclusive esta categoria que é a mais resistente às mudanças pelo fato de o modelo anterior centrar sobre sua figura a maior importância no cuidado à saúde³⁰ isso pareceu ser um avanço quanto ao investimento daquele serviço em promover

relações entre profissionais e usuários, levando a crer que havia uma transposição de tecnologias duras para leves^{33, 40}.

No entanto, na descrição de sua colega de serviço quanto à maneira como o acolhimento se dá, verificou-se que o médico é demandado quando os encaminhamentos transmitem a idéia de gravidade, havendo aí um procedimento centrado em seu saber^{2, 33, 39, 40}.

Uma maneira de se avaliar a distância ou proximidade da aplicação do acolhimento segundo a perspectiva das tecnologias leves está na presença ou ausência de outros significantes que se relacionam à proposta do mesmo, seriam eles: projeto terapêutico, autonomia, equipe multiprofissional, reunião de equipe, assembléia, controle social, intersetorialidade, geração de renda, visita domiciliar, área de abrangência, técnico de referência, etc^{12, 13, 14}. Contudo, esses elementos não aparecem no discurso dos profissionais do CAPS analisado e tampouco nos das UBS.

Mas elementos discursivos como marcação de consultas, quadro clínico, triagem, especialidade, aparecem com maior frequência e mostram uma conservação do modelo médico-centrista, uma vez que são referências de tal organização da assistência e da visão de saúde^{2, 33, 39, 40}.

Todos esses elementos caracterizam como o acolhimento tem penetrado na referida rede e demonstram que há ainda uma força bastante grande das tecnologias duras na assistência à saúde nesta região.

5.3. Articulação da rede

Até o presente momento da discussão percebe-se que a mesma focou-se sobre a necessidade de haver uma transição tecnológica⁴⁰ para que elementos como vínculo e acolhimento pudessem ser possíveis.

Ao se deparar com a questão da rede de cuidados e de sua articulação, um ponto se sobressai. Refere-se a como a dureza do modelo é mais ou menos acentuado à medida que se aproxima da Saúde Mental⁴⁵, isto é, claramente se percebe que a UBS A, que não possui equipe de saúde mental é a mais rígida na reprodução do modelo médico hegemônico^{2, 33, 39, 40}, ao passo que a UBS B, que possui profissionais com essa característica já apresentam uma maior interação com o CAPS, embora esteja distante do ideal para a atenção básica^{12, 13, 14, 18}, o cotidiano na referida UBS já apresenta um impacto nas práticas, direcionando-as para as diretrizes defendidas pela Reforma Psiquiátrica^{10, 15, 16, 19}.

O CAPS, por sua vez, carrega a herança do modelo anterior agindo paralelamente com um Ambulatório e tendo com isso uma identidade cindida, mas tem mostrado, no relacionamento com a rede, a potencialidade de se transformar no serviço de referência em Saúde Mental na região⁴⁰.

A diferença da prestação do serviço entre a UBS A e a UBS B está justamente no fato de a primeira não ser composta por profissionais de saúde mental, ao passo que a segunda dispõem destes. E, se esta característica for responsável pelas pequenas mudanças quanto às práticas que ali ocorrem; isto leva a crer que a Saúde Mental, através de suas diretrizes

e normatividades, bem como pelo modelo defendido, se coaduna com o modelo de defesa da vida^{42, 45}, que coloca o usuário como o centro do processo de trabalho em saúde e investe nas relações intersubjetivas³⁰.

Como referido, vários autores são capazes de denunciar que o modelo com primazia nas tecnologias duras⁴⁰, ou mesmo que se baseia em um saber/fazer médico psiquiátrico¹, ou cuja lógica está permeada pelo pensamento instrumental²; fazem parte de uma tradição da Saúde Pública e Saúde Mental que embora venha sofrendo diversas críticas, permanece imbuída de legitimidade na maneira como os serviços são organizados e como as práticas ali são produzidas³⁶.

Ao se tratar de linha de cuidados, Merhy & Franco⁴⁰ resumem que a rede:

deve ofertar todos recursos tecnológicos ao cuidado dos usuários e mesmo que este necessite, para sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado a hegemonia do Trabalho Vivo, desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o acesso à mesma e sua utilização é sustentada pelo encaminhamento seguro e trânsito tranqüilo em uma dada "linha do cuidado" que garanta a integralidade da atenção, isto é, o seu "caminhar na rede assistencial" acompanhado pelo profissional ou equipe com a qual formou seu vínculo, onde esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico. É como se houvesse um lastro de cuidado, sustentando todos os atos assistenciais ao usuário, o que pressupõe a freqüente presença do Trabalho Vivo, a sustentar o princípio da integralidade da assistência e a operação das linhas de cuidado. (p.319)

E vale lembrar que o trabalho vivo referido diz respeito ao próprio ato de se relacionar intersubjetivamente com os usuários, produzindo espaços de escuta e de fala, lugares de diálogo, nos quais as necessidades e as intenções serão confrontadas em busca do objetivo: o cuidado⁴².

Assim, é através dessa produção de diálogos que os sujeitos, profissional e usuário, produzem o cuidado. Daí a importância do vínculo e do acolhimento precederem a discussão sobre a rede. Uma vez que a busca pela

integralidade na atenção à saúde passará pelos diálogos que acontecem sobre aquela.

A linguagem é o meio de acesso entre as pessoas³⁶, suas necessidades e intenções são transmitidas e apropriadas por este meio. As práticas mediadas unicamente pelas tecnologias duras, produto de um pensamento instrumental que guarda uma verdade *a priori*⁷ são mudas e não deixam falar.

Diante dos apontamentos, cabe verificar, do distante ao próximo, como a rede tem se articulado na região estudada.

A unidade mais distante, UBS A, apresenta-se segundo relatos, como um local onde procedimentos enrijecidos pelas normas e tradição técnica se sobressaem. Assim, quando o usuário chega com queixa de saúde mental, a indicação que se tem é encaminhar ao PS local, lugar onde as decisões são tomadas.

Esse procedimento feito *a priori* foi relatado por ambos os trabalhadores entrevistados, o auxiliar de enfermagem, que reproduz o discurso da ordem: saúde mental tem que encaminhar para o PS. E o clínico geral, que se vale do conhecimento técnico para justificar o procedimento, segundo ele: o saber sobre saúde mental é atribuído à psiquiatria.

Nesse sentido, quando da análise dos discursos, algumas questões foram levantadas, e espera-se que agora se possa fazer alguns apontamentos a respeito.

A atribuição à psiquiatria como especialidade exclusiva para o cuidado ampara-se na tradição médica inspirada pelo paradigma flexneriano, que, segundo Onocko⁴⁵, “legitima a idéia de ‘qualidade pelo saber’” (p.42) e se

relaciona à administração científica do trabalho – o taylorismo, assim como influencia a organização do trabalho das demais profissões da saúde, tratando-as como auxiliares.

Através desse mesmo paradigma pode-se observar que a rigidez com que se encaminha para o PS segue o mesmo princípio, somente o médico é qualificado para encaminhar para outro médico, depois de identificada a “parte” da pessoa doente.

A tese taylorista do homem certo no lugar certo, aproximando-se da saúde, o homem certo seria o médico, pois deteria o saber sobre a doença e a cura, sobre a vida e a morte, e apenas ele seria capaz de identificar o lugar certo para encaminhar. Por isso o procedimento predominante é o de queixa-conduta: se identifico a “parte” afetada, o conduzo ao especialista daquela “parte”.

O termo “parte” foi enfatizado com as aspas intencionalmente para mostrar que se preocupando com as partes corre-se o risco de perder o sujeito integral. E já na discussão sobre acolhimento se debateu a questão da integralidade do cuidado como o resgate do sujeito na relação entre profissional de saúde e usuário do serviço^{1, 2, 40}.

A relação é possível, enquanto espaço intercessor, quando há o diálogo entre os diversos profissionais e entre esses e os usuários. Mas o que se constata nessa rede é a reprodução de procedimentos que impede o diálogo e a ampliação dos horizontes do cuidado das pessoas. Exemplo disso é que o clínico trabalha na rede há sete anos e não a conhece, deixa este trabalho a cargo do profissional que fica no que chama de salinha do acolhimento, já que ele, segundo este paradigma, é auxiliar do trabalho médico.

Nessa UBS, embora o assunto da entrevista fosse a saúde mental, o CAPS não surgiu na fala do médico em momento nenhum, o que mostra o quanto este trabalho, predominantemente morto e de reprodução de procedimentos, aliena os trabalhadores já que há todo um movimento contrário acontecendo e amparado pelo Ministério da saúde.

A única rede que se configura, a partir dos discursos, é o fluxo da UBS A para o PS, partindo-se da identificação da queixa de saúde mental.

Embora tenha sido afirmado antes que a UBS B está mais próxima das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, já que oferece uma inter-relação maior com o CAPS (este já aparece nos discursos). Percebe-se que nessa unidade também há uma centralidade no trabalho médico, no caso, a psiquiatria.

Na UBS B, foi identificada uma possível divergência entre o trabalho do médico e de seu colega de unidade, o psicólogo, pois o primeiro mantém presente a primazia do PS, enquanto o segundo direciona-se mais ao CAPS. Contudo, essa divergência é esclarecida quando se entende o processo de trabalho no interior da UBS.

Segundo o médico psiquiatra, a UBS B tem o seguinte fluxo: recebe pacientes do Hospital Central e do Hospital Universitário através da marcação de consultas. Após avaliação, se o usuário não for conhecido, encaminha para o PS e esse decide se encaminha para o CAPS ou para hospital fechado. Se for conhecido e conforme a necessidade avaliada pelo médico, encaminha para psicoterapia com o Psicólogo da própria UBS, ou diretamente para o CAPS. Logo, o PS mantém-se como o centro decisório.

Quando analisada a fala do Psicólogo, atentou-se para o fato de ele omitir o PS e estabelecer uma comunicação bastante rica com outros recursos, dando a impressão de tentar uma intersetorialidade. Mas a ausência do PS na fala do profissional, que em um primeiro momento pareceu divergir de seu colega médico, e for analisado sob o prisma do paradigma flexneriano, retira dele a competência de encaminhar para o PS, uma vez que esse procedimento é considerado privativo da categoria médica.

No entanto, as conversações acontecem com maior frequência nessa unidade, denotando que a perspectiva da Reforma Psiquiátrica tem avançado sobre a rede, não sendo ainda capaz de superar o modelo antigo, mas causando sobre ele algumas alterações consideráveis, pois, segundo o relato do Psicólogo, a rede se apresenta multifacetada e com aquilo que os teóricos da defesa da vida chamariam de cardápio de ofertas⁴². O fluxo se mostra da seguinte forma: da UBS para o CAPS, mediante contato telefônico; da UBS para o CAPS ad, quando o caso se tratar de dependência química; da UBS para clínica de psicoterapia da Universidade; da UBS para Ambulatório de especialidades; da UBS para outros recursos da comunidade, como ONGs, CECCO, oficinas, etc.

Ao contrário da primeira UBS, portanto, essa unidade apresenta-se mais comunicante e ofertando maiores possibilidades de espaços de convivência e produção de saúde com produção de subjetividade.

Quando se chega ao CAPS, seu fluxo é descrito da seguinte forma pelo psiquiatra: recebe encaminhamentos do PS local, o centro decisório, como abordado. Recebe também usuários encaminhados por outros PS. Além dos pronto-socorros, as UBSs também encaminham para o CAPS,

contudo, pela análise das ausências verificadas, possivelmente daquelas que possuem equipe de saúde mental, pois a UBS A deixa claro que a norma é encaminhar ao PS primeiro.

Uma vez no CAPS, existe o que o médico nomeia de triagem, da qual ele participa e, segundo avaliação, oferece encaminhamento. Essa avaliação leva o usuário para o tratamento ofertado pelo próprio serviço, ou, em outros casos para a clínica de psicologia da universidade, para as UBSs ou outros serviços da região.

O psicólogo, por sua vez, define a rede da seguinte maneira: recebe os encaminhamentos e conforme a gravidade verificada pela descrição do mesmo direciona o usuário para a recepção, feita em grupo e destinada aos casos mais leves; ou para a triagem, realizada individualmente e reservada a casos mais graves. Essa segunda forma de recepção tem a participação do médico e possivelmente se trata do mesmo procedimento descrito acima e com o mesmo nome.

Se os usuários não forem inseridos para o tratamento no CAPS, são encaminhados para a UBS de referência, ou para a clínica da Universidade, ou mesmo para outros recursos da região, como CECCO, terapia comunitária, outros locais onde há psicoterapia, ONGs, cursos, oficinas, etc.

Nessa unidade percebe-se que ambas as descrições coincidem e, embora se possa problematizar a maneira como são realizadas e o paradigma que as inspira, essa coincidência denota uma maior comunicação entre os atores envolvidos. Pode-se dizer que a coincidência é produto da comunicação,

uma vez que o serviço estabeleceu uma dinâmica que tem sido respeitada pela equipe.

Com relação à comunicação e a necessidade do diálogo entre os atores envolvidos, é interessante notar que o fluxo aqui descrito se aproxima bastante da UBS B, que possui equipe de saúde mental. Essa aproximação, quando tangenciada para a questão comunicativa da rede, oferece indícios que o trabalho de inter-relação entre os serviços CAPS e UBS B, mediado pela linguagem, é responsável pelo trânsito seguro do usuário na rede⁴⁰.

Embora o relacionamento entre os serviços da rede se apresente incipiente quanto à valorização dessa comunicação e apresente ainda grandes ausências e dificuldades, vale destacar que essa comunicação evidencia um processo instituinte^{49, 54} do trabalho vivo sobre o trabalho morto⁴², proveniente do modelo flexneriano⁴⁵.

A maior incidência comunicativa coloca o trabalhador como o agente fundamental na constituição do cuidado e na busca pela integralidade do mesmo.

Utilizou-se como metáfora da rede analisada sua semelhança com um arquipélago, contendo ilhas separadas pelas especialidades que apenas permanecem próximas, mas sem comunicação. Mas quando se volta o olhar para a potencialidade dos trabalhadores em reduzir esse distanciamento por meio da comunicação, percebe-se que ela se apresenta como o elemento condutor, ou a linha que estabelece o laço entre os serviços para buscar a resolutividade. Esse laço comunicativo, exclusivamente entendido como tecnologia leve, surge como o elemento capaz de promover a integralidade dessa rede não comunicante³¹.

Os diálogos interprofissionais teriam um potencial transformador, através da linguagem, da comunicação; fazendo frente à visão hegemônica, produzem uma contra-hegemonia⁴¹, alavancam processos instituintes que alteram as práticas e redirecionam o cuidado para as necessidades dos usuários.

O médico do CAPS menciona as reuniões de equipe, espaços de fala reservados para a troca de saberes, e como exemplo da potencialidade dessas trocas, percebe-se que ele é o único médico a abordar a possibilidade de comunicações com os clínicos das UBSs com respeito a queixas de saúde mental. E mais, vislumbra a possibilidade de “desafogar” o CAPS e a UBS mediante o estabelecimento dessas trocas.

Quanto a isso, Franco & Magalhães Júnior³¹ apontam que é necessário operar mudanças na produção do cuidado para que a integralidade seja possível. E essas mudanças são possíveis a partir dos relacionamentos entre os atores que participam da rede, mediante as tecnologias leves.

Seguindo tal raciocínio, talvez se construa uma resposta adequada a uma indagação feita em momento anterior sobre o estrangulamento do CAPS/Ambulatório, qual seja: por que os usuários cuja autonomia não se encontra muito prejudicada não são atendidos pelas UBS?

Conforme os autores salientam³¹, a visão médica hegemônica, produtora de procedimentos e consumidora de insumos tecnológicos, empobrece a clínica, reduzindo-a a realização de exames, prescrição medicamentosa e encaminhamentos a especialidades (vide comentário do psiquiatria da UBS B sobre clínica – medicação). Essa escassez no uso das possibilidades clínicas minimiza a resolutividade na UBS (vide comentário do

clínico da UBS A) e reproduz, no caso da saúde mental, a lógica manicomial, consoante com o paradigma flexneriano de busca por especialidades.

O CAPS em questão é concebido pelos outros serviços da rede como um hospital psiquiátrico, concentrando todos os casos de saúde mental, embora sua equipe tenha apresentado alguns avanços qualitativos. Por esse motivo, o psiquiatra da UBS B refere que o PS tem o poder de decidir se o usuário vai para o CAPS ou para Hospital Psiquiátrico. Essa lógica é verificada também quando o psicólogo do CAPS menciona que ocorrem situações em que usuários encaminhados ao PS por motivo de urgência foram direcionados ao Hospital Psiquiátrico.

A convivência de mais de um modelo foi apresentada como ponto central nas dificuldades de estabelecimento de vínculos, instituição do acolhimento conforme diretrizes do Ministério da Saúde e articulação da rede baseada na resolutividade e na integralidade.

Identificou-se ainda que essa mesma convivência propicia iniciativas contra-hegemônicas ou instituintes, ou mesmo de transição tecnológica. E que o papel dos trabalhadores orientados pelas perspectivas da Reforma Psiquiátrica e da Defesa da Vida guardam a potencialidade de aproximar os serviços dessa mudança da primazia do trabalho morto e de investir em trabalho vivo.

Ficou claro também o limite que as tecnologias duras apresentam em promover a integralidade dos serviços, uma vez que se baseiam na reprodução de um modelo que não coloca o usuário como centro do trabalho realizado. Ao passo que o investimento na comunicação e nos espaços de diálogo pode se apresentar como a ferramenta capaz de construir as pontes

necessárias entre as ilhas da rede em análise e proporcionar o trânsito tranquilo e cuidadoso do usuário entre elas.

6. Discussão dos Resultados – O Terceiro Giro

O trabalho procurou desde seu início, investigar como o processo de acolhimento vinha sendo aplicado na rede pesquisada, tomando o relato dos trabalhadores das unidades citadas.

A partir da caracterização dos dados outros dois elementos de análise se destacaram: o vínculo e a articulação da rede. O primeiro demonstrando a possibilidade de responsabilização sobre o cuidado dos usuários; o segundo dizendo respeito à busca pela integralidade do cuidado.

O acolhimento é tido como o ponto central na discussão, por esse motivo também foi situado entre as duas dimensões, o vínculo e a articulação da rede.

Partindo dessa configuração, foi possível notar que os profissionais se encontram com suas práticas distantes do que vem sendo preconizado para serviços de saúde acolhedores, responsáveis e integralizadores do cuidado dos usuários. E que essa distância aumenta conforme a ausência de profissionais de saúde mental nos serviços, o que evidencia a potência que um modelo diferenciado do hegemônico pode causar à rede de cuidados.

É importante neste momento arrolar alguns elementos que surgiram a partir da investigação e do diálogo empreendido com os dados, são eles:

- a) ausência;
- b) mistura;

- c) tecnologias;
- d) integralidade.

Opta-se pela exposição em forma de categorias e elas são dispostas conforme sua ordem de aparecimento no decorrer da discussão. Contudo, entende-se que há uma relação entre os fenômenos no cotidiano do serviço, se constituindo, assim, em elementos importantes para se considerar, em termos de aplicação, o vínculo, o acolhimento e a articulação da rede.

Ausências. Conforme o trabalho foi avançando em sua busca pela compreensão do objeto em estudo, constatou-se que nas diversas falas uma espécie de ausência transparecia. Em determinados momentos se tentou dar forma a esses fenômenos, fossem como recursos humanos, materiais, dificuldades comunicativas, incoerências entre os profissionais ou unidades, etc. Este raciocínio acabou levando ao entendimento de uma ausência estrutural, dizendo respeito à rede que se desenhava conforme as argumentações erigidas.

O aporte teórico adotado não possibilitou encontrar elementos correlatos que pudessem ser confrontados, ou mesmo conceitos que pudessem subsidiar o entendimento dessas ocorrências. O contexto no qual as ausências são manifestadas diz respeito ao trabalho inserido em uma instituição, um serviço de saúde, composto por profissionais dessa área. Se esses sujeitos passam a ser entendidos como integrantes de um grupo e se recorre à Psicanálise para se pensar essa rede como o lugar da ausência, alguns apontamentos podem ser construídos em busca de uma elucidação do referido fenômeno.

Quando se questiona sobre o sentido, o objetivo, ou o motivo de existência de um serviço de saúde qualquer, uma resposta quase automática pode ser expressa: serve para cuidar da saúde. Se as ausências são várias vezes repetidas pelos profissionais, depreende-se daí que sua intenção, de cuidar da saúde, não tem alcançado sua finalidade.

Em Psicologia de Grupo e Análise do ego, Freud³⁴ apresenta como os grupos são capazes de se organizar em função de uma autoridade, podendo esta ser representada por uma pessoa, um setor, ou uma idéia. E mais, esta autoridade tem a função de, por seu caráter ambivalente de oferecer medo e proteção ao mesmo tempo, manter todos os indivíduos sob seu domínio, com o desejo inibido em sua finalidade³⁴.

O desejo inibido não garante que alcance a satisfação, mas reproduz a promessa que isso seja possível. Em outras palavras, todos agem submetidos à voz da autoridade permanecendo na falta (ausência) da consecução do desejo.

As tecnologias duras, assim, se apresentam como a autoridade que oferece a proteção da verdade *a priori*⁷, gerando a reprodução do modelo centrado no médico e em procedimentos^{2, 33, 39, 40}.

Freud³⁴ considera que o indivíduo em um grupo passa a compartilhar do ideal daquele grupo e se submete à idéia ali preponderante, esta “necessitando somente fornecer uma impressão de maior força e de mais liberdade” (p.139)

E, neste sentido, o trabalho mostrou como as tecnologias duras ainda mantinham sua força sobre a rede de cuidados, toda organizada em função desse paradigma, o qual, mantendo os trabalhadores sob a promessa

de que a partir dessas tecnologias o cuidado seja possível, mantendo-os, contudo, sob o domínio desse paradigma.

Mistura. Assim como no caso das ausências, o termo mistura não se trata de um conceito teórico ou técnico, mas de uma palavra com potencial de representar o fenômeno presente na rede estudada.

A concepção de Reforma Psiquiátrica traz em seu bojo um processo histórico marcado por uma tentativa de mudança de um modelo de atenção ao sofrimento mental¹⁵, fugindo da lógica hospitalocêntrica¹ para a do cuidado ao usuário em sua região e investindo em sua autonomia e sociabilidade, como se pode verificar no tema da III conferência de saúde mental¹⁰ que é “cuidar sim, excluir não”.

No entanto, a rede demonstra existir uma verdadeira mistura entre os modelos, o antigo, que mantém primazia sobre o atendimento médico em todos os procedimentos a ele correlatos, e o modelo novo, substitutivo. No CAPS essa mistura foi mais evidente, não gratuitamente, pois esse equipamento foi pensado e empreendido com a finalidade de ser o dispositivo “substitutivo” ao hospital psiquiátrico. Torna-se, assim, o serviço que carrega os dois modelos misturados como um momento do processo de substituição que se pretende aplicar.

A mistura por vezes foi debatida como o que teoricamente foi chamado de transição tecnológica⁴⁰, na transformação dos modelos de atenção à saúde mental. Como um produto da luta invisível que acontece entre a visão hegemônica manicomial e a contra-hegemônica antimanicomial.

No entanto, a transição tecnológica implica em um investimento social, cultural, político e subjetivo sobre o núcleo tecnológico, com o objetivo de torná-lo *leve dependente*⁴⁰; e esse compromisso não foi verificado na rede analisada. Por tal motivo, situa-se a *mistura* como um fenômeno próprio da convivência de dois modelos, tendo o contra-hegemônico sido empreendido de maneira normativa e não como investimento institucional.

Tecnologias. A discussão sobre as tecnologias no processo de trabalho analisado importou do modelo de Defesa da Vida as concepções para se debater as práticas da rede. A adoção se deu pelo entendimento que o referido modelo tem subjacente elementos da Reforma Sanitária¹¹, da mesma forma que da Reforma Psiquiátrica¹⁵. Com tal perspectiva, o trabalho aderiu aos apontamentos teóricos que identificam a necessidade do investimento em tecnologias leves como uma possível solução para questões como a ausência e a mistura acima descritas; no primeiro caso, porque aumentaria a força e a liberdade (com poder de decisão) do trabalhador e, no segundo caso, porque objetivaria a mudança no núcleo tecnológico.

Embora as tecnologias leves se apresentem como um instrumento capaz de operar mudanças significativas na rede de cuidados, de forma a aumentar o coeficiente de vínculo e responsabilização²³; produzir serviços mais acolhedores³⁰; e trabalhar em favor da integralidade do cuidado³¹; ainda demonstra fragilidades, sobretudo quando se pensa em sua penetração nas práticas de saúde, após mais de uma década da criação do SUS. E há muito a ser desenvolvido para superar as ausências e misturas que

sua implementação provoca sobre o modelo de atenção e as práticas nele inseridas.

Integralidade. A rede analisada chegou a ser comparada com um arquipélago, composto por ilhas e caracterizada apenas por sua localização em uma mesma região, mas sem comunicação entre elas.

Com a ajuda das tecnologias leves, com acolhimento e vínculo, o trabalhador seria o agente responsável de estabelecer as pontes entre as ilhas, criando um trânsito seguro³¹ para os usuários.

Pessoas são capazes de atingir pessoas através da linguagem. Toda conversação pressupõe uma linguagem comum, ou melhor, toda conversação gera uma linguagem comum³⁶. Se integrar é unir, a linguagem é o meio de união, transformando os diversos serviços que compõem uma rede de cuidados em apenas um emaranhado, cujo objetivo principal seja o cuidado ao usuário.

O trabalho mostrou que onde ocorrem mais trocas mediadas pela linguagem entre os profissionais, há uma maior unidade no serviço e mais comunicação com outros recursos da rede, isto é, há uma maior integralidade do cuidado.

A linguagem é o que subjaz às tecnologias leves, relacionais, pois estas buscam a criação de espaços de fala. Isso reduziria as ausências, pois alcança a satisfação do desejo de cuidado; a linguagem comum diminuiria as misturas, já que essas são produto da convivência de pelo menos dois modelos, com linguagens diferentes buscando a fusão, a unidade.

Desse modo, foi possível identificar processos que participam do cuidado – ou concorrem com ele, em uma rede específica, assim como a cunhagem de alguns elementos que podem ser analisados, averiguados, confirmados ou negados em outras regiões e serviços, cumprindo com o trabalho hermenêutico de fazer falar o texto, neste caso a rede, através do tema acolhimento em serviços de saúde mental.

7. Considerações finais.

As construções dos serviços de saúde no Brasil, desde a 8ª Conferência de Saúde na década de 80, inauguraram tentativas de mudanças significativas em todo o sistema de saúde do país. Culminando com o edifício do SUS.

A unicidade pretendida demandou e ainda demanda da sociedade brasileira constante trabalho para sua implementação e aprimoramento, constituindo-se em um trabalho em permanente construção.

A Saúde Mental, nesse contexto, afirma-se como uma política reformista que tem angariado resultados importantes no cenário nacional com relação ao cuidado de pessoas em sofrimento mental. Também investindo em modelos que tem como princípios a defesa da cidadania e o cuidado em saúde, da maneira mais equânime possível.

Os serviços de Saúde Mental tem se legitimado com os equipamentos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico – cuja eficiência no cuidado à saúde da população em sofrimento mental mostrou-se bastante frágil e não condizente com o espírito democrático que se instalou com a Reforma Sanitária, a qual visa à defesa da vida com respeito à cidadania.

O caráter substitutivo, contudo, implica transformações nos saberes e nos fazeres que atravessam a área. Os profissionais e suas práticas nos serviços necessitam ser transformados de forma a alcançarem esses princípios na produção de saúde.

Neste panorama, o processo de acolhimento se apresenta ocupando um lugar de destaque, pois se assenta como o dispositivo em potência para que a transformação nesses saberes e fazeres ocorra.

Considera-se que o trabalho promoveu visibilidade a alguns elementos em forma de respostas aproximadas à sua pergunta primaz, isto é, pode mostrar que os serviços de saúde da região analisada produzem uma sensação de *ausência*; convivem com uma *mistura de modelos*; mantêm *tecnologias duras* na produção de saúde; e não são eficientes quanto à *integralidade*.

Ao se construir o trabalho hermenêutico, suspendendo as verdades e confrontando-as, a rede de serviços surge de modo a mostrar que o acolhimento, conforme concepção adotada de espaço intercessor e diretriz operacional, não tem alcançado, com essas características, o cotidiano dos trabalhadores.

Isso se deve à primazia das tecnologias duras produzidas e reproduzidas naquela região.

O acolhimento, por sua natureza, é considerado uma tecnologia leve, ao passo que, os procedimentos expostos a partir dos dados direcionam o trabalho para as tecnologias duras, inspiradas na perspectiva do pensamento instrumental, no qual há um sujeito do saber e seu objeto.

Nesse sentido, o trabalho pode apontar os elementos categorizados como próprios da dinâmica do local e, assim, serem entendidos como um reflexo da própria organização da assistência em Saúde Mental na região.

Expressa por diversos tipos de faltas, a ausência surge em todos os serviços estudados. Mas, para além dessa ausência, cabe perscrutar o que mais surge que possa estar ligado a ela. Já que, conforme as linhas de argumentações adotadas e por se tratar de trabalhadores discutindo seu trabalho, provavelmente a questão tecnológica que impera sobre o serviço comporte os motivos do surgimento desses fenômenos.

A ausência pode se apresentar, então, quando esse saber encontra seu limite, deixando algo faltando, ou seja, o cuidado se daria ao se proceder segundo as técnicas mais eficientes para se resolver o problema de saúde. Mas, até onde essas técnicas são capazes de resolver o problema?

A história da Saúde Mental, já referida, e que se optou por sua contextualização por meio das três primeiras Conferências de Saúde Mental, oferece indícios de que seja preciso se re-encontrar com o sujeito da Saúde Mental (vide o tema da III Conferência: cuidar sim, excluir não). Por um lado, entende-se que as tecnologias duras se voltam cada vez mais para o domínio do saber sobre o que considera seu objeto, cuidando, mas muitas vezes utilizando do isolamento para isso, seja ele no hospital psiquiátrico, na priorização medicamentosa, nas restrições sociais, etc. As tecnologias leves, por outro lado, seguem um caminho diverso: dirigindo-se para a busca do sujeito da saúde, ou o sujeito do cuidado, tentando assim, não excluir, mas produzir em conjunto.

Assim, entende-se que a questão do investimento em tecnologias leves como forma de implementar o acolhimento em determinado serviço deve implicar o encontro desse sujeito. Logo, é preciso construir naqueles serviços o

sujeito do cuidado. Nesse sentido, se se considera a ausência estrutural e se pergunta: ausência de quê? A resposta seria ausência de *sujeito*.

A ausência sentida pelos trabalhadores em seu trabalho, eminentemente mediado pelas tecnologias duras, os deixa sem sujeito. O processo de reforma psiquiátrica passa pela busca do sujeito da loucura, do cidadão que, apesar de acometido por problemas mentais, necessita participar da vida em sociedade como os demais cidadãos. Nesse sentido, o trabalho, quando mediado pelas tecnologias leves, produz subjetividades, produz sujeitos.

Se os dados foram capazes de mostrar que há uma ausência estrutural, isso aponta para o fato de a estrutura se organizar a partir das tecnologias duras, sem sujeito, portanto. Para que essa ausência seja reduzida, um trabalho de transformação, ou transição tecnológica deve ser instaurado na região.

Esse trabalho de transição envolve a alteração do núcleo tecnológico, isso quer dizer que uma visão hegemônica deve dar lugar a uma contra-hegemônica. Mas isso não ocorre harmoniosamente, uma vez que existem interesses contraditórios subjacentes a tal transformação.

Não é escopo da investigação adentrar nessa discussão, no entanto, cabe apontar para uma possível conseqüência dessa “luta” expressa pelos relatos: trata-se do que foi chamado de mistura e exposta como categoria.

Os relatos mostraram uma duplicidade existente nos serviços, culminando com o CAPS da região, percebido pelos trabalhadores, como um equipamento que carrega dois serviços. A disputa aferida entre o modelo

hegemônico e o modelo contra-hegemônico não se resolve com a predominância de um sobre o outro, embora serviços da rede privilegiem as tecnologias duras no cuidado aos usuários. E se esse conflito não se resolveu, expressando uma verdadeira mistura, isso leva a crer que o discurso contra-hegemônico pode estar ecoando sobre os trabalhadores que, na ausência de elementos capazes de oferecer-lhes significação para esta dinâmica, é traduzido como ausências de diversas espécies.

Assim se apresenta a percepção dos trabalhadores no contexto das tecnologias do trabalho: como ausente e misturado. As três categorias resultantes da pesquisa se encontram como relacionadas em uma mesma dinâmica, cujo pano de fundo está a perspectiva que embasa a organização dos serviços.

Mas resta ainda considerar outra discussão que se avolumou no decorrer do trabalho e diz respeito à integralidade do cuidado, sendo essa categoria talvez a mais delicada de todas, uma vez que se torna uma das aspirações do SUS e é a categoria que deveria responder ao termo único de sua sigla.

As linhas de argumentação levaram à compreensão de que a rede poderia ser delineada metaforicamente como um “arquipélago”. Por se tratar de espaços distribuídos em um mesmo território, mas sem integração entre eles. Além disso, ficou explícito que há uma hierarquia com relação à responsabilidade dos casos de Saúde Mental que se concentra sobre o Pronto-Socorro da região.

O problema da integralidade foi discutido como um problema de comunicação entre os elementos que constituem a rede de cuidados. Essa se caracterizando também como ausente.

O investimento nessa comunicação é visto, então, como o elemento capaz de construir as pontes entre as ilhas do arquipélago, isto é, em estabelecer os laços de cuidado pela rede. Nesse sentido, mais uma vez a mudança tecnológica teria papel destacado, já que as tecnologias chamadas leves imprimem um trabalho de trocas sociais, um trabalho de relacionamento entre as pessoas.

E vários relatos apontam para tentativas dos trabalhadores em alcançar esse estado de coisas, mas ao mesmo tempo, esse direcionamento entra em choque com os imperativos da própria organização, por isso os relatos apresentam trabalhadores utilizando o próprio carro para finalidades do trabalho, por isso trabalhadores fazem atendimentos “marginais” e por isso duplicam sua prática em uma mistura de modelos.

O modelo gerencial, baseado nas tecnologias duras precisa ser revisto, já que os relatos dos trabalhadores mostram que se implicam nesse processo de transição tecnológica, mas esbarram sobre a organização dura da rede.

O diálogo, em todos os níveis, acaba por se constituir como o elemento ausente nos serviços da região. E são as tecnologias leves as representantes do diálogo, não as duras. O acolhimento, ao ser visto como um espaço do diálogo, se confirma como um potente dispositivo para a mudança nas práticas, ao passo que sua efetivação se converte em difícil tarefa por

conta do poder da tradição ou o pensamento hegemônico que imperam sobre a organização dos serviços de Saúde Mental.

Assim, a pesquisa apresenta um retrato de como o acolhimento e demais elementos participantes deste processo puderam ser aplicados naquela região e naquele momento histórico. É importante frisar que embora a investigação tenha se fundamentado no princípio ético da pesquisa qualitativa segundo o qual a descrição dos processos de manejo dos dados deve primar pela clareza e fidedignidade, um limite deve ser pontuado, e diz respeito à época que os mesmos foram coletados, no ano de 2006; assim como à distância temporal para sua análise.

A Hermenêutica Filosófica Gadameriana proporciona um diálogo profícuo com material de qualquer época, mas entende que é no próprio processo de interpretação que o objeto pode ser atualizado.

Nesse sentido, entende-se que os resultados apresentados tem o potencial de serem mais uma vez confrontados em futuros trabalhos e, da mesma forma, podem ampliar o olhar sobre a temática do acolhimento se forem considerados como seus elementos participantes.

Referências

- 1 – Amarante P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v.1 n.1, Jan/Abr; 2009.
- 2 – Ayres JRCM. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Fac. Nac. Salud Pública* v. 20 n.2, pp. 67-82. Medellín, Colombia; 2002.
- 3 – _____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8 n.14, pp. 73-91. Set/Fev.; 2004.
- 4 – _____. Hermenêutica, Conhecimento e Práticas de Saúde, a Propósito da Avaliação. In: *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. Onocko Campos, RT. *et al.* (org.). pp. 27-67. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 5 – _____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, pp. 549-60, Jul/Set; 2005.
- 6 – _____. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* v. 9 n. 3, pp. 583-92, Jul/Set; 2004
- 7 – _____. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, vol. 17 nº1. Jan./Abr.; 2007.
- 8 – Brasil. I Conferência de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Brasília; 1988.
- 9 – _____. II Conferência de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Brasília; 1992.
- 10 – _____. III Conferência de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Brasília; 2001.
- 11 – _____. 8ª Conferência de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 1986.
- 12 – _____. *Cadernos HumanizaSUS: Atenção Básica*. Vol. 2. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.
- 13 – _____. *Cadernos HumanizaSUS: Formação e Intervenção*. Vol. 1. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.
- 14 – _____. *Clínica Ampliada*. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
- 15 – _____. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Ministério da Saúde. Brasília; 2001.
- 16 – _____. Portaria 336/GM. Ministério da Saúde. Brasília; 2002.

- 17 – _____. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde. Brasília; 2005.
- 18 – _____. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Ministério da Saúde. Brasília; s/d.
- 19 – _____. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília; 2004
- 20 – Brunello MEF *et al.* O Vínculo na Atenção à Saúde: revisão sistematizada na literatura. *Acta paul. enferm.* v.23 n.1, pp.131-5; 2010.
- 21 – Campos GWS. Método para Apoio a Coletivos Organizados para a Produção: a capacidade de análise e de intervenção. In: *Um método para análise e Co-gestão de coletivos* (Campos GWS), pp. 185-222. São Paulo: Hucitec, 2000.
- 22 – _____. O anti-Taylor: um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, v. 14 n. 4, pp.863-70, Out/Dez; 1998.
- 23 – _____. Subjetividade e administração de pessoal. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (Merhy EE & Onocko Campos RT, org.), pp. 229-266, São Paulo: Hucitec; 1997.
- 24 – Costa-Rosa A da, Luzio CA & Yasui S. As Conferências de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial. *Rev. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 25 n. 58, pp. 12-25, Maio/Ago; 2001.
- 25 – Cunha ABO & Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos Serviços de Saúde em um Município do Estado da Bahia, Brasil, em Gestão Plena do Sistema. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 4, p.725-37, Abr; 2010.
- 26 – Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- 27 – Dicionário Online de Português. <<http://www.dicio.com.br/>>. Acessado em 27 de Novembro de 2011.
- 28 – Ferreira Neto JL. Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. *Saúde em Debate*, v. 32, n. 78/79/80, pp. 18-26, Jan./Dez; 2008
- 29 – Foucault M. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva S.A.; 1978.
- 30 – Franco TB, Bueno WS & Merhy EE. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p.345-53; Abr; 1999.
- 31 – Franco TB & Magalhães Júnior HM. Integralidade na Assistência das Linhas do Cuidado. In: *Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (Campos GWS, *et al.*, org.), pp. 125-33, São Paulo: Hucitec, 2003.

- 32 – Franco TB & Merhy EE. PSF: Contradições e Novos Desafios. Con. Nac. de Saúde Online. Belo Horizonte:1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>, acessado em: 30 de Outubro de 2011.
- 33 – Franco TB & Merhy EE. Produção Imaginária da Demanda. In: *Construção Social da Demanda: direto à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (Pinheiro R. & Mattos RA. org.) [s/p.]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005.
- 34 – Freud, S. Psicologia de Grupo e Análise do Ego. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago; 2006.
- 35 – Furtado JP. Um Método Construtivista para a Avaliação em Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, pp. 165-82; 2001.
- 36 – Gadamer HG. Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: 10ª Ed – Vozes; 2008.
- 37 – Hartz, Z. Institucionalizando a Avaliação de Programas e Políticas de Saúde: culinária e corte-costura nas lições francesas. *Cadernos de Saúde Pública* v. 15, n. 2, Abr/Jun; 1999.
- 38 – Merhy EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (Merhy EE & Onocko Campos RT, org.), pp. 71-112, São Paulo: Hucitec; 1997.
- 39 – Merhy EE *et al.* Em Busca de Ferramentas Analisadoras das tecnologias em Saúde: a Informação e o Dia a Dia de um Serviço, Interrogando e Gerindo o Trabalho em Saúde. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (Merhy EE & Onocko Campos RT, org.), pp. 113-150, São Paulo: Hucitec; 1997.
- 40 – Merhy EE & Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, pp. 316-23, Set/Dez; 2003.
- 41 – Merhy EE, Malta DC, Santos FP. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: *Municípios: a gestão da mudança em saúde* (Freese E, org.). pp. 45-76. Recife: UFPE; 2004.
- 42 – Merhy EE & Onocko Campos RT (org.). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 43 – Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
- 44 – Onocko Campos RT. *et al.* (org.). O Exercício Interpretativo. In: *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. Onocko Campos RT. *et al.* (org.). pp. 278-99. São Paulo: Hucitec; 2008.

- 45 – Onocko RT. O Planejamento no Divã: ou análise de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional. Campinas: [s/n]; 1998.
- 46 – Onocko Campos RT. O Planejamento no Labirinto: uma viagem hermenêutica. Campinas: [s/n], 2001.
- 47 – Onocko Campos RT. *et al.* (org.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 48 – 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. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 5, pp.1053-62, Mai; 2006.
- 49 – Passos *et al.* A Dimensão Instituinte da Avaliação. In: *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (Onocko Campos RT. *et al.* org.). pp. 209-28. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 50 – Silva JM & Caldeira AP. Modelo Assistencial e Indicadores de Qualidade da Assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 6, pp.1187-93, Jun; 2010.
- 51 – Souza ECF *et al.* Acesso e Acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, pp. 100-10; 2008.
- 52 – Tanaka OY & Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.
- 53 – Tansella M. & Willians P. The Italian experience and its implication. Psychological Medicine. In: *A Reforma Psiquiátrica*. (Desviat, M.) p. 46. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- 54 – Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (Merhy EE & Onocko Campos RT, org.), pp. 17-70, São Paulo: Hucitec; 1997.
- 55 – Tundis SR. & Costa NR. Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1987.
- 56 – Venezuela. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Caracas: 1990.

Curriculo Lattes



Adriano Kasiorowski de Araujo

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2007). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Processos Grupais e de Comunicação, atuando principalmente no seguinte tema: processos psicológicos, saúde pública, trabalho, desempregados. (Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 21/06/2011

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/5681111379995416>



**Certificado
pelo autor em
21/06/11**

Dados pessoais

Nome Adriano Kasiorowski de Araujo

Nome em citações bibliográficas ARAUJO, A. K.

Sexo Masculino

Formação acadêmica/Titulação

- 2010** Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Avaliação dos Serviços de Saúde Mental, *Ano de Obtenção:* 2011.
Orientador: Oswaldo Yoshi Tanaka.
Palavras-chave: Avaliação, Saúde, Mental.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde humana e serviços sociais.
- 2002 - 2007** Graduação em Psicologia.
 Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS, Brasil.
Título: Alienação e Subjetividade.
Orientador: Dulce Regina dos Santos Pedrossian.

Atuação profissional

Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.

Vínculo institucional

2010 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Técnico de Nível Superior - Psicólogo, Carga horária: 40

Outras informações Atividades voltadas ao Núcleo de Assistência ao Estudante.

Centro de Atenção Psicossocial São Bernardo do Campo, CAPS III, Brasil.

Vínculo institucional

2009 - 2010 Vínculo: CLT, Enquadramento Funcional: Psicólogo, Carga horária: 40

Centro de Atenção Psicossocial - Jandira/SP, CAPS II, Brasil.

Vínculo institucional

2008 - 2009 Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Efetivo, Carga horária: 30

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS, Brasil.

Vínculo institucional

2007 - 2007 Vínculo: Professor substituto, Enquadramento Funcional: Voluntário, Carga horária: 10

Áreas de atuação

1. *Grande área:* Ciências Humanas / *Área:* Psicologia / *Subárea:* Psicologia Social / *Especialidade:* Processos Grupais e de Comunicação.

Idiomas

- Espanhol** Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
- Inglês** Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
- Italiano** Compreende Bem, Fala Pouco, Lê Bem, Escreve Pouco.
- Português** Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Produção em C,T & A

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. ★ ARAUJO, A. K. . IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DO DESEMPREGO PARA A CONSCIÊNCIA. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, p. 2. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, p. 1-24, 2006.

Trabalhos completos publicados em anais de congressos

1. ARAUJO, A. K. . Conversando Sobre: o Objeto da Psicologia. In: V Semana de Psicologia: a Praxis da Psicologia: as Implicações sociais da Prática à Teoria, 2005, "onversando Sobre"na. Nenhum, 2005.

Resumos publicados em anais de congressos

1. ★ ARAUJO, A. K. . IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DO DESEMPREGO PARA A CONSCIÊNCIA. In: Pesquisas e Práticas Psicossociais, 2006. Pesquisas e Práticas Psicossociais.

Produção técnica

Trabalhos técnicos

1. ★ ARAUJO, A. K. . Monitoria de Ensino. 2006.

Demais tipos de produção técnica

1. ARAUJO, A. K. . Implicações Psicossociais do Desemprego para a Consciência Individual: Manifestações no Pensamento e Emoção. 2005. (Relatório e Pesquisa).

Eventos

Participação em eventos

1. II Jornada de Psicologia Sócio-histórica. 2009. (Outra).
2. II Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão.A Trajetória de Vida Escolar de Alunos de Psicologia: antecedentes de uma Escolha. 2006. (Congresso).
3. II Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão. 2006. (Congresso).
4. V Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos.Reflexiones Acerca del Prejuicio y Formación. 2006. (Congresso).
5. Justiça, Trabalho e Cidadania. 2006. (Outra).
6. I Congrasso Latino Americano da Psicologia ULAPSI. 2005. (Congresso).
7. II Seminário de Avaliação do Plano Territorial de Qualificação de Mato Grosso do Sul. 2005. (Seminário).
8. I Encontro Latino Americano da Psicologia Organizacional e do Trabalho. 2005. (Encontro).
9. V Encontro Nacional da ABEP - Associação Brasileira de Ensino de Psicologia. 2005. (Encontro).
10. V Encontro Nacional da ABEP - Associação Brasileira de Ensino de Psicologia.Aspectos Psicossociais do Desemprego - Formação em Psicologia: Quais Processos Mediam a Alteração da Subjetividade dos Trabalhadores Desempregados. 2005. (Encontro).
11. XIII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social - "Os Múltiplos Lugares de Produção e Ação da Psicologia Social". 2005. (Encontro).

12. V Semana de Psicologia: a Praxis da Psicologia: as Implicações sociais da Prática à Teoria. 2005. (Outra).
13. V Semana de Psicologia: a Praxis da Psicologia: as Implicações sociais da Prática à Teoria. Conversando Sobre: o Objeto da Psicologia. 2005. (Outra).
14. V Semana de Psicologia: a Praxis da Psicologia: as Implicações Sociais da Prática à Teoria: "Análise do Discurso". 2005. (Outra).
15. V Semana de Psicologia: a Praxis da Psicologia: as Implicações Sociais da Prática à Teoria. Implicações Psicossociais do Desemprego para a Consciência Individual: manifestações no Pensamento e na Emoção. 2005. (Outra).
16. III Congreso Internacional Salud Mental y Derechos Humanos. 2004. (Congresso).
17. I Encontro de Experiências Profissionais e Universitárias de Psicologia Organizacional e Áreas Afins. 2004. (Seminário).
18. I Seminário de Avaliação do Plano Territorial de Qualificação de Mato Grosso do Sul. 2004. (Seminário).
19. I Encontro Paranaense de Psicologia Escolar e Educacional: da Teoria à Prática Escolar. 2004. (Encontro).
20. IV Semana de Psicologia - "Caminhos em construção: desafios e perspectivas". 2004. (Outra).
21. Mini-curso Controle do Stress na vida Diária. 2004. (Outra).
22. II Forum de Políticas Públicas para Juventude. 2004. (Outra).
23. I Forum de Hipnose Clínica da Região Centro-Oeste. 2004. (Outra).
24. Colóquio Internacional Território, Ciência e Política. 2004. (Outra).
25. O Divã n Século XXI. 2002. (Outra).
26. As Novas Questões da Clínica Psicanalítica. 2002. (Outra).
27. Colóquio O que é a Psicanálise?. 2002. (Outra).
28. Culturalmente III: Sofimento Psíquico, Trabalho nos Vários Ciclos de Vida, Portador de Deficiência Mental e Violência Infantil. 2002. (Outra).

Outras informações relevantes

Curso de Psicoterapia Dinâmica Breve - Secretaria de Saúde de Carapicuíba.
Curso de Saúde Mental e Economia Solidária - EEUSP..