

# OS LAÇOS E NÓS DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

*The bonds and knots in the Psychosocial Care and Support Network*

Ana Carolina Cerqueira Medrado<sup>1</sup>

Maraíze Gomes Cruz<sup>2</sup>

Juliana Jesus Baião<sup>3</sup>

Milena de Almeida Souza<sup>4</sup>

Patrícia Sodré Araújo<sup>5</sup>

---

Artigo encaminhado: 20/07/2016

Aceito para publicação: 12/07/2018

**RESUMO:** O artigo tem como objetivo caracterizar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um distrito sanitário de Salvador. Trabalho de metodologia qualitativa que utilizou entrevistas como técnica de produção de dados. Os informantes foram os profissionais da Atenção Básica e de dois tipos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo. Como resultados temos os Agentes Comunitários de Saúde e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família como articuladores da rede, e o matriciamento e a apropriação do território como formas de consolidação da RAPS. Os empecilhos para um cuidado integral relacionam-se à estigmatização dos usuários dos CAPS. É preciso destacar também a falta de dispositivos preconizados pela RAPS, mantendo uma dependência ao hospital psiquiátrico, o que contraria o processo de Reforma Psiquiátrico brasileiro. O estudo aponta para a necessidade de ações de gestão que possam promover a articulação da rede, já que foi constatado que a RAPS estudada se caracteriza por elos frágeis e pela institucionalização do cuidado no CAPS.

**Palavras-chave:** Assistência à saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde mental. Integralidade em saúde. Estigma social.

**ABSTRACT:** This article outlines the Psychosocial Care Network (RAPS) in the Urban Sanitary District of Salvador by using a qualitative research methodology and the assessment of data gathered from interviews with professionals in Basic Care Units and of two types of Psychosocial Care Centers (CAPS). This data assessment was based on analysis of the content of those interviews, leading to observe that Community Health Workers (PSF), and staff in the Family

---

<sup>1</sup> Psicóloga, especialista em Saúde Mental pela UNEB, mestra em Saúde, Ambiente e Trabalho pela UFBA, doutoranda em Psicologia Social pela UFBA. accm100@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Farmacêutica, especialista em Saúde Mental pela UNEB e em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica pela IPOG. maraizegc@hotmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira, especialista em Saúde Mental pela UNEB, mestranda em Enfermagem pela Unifesp. julybaiao@hotmail.com.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, especialista em Saúde Mental pela UNEB. : milacaf@yahoo.com.br.

<sup>5</sup> Farmacêutica, doutora em Saúde Pública pela UFBA, professora assistente da UNEB. patisodre2@gmail.com.

Healthcare Support Center, act as the network's operatives, that there is a matricization and appropriation of the area as a means to consolidate the RAPS. Obstacles to comprehensive health care are linked to the stigmatization of service users, plus the lack of devices recommended by the RAPS, which renders them reliant on psychiatric hospitals, thus hindering the Psychiatric Reform in Brazil. This research indicates the need of management actions to enable the network to fully function, since it has been noted that the RAPS in question comprises feeble bonds and the institutionalization of care in CAPS.

**Keywords:** Delivery of health care. Primary Health Care. Mental health. Integrality in health. Social stigma.

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar da jornada de mais de vinte anos de lutas e dos inegáveis avanços que o Sistema Único de Saúde (SUS) operou no Brasil, ele ainda apresenta uma série de desafios a serem enfrentados para alcançarmos a saúde que queremos. Assim, o ideal de saúde aqui assumido alinha-se a Paim (1987) que afirma que a saúde vai além dos seus serviços e “resulta das condições de vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho” (p. 4). Neste sentido, evidencia-se que a saúde não se faz *per se*, mas necessita de uma articulação com uma série de setores sociais e econômicos (SOUZA; COSTA, 2010). Concernente a isso, sobressai uma das diretrizes do SUS, o atendimento integral, que representa um desafio para os gestores e demais profissionais da saúde.

A integralidade refere-se a compreender o sujeito como um ser íntegro, indivisível e pertencente a uma comunidade. Desta maneira, o sistema de saúde deve dar conta de atender esse indivíduo em toda sua complexidade, atuando na promoção, proteção ou recuperação de sua saúde através da articulação dos diversos níveis de atenção (SOUZA; COSTA, 2010). A integralidade pressupõe a composição de redes assistenciais, assumindo que nenhum serviço contempla plenamente as ações necessárias para a resolução dos problemas de saúde de uma população (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Mendes (2011) salienta a ineficácia dos sistemas fragmentados que comprometem uma atenção contínua e sugere a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs) definidas como: “sistemas integrados, que se propõem a prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade

certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita” (p.20). As RASs surgiram como uma alternativa de maior horizontalização e flexibilidade frente às novas demandas no contexto de globalização, representadas por questões sociais mais complexas, descentralização e privatização. Respondem a um panorama de poucos recursos para investimento em políticas públicas e grande ascensão da participação popular (MENDES, 2011).

Considerando estas questões e, principalmente, o quadro sanitário brasileiro, o Ministério da Saúde lançou em 2010 a Portaria nº 4.279/10 que estabelece diretrizes para as RASs no SUS. As RASs se apresentam como uma iniciativa inovadora na tentativa de superação das ações fragmentadas e médico-centradas visando a melhoria dos indicadores de saúde brasileiros. Para tanto, tem-se a atenção primária à saúde como principal ordenadora da rede. Assume-se, portanto, o papel crucial da prevenção e da promoção da saúde na melhoria da qualidade de vida da população, sobretudo daqueles que tem condições crônicas de saúde. Tal norteamto reverbera nos gastos em saúde, na medida em que previnem-se os agravos e investe-se em tecnologias de baixo custo (MENDES, 2011; BRASIL, 2010).

Após pactuação tripartite, foram definidas algumas redes prioritárias no Brasil (DAB, 2015), entre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria nº 3.088/11. A RAPS veio consolidar e expandir o escopo de ações instituídas pela Lei nº 10.216/01, a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que mudou a assistência em saúde mental no Brasil migrando de um modelo asilar, para o cuidado em comunidade, com o intuito de reinserir a pessoa em sofrimento psíquico na sociedade (BRASIL, 2001). A principal mudança no modelo de assistência advinda da promulgação da lei é representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são serviços comunitários e abertos e vem substituir os hospitais psiquiátricos. Atendem pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes em um dado território de abrangência. A terapêutica realizada no CAPS visa reinserir socialmente as pessoas em sofrimento psíquico, estimulando o exercício da cidadania e a integração com a comunidade e com a família (BRASIL, 2004).

A RAPS vem ampliar as ações de cuidado em saúde mental, implementando outros dispositivos e articulando os vários pontos de atenção da rede, visando uma atenção integral (BRASIL, 2011a), já que muitas vezes os usuários dos CAPS encontravam empecilhos para serem acolhidos nas demais instituições de saúde. Nesse sentido, outros serviços da saúde são acionados/criados, marcando a responsabilidade destes na referida rede. Assim, integram a RAPS: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011a).

Diante dos aspectos discutidos, acredita-se ser relevante pesquisar sobre a temática da RAPS, na medida em que a essa é uma nova configuração do SUS e apresenta uma série de desafios, já que a composição de uma rede não se restringe à existência de serviços de diversos níveis de complexidade, faz-se necessário que esses ajam de maneira articulada. Para tanto, é preciso de recursos humanos adequados, materiais, manutenção constante dos serviços e mecanismos gerenciais (Kuschnir; Chorny; Lira, 2010). Assim, esta pesquisa vem amplificar o debate sobre o tema, considerando que a produção científica se encontra em processo de gênese. Dessa forma, o artigo tem como objetivo geral: caracterizar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um distrito sanitário de Salvador. Com os objetivos específicos pretende-se: identificar as dificuldades de funcionamento da RAPS no referido distrito; identificar as potencialidades de funcionamento da RAPS no distrito em questão.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório derivado do banco de dados de uma pesquisa guarda-chuva que tinha como objetivo geral investigar como um distrito sanitário de Salvador tem organizado a rede de saúde mental de forma a garantir as medidas de prevenção e cuidado aos usuários e profissionais inseridos na atenção psicossocial.

O campo do estudo foi escolhido considerando suas características: é um dos distritos sanitários mais populosos de Salvador e apresenta vários componentes da RAPS: CAPS ad, CAPS II, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (PREFEITURA DE SALVADOR, 2014; CNES, 2015).

Os informantes da pesquisa foram os profissionais de nível superior de um CAPS II (07 profissionais entrevistados) e um CAPS ad (09 profissionais entrevistados); os profissionais de nível superior e os Agentes Comunitário de Saúde (ACSs) de duas ESF; e a equipe do NASF que presta apoio às duas ESF; totalizando 17 entrevistas com os profissionais da Atenção Básica. O critério de inclusão dos profissionais foi atuar no serviço a pelo menos seis meses e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após explanação sobre os objetivos da pesquisa.

Como técnica de produção de dados foi utilizada a entrevista pois tal técnica alinha-se aos objetivos do trabalho, permitindo apreender um panorama de opiniões, crenças, condutas e sentimentos dos colaboradores da pesquisa, demonstrando a percepção destes sobre a realidade que vivenciam e intervêm (MINAYO, 2011). As entrevistas foram conduzidas a partir de roteiros semiestruturados delineados pelas autoras contemplando os objetivos da pesquisa guarda-chuva. As entrevistas foram realizadas de forma individual, pelas pesquisadoras e em recinto que garantisse o sigilo dentro dos serviços estudados. A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2014 e foi interrompida após atingir o ponto de saturação da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011). Assim sendo, foram feitas leituras flutuantes de todo material desde a escrita dos demais artigos frutos da pesquisa guarda-chuva buscando obter as unidades de registro e de contexto. Após essa fase, esboçou-se a categorização preliminar, agrupando as unidades de registro e contexto similares e que tivessem relação com os objetivos deste projeto. Passada essa etapa, foram definidas as categorias de análise tendo como base a literatura científica que trata sobre os temas RAS e RAPS. Dessa maneira, foram definidas as seguintes categorias: potencialidades da RAPS, onde surgem declarações relativas à experiências bem sucedidas de cuidado (pela ótica dos profissionais), apoio aos trabalhadores e ligação da rede; dificuldades para a articulação da RAPS, composta por discursos que citam empecilhos que comprometem o

atendimento integral e a articulação da rede. Tais categorias aparecem na seção de resultados e discussão respectivamente como: os laços da rede e a rede e seus nós. Por fim, foi feita a interpretação dos dados, buscando revelar o conteúdo subjacente das falas (BARDIN, 2011).

Para preservar a identidade dos profissionais optou-se por não nomear o distrito e foram adotados os seguintes códigos de identificação nas falas: C corresponde às entrevistas realizadas com os profissionais do CAPS, a sequência numérica que aparece em seguida diz respeito à ordem em que foram realizadas as entrevistas; AB seguido de um número corresponde às entrevistas realizadas com os profissionais da Atenção Básica. O estudo respeitou os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), parecer nº 759.904.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 Os laços da rede**

A partir dos resultados, acredita-se que contribuem para a efetivação da RAPS os seguintes aspectos: o NASF; os ACSs; o apoio institucional/supervisão/matriciamento; a apropriação do território.

Referente a esses achados, vale a pena destacar o papel do NASF como um agente articulador da rede. Tanto os profissionais da AB quanto os do CAPS salientam a importância da equipe no território. As seguintes falas são elucidativas quanto à tentativa do NASF em construir um elo entre os serviços:

Já recebi o pessoal do NASF [...] já mostraram as ruas da nossa região, do nosso distrito, distribuíram equipes de médicos e dentistas, então, a coisa começou a acontecer posso dizer assim... agora, muito recentemente. [...] E aí eles fizeram exatamente um mapeamento bem legal, ir por ruas, eles se dividiram em cinco equipes [...] queriam que a gente identificasse aqueles usuários que estão naquele território pra gente compartilhar o cuidado, bem legal o que eles fizeram (C1).

[...] a gente tá tentando estreitar o nosso vínculo [...] então a gente repassou as listas de todas as ruas que são cobertas pelo nosso território para o CAPS ad para que eles consigam identificar os pacientes deles que são de nossa área para que a

gente possa demandar cuidados aqui que eles também não podem oferecer lá, né? justamente para a gente conseguir identificar isso e auxiliar não só a gente mandar daqui pra lá, mas eles também contarem com a nossa ajuda aqui, então a gente tá tentando articular isso [...], então agora a gente tá buscando mesmo esse estreitamento e a gente já começou com esse contato inicial com o pessoal do CAPS justamente para poder a gente vincular ainda mais as duas ações (AB3\_NASF).

As declarações acima explicitam a forma como o trabalho do NASF deve se organizar, já que cabe ao NASF oferecer suporte às equipes de Saúde da Família de modo a atender questões mais específicas que fogem ao perfil generalista da AB. Para tanto, o NASF deve criar canais de interlocução com outros pontos de atenção, de maneira a garantir a atenção integral ao usuário (BRASIL, 2014). Os depoimentos dos colaboradores da pesquisa, de forma geral, demonstram que a equipe de NASF do território tem se esforçado no sentido de dar maior vazão à rede. Ressalta-se que, para que uma rede de saúde possa se estabelecer, tão necessário quanto a estruturação física dos serviços é a capacidade desses em conseguir trabalhar de maneira colaborativa (BRASIL, 2011b).

Também surgiram relatos de suporte pela equipe do NASF aos trabalhadores da AB através de interconsultas, bem como narrativas sobre ações assistenciais realizadas pelo NASF. Nesse sentido, a AB se diferencia por estar mais próxima do cotidiano dos usuários na medida em que atua no território, tendo ações mais descentralizadas (BRASIL, 2011b). Assim, as equipes têm a possibilidade de maior vinculação com o usuário e de tessitura de projetos terapêuticos que atuem na prevenção e promoção da saúde. A capilaridade da AB ainda permite a construção de trajetórias terapêuticas que perpassam outras instâncias de cuidado proporcionando a integralidade (BRASIL, 2011b).

Jucá *et al.* (2009) reforçam a potência da ação territorial do PSF, o que facilitaria a atenção à saúde mental devido à maior proximidade do contexto familiar, e destacam o papel dos ACSs na construção da ponte entre a comunidade e os serviços de saúde. A força das intervenções dos ACSs se dá por estarem num lugar paradoxal, sendo ao mesmo tempo membros da comunidade e funcionários da saúde, possuindo uma capacidade de penetração comunitária que poucas instâncias possuem (LANCETTI, 2011). O ACS a seguir

revela como consegue identificar casos de transtorno mental em sua comunidade e demonstra conhecer intimamente a rotina dos usuários que acompanha:

[...] uma mudança de comportamento, mudança de humor, a gente vê muito isso, né? Uma hora a pessoa tá de uma forma, de repente ela muda de comportamento, então você vê que algo não tá bem nela, você enquanto agente, a mesma coisa... que eu tava conversando ontem é sobre uma paciente que ela é portadora de transtorno mental, e essa paciente, eu já... quando eu acompanhava ela, que na época o marido dela tinha problema de alcoolismo, [...] mas ele é impaciente, não tem paciência com ela, então eu costumava conversar com a filha dela, costumava, porque agora essa paciente pertence a um outro ACS e eu observava que ela ficava muito assim... sem atividade, porque o portador de transtorno mental ele precisa da medicação e de atividades, né? Sempre que eu visitava a casa dela, perguntava por ela, tava dormindo, ela tava dopada, ela anda dopada, então ela fica dopada por um determinado período, depois ela volta quase que ao normal dela. Então eu tava conversando com o pessoal do CAPS... do NASF, que embora ela não seja mais responsabilidade minha e é, né? Que é pra dar uma atenção a ela, porque eu me preocupo muito com ela, porque agora mesmo a gente tá trabalhando com o programa do tabagismo e ela é fumante, e incomoda o marido, porque o marido parou de fumar, então ele nunca tinha me feito queixa dela do cigarro, então ele fez na semana passada, então eu aproveitei a oportunidade e já encaixei o caso dela, tanto é que eles já vão agendar a visita com o agente pra ir fazer a visita, entendeu? (AB16).

Feuerwerker (2014) assevera o caráter contra-hegemônico do trabalho dos ACSs e diz que tal labor é propício para a instituição do novo. Nesse sentido, acredita-se que os ACSs representam a possibilidade de desinstitucionalizar o cuidado, alcançando os usuários de saúde em seus espaços de sociabilidade, espaços esses que muitas vezes tornam-se impenetráveis aos demais profissionais de saúde, seja pelo processo de burocratização do trabalho, seja por abismos sociais acentuados. Como afirmam Dimenstein e Libetaro (2009), desinstitucionalizar é ocupar o espaço urbano, “é ultrapassar fronteiras sanitárias; é enfrentar o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede, o que implica na adoção de modelos de atenção integral de base territorial” (p.10).

Os achados da pesquisa indicam que os ACSs estão atentos às sutilezas da comunidade que acompanham e servem de elo entre o usuário e os serviços de saúde, embora ainda não tenham nítido o perfil assistencial do CAPS. Dessa

forma, é preciso que tanto os ACSs como os demais profissionais da AB recebam uma formação adequada para que se sintam capazes de atender as questões específicas da saúde mental. A pesquisa realizada por Jucá *et al.* (2009) demonstrou que a equipe de AB enfrenta várias dificuldades para atender tais demandas: desde identificar o sofrimento mental, até o manejo de algumas situações. No tocante a isso, os autores sugerem a realização de supervisão e capacitação desses profissionais ou o suporte por parte de uma equipe que poderia ser a do próprio CAPS. Os relatos dos ACSs a seguir expõem o quão promissor pode ser a realização dessas parcerias:

[...] eles [os residentes multiprofissionais] realizaram atividades com a gente, atividades semanais e eles permaneciam um período mais ou menos de seis meses com a gente quando ainda era unidade básica, entendeu? E, depois dessa preparação eles faziam levantamento dos nossos casos e iam realizar visitas domiciliares para usuários, dependentes químicos e suas famílias. [...] E durante esse período eles vinham semanalmente, sempre em grupos e aí eles ajudam nas atividades, tinha toda uma preparação e depois a gente saía com eles, ajudar nas visitas domiciliares e aí a gente ia com eles (AB16).

[ainda sobre a mesma atividade] às vezes a gente fecha um pouco os olhos pra algumas coisas, então a forma como eles passaram abriu um pouco... pelo menos eu vou falar por mim, abriu mais um pouco a minha visão, tirou um pouquinho daquele... a tal da discriminação mesmo, né? Então eu consegui olhar o indivíduo de uma forma melhor (AB17).

A pesquisa conduzida por Miranda *et al.* (2014) revelou que os profissionais da AB se sentem inseguros em atender pessoas com transtorno mental e acreditam que estão descumprindo sua função quando ofertam um atendimento inadequado. Por conta disso, a equipe que pesquisou reconheceu a necessidade de capacitação e as autoras creem que um suporte desse tipo permitiria a desconstrução de estigmas. A análise dos dados permitiu constatar que o apoio matricial tem se revelado potente para garantir um atendimento integral aos usuários, bem como um importante canal de comunicação entre os serviços. Nesse sentido, surgiram relatos de matriciamento tanto realizados pela equipe do NASF com a equipe AB, como de um grupo de residentes multiprofissionais em saúde que atuou em no CAPS ad do distrito e, anos atrás, conseguiu realizar ações com os agentes comunitários (relatos supracitados).

Campos e Domitti (2007) explicam que o termo apoio matricial é composto por dois conceitos: o matricial vem de matriz e, nesse sentido, indica uma relação mais horizontal entre a equipe que é apoiada e os apoiadores; e o apoio, que denota relações dialógicas entre sujeitos com multiplicidade de saberes. Acredita-se que é a partir desses encontros que a rede se concretiza. Afinal, a rede é tecida pela interação entre os sujeitos e, não pelo encontro entre os serviços.

Outro dado relevante refere-se às tentativas de ocupação de outros espaços, produzindo um maior diálogo com a rua e o território. Concernente a isso, vale destacar o encaminhamento por parte de um ACS de pessoas com transtorno mental a uma instituição comunitária no distrito, bem como atividades desenvolvidas pelo CAPS ad no Centro Social Urbano (CSU), como demonstra a próxima declaração:

Pensando também a parte mais do extramuros, né? Assim, que é nesse momento a inquietação minha muito grande, eu praticamente não desenvolvo nenhum trabalho, só tenho um trabalho no CSU, né? Tenho uma atividade específica que a gente consegue realmente acessar pessoas da comunidade é... Estar com os usuários do ad nesse espaço, então, a gente acha também que isso de alguma forma mexe na cultura, né? Com a coisa do estigma, das pessoas poderem estar em relação com pessoas que são usuárias de drogas e com uma outra forma de pensar e de se relacionar com essas pessoas, eu acho que isso é um trabalho muito bacana, mas que ele ainda é uma gota, né? (C17).

Nesse sentido, Miranda *et al.* (2014) destacam que o principal desafio da RAPS que estudaram é fazer com que o usuários e profissionais saiam do CAPS, e retomam uma preocupação que tem sido recorrente: que o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil tenha se resumido à mera desospitalização. Para fugir de tal panorama cabe ao CAPS invadir as ruas, levando seus sons, sabores e dissabores, mostrando que o cuidado em saúde mental não será mais submetida a nenhum tipo de reclusão.

### **3.2 A rede e seus nós**

As dificuldades descritas pelos informantes da pesquisa para que o trabalho da RAPS possa acontecer a contento, garantindo a integralidade do cuidado foram: falta de acolhimento dos usuários pelos serviços de saúde; o estigma que incide sobre os usuários de CAPS; falta de ações de matriciamento; recursos comunitários precarizados e vasta extensão do território; falta de experiência e de identificação profissional com as demandas da saúde mental; precariedade da RAPS, que não apresenta todos os dispositivos; os resquícios do antigo modelo de cuidado em saúde mental.

Constatou-se que os serviços de saúde estão pouco acessíveis para a pessoa que sofre com transtorno mental, até mesmo na AB que deveria ser o local de vinculação do cidadão à saúde, sendo que cabe ao primeiro nível a atenção integral ao usuário, já que ao longo do seu caminhar pela rede deve permanecer referenciado à AB (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010). A despeito de durante as entrevistas os profissionais da AB, em sua maioria, afirmarem não ter dificuldade em atender pessoas com transtorno mental, é perceptível que tais usuários encontram barreiras até para serem recebidos:

[...] então o paciente chega no posto, quando vê lá que é acompanhado pelo CAPS “ah, não é aqui, não, volte, vá pro CAPS” e às vezes o paciente foi lá fazer uma avaliação, pegar a requisição de um exame, pegar a medicação que às vezes não tem nada a ver com o transtorno mental, uma medicação pra pressão alta, pra uma gastrite que ele já tem e usa a medicação [...] quando isso acontece, não chega à gente do NASF, a gente já sabe da informação porque chegou no SAME [Serviço de Arquivo Médico e Estatística, que divide espaço com a recepção nesse serviço] e do SAME mesmo o funcionário administrativo já dispensou [...] e os próprios médicos muitas vezes relatam isso “olha, o seu atendimento não é aqui, é lá no CAPS” (AB15).

Salienta-se que a dificuldade mais citada, tanto pela equipe do CAPS quanto da AB, é a falta de acolhimento dos usuários dos CAPS pelos serviços de saúde. Nesse cerne percebe-se a falta de clareza sobre os papéis de cada instituição. Se não há clareza sobre as demandas que cada dispositivo de atenção deve receber, quando se trata de crise em saúde mental os discursos são ainda mais dissonantes e a rejeição torna-se mais expressiva:

[...] não tinha para onde ir, não sabia nem pra onde levar, pra onde encaminhar, “pra onde vou levar?” Teve rejeição da própria

SAMU, quando uma vez ele teve um surto e chamaram, e a SAMU, né? Usou um termo lá, falou que já conhecia o paciente, até ameaçou a família: “e se ligar de novo a gente vai reconhecer sua voz e aí vai complicar para o lado de vocês”. Ameaçou até a família, né? Então a família ficou completamente desestruturada, em surto não pode ligar para o SAMU, não sabia qual serviço que tinha aqui, a Unidade, o CAPS, não sabia... Não queria ir mais para o Juliano Moreira [hospital psiquiátrico] porque as referências que ela ouviu não são das muito boas, não são das melhores, e aí ficou assim sem saber [...] (AB2).

Martinhago e Oliveira (2012), em pesquisa que realizaram nos CAPS de Santa Catarina, também encontraram dificuldades no atendimento à crise. Os autores apontam que o atendimento dos usuários pelo SAMU é muito difícil, nove serviços mencionaram o descaso de tal dispositivo com esse tipo de demanda e apenas três CAPS relataram fácil acesso. Afirmam ainda que não há apoio por parte dos demais dispositivos de saúde que não fazem parte da atenção especializada. Assim, a autonomia dos usuários fica comprometida de maneira que “induz os CAPS a trabalharem no limiar da institucionalização” (p.593). Os discursos abaixo dialogam com essa realidade:

[...] essa é uma das dificuldades que mais frustram a gente, a rede ainda ela é cheia de furos, então **o CAPS acaba ocupando um lugar pra alguns usuários que é um lugar de encosto e de imobilidade porque a gente não consegue fazer o usuário andar, circular na rede de saúde** [grifo nosso] (C20).

[...] o usuário ele se indispôs a aceitar qualquer interlocução, qualquer assim, contato que fosse resultado dessa interlocução com a atenção básica porque ele disse que é um usuário do CAPS, ele não quer ser um usuário de atenção básica (C8).

Lancetti (2011) alerta para a burocratização do CAPS, sua tendência à cronificação e enclausuramento em si mesmo. Os discursos de desalento de alguns dos entrevistados demonstraram a inclinação de construção de CAPS ensimesmados frente a uma rede pouco receptiva aos usuários de saúde mental: “[...] é por isso que às vezes eu não mando pra lugar nenhum, procuro resolver por aqui dentro mesmo, porque tá muito difícil essa integração, viu?” (C11).

Martinhago e Oliveira (2012) encontram na combinação entre o despreparo dos profissionais da AB e a estigmatização uma explicação para tal desassistência. Olhando com profundidade os achados referentes às

dificuldades da RAPS neste estudo, a fala, em sua maioria, também tem como pano de fundo o estigma. Goffman (1988) diz que o estigma é uma forma de categorização social pejorativa. Assim, o indivíduo marcado pelo estigma vai ter sua imagem atrelada ao descrédito, à fraqueza, à deficiência. O estigma surgiu como marcas no corpo feitas a ferro e fogo que avisavam que seu portador tinha algo de mau: era um escravo, um traidor, uma pessoa a ser evitada (GOFFMAN, 1988). Atualmente o estigma não surge como um registro na pele, mas as marcas construídas socialmente também parecem indelévels: “[...] o usuário fica desassistido na região em que ele é adscrito, o usuário ele não consegue circular em seu território, **ele não tem uma atenção adequada em seu território por estar marcado como usuário do CAPS [...]**” [grifo nosso] (C8). Algumas declarações de profissionais da AB demonstram uma sequência de conotações depreciativas em relação à pessoa com transtorno mental:

[...] pra mim o que mais pesaria seria a questão da agressividade e não responsividade aos comandos, “abre a boca, fecha a boca, cospe” aí esse tipo de situação seria mais incapacitante, fora isso [...] Como eu falei, se ele tiver condicionado e responder aos comandos... às vezes é um pouco mais difícil do que um paciente normal, mas que não tenha transtorno, é... mas às vezes inclusive é mais fácil porque é um paciente que tem um limiar de dor que não é expressivo, então que... você consegue fazer mais procedimentos, sem ele se queixar, que às vezes um paciente normal já se queixaria muito mais, entendeu? E... Na minha cabeça se ele é um paciente que responde aos comandos e tá ali condicionado, eu não vejo dificuldade nenhuma, pra mim é tranquilo, igual a um outro paciente qualquer [...] não dá pra atender sem um responsável legal por essas pessoas, até porque elas... ao meu ver de nível de transtorno mental, aparente, essas pessoas às vezes nem assina, não fala, entendeu? (AB1).

A fala supracitada indica uma série de estigmatizações que giram em torno da doença mental: agressividade, déficit cognitivo, infantilização e necessidade de tutela. Jucá *et al.* (2009) encontraram achados similares em pesquisa realizada em PSFs de Salvador e afirmam que tais percepções corroboram para a destituição da cidadania da pessoa com doença mental. Nunes e Torrenté (2009), ao estudarem o estigma no CAPS, destacaram as negligências que os

serviços de saúde baianos e sergipanos tem impelido às pessoas em sofrimento psíquico:

Isto [o estigma] funciona como uma barreira na aceitação dessas pessoas nos espaços institucionais, com atitudes de distância e até de repulsa, escondidas no eufemismo da falta de preparo, chegando ao extremo de negar o cuidado a pessoas em estados clínicos graves, levando-os inclusive à morte (p.106).

A falta de experiência também foi encontrada neste estudo como uma dificuldade na garantia do cuidado. Contudo, acredita-se que, como nos alertam os autores na citação acima, é apenas uma forma de travestir a estigmatização.

Uma forma de combater os estigmas e auxiliar os profissionais que não se sentem preparados para atuar com pessoas com doença mental é o matriciamento. Martinhago e Oliveira (2012) revelam que o matriciamento realizado pelos CAPS de Santa Catarina tem se revelado como uma boa forma de superar as dificuldades da equipe de AB. Entretanto, na época da pesquisa os CAPS estudados não estavam conseguindo realizar essa ação.

Ressalta-se que o matriciamento pode se expandir também para outros dispositivos da rede e demais recursos comunitários, o que faz com que outros problemas emergjam como a vasta extensão do território em questão e a precarização dos espaços da comunidade. Como alertam Miranda *et al.* (2014) a pobreza de serviços de saúde, educação e cultura faz com que o CAPS fique ainda mais ilhado em seu território, esbarrando em problemas que vão além da sua alçada e que explicitam as falhas da gestão municipal.

Outra dificuldade, derivada da falta de dispositivos da RAPS de Salvador (em destaque a ausência de um CAPS III), faz com que os profissionais recorram aos ultrapassados modelos de cuidado. Assim, o avesso, representado pela figura do hospital psiquiátrico, numa rede que se propõe inovadora e assentada em outro paradigma de cuidado, torna-se recorrente nos discursos dos trabalhadores:

[...] a gente tem que dar graças a Deus, que o Juliano [hospital psiquiátrico] mudou a metodologia dele de abordagem, porque pro Juliano também era muito complicado, tinha que saber onde que você morava, pra saber se participava da região, tudo isso, e hoje em dia há um processo mais democrático, bora dizer assim, você chega lá passa por uma triagem com psicólogo, pelo

psiquiatra, saindo da triagem dependendo da necessidade de ser encaminhado pra lá ele já encaminha para fazer tratamento (AB9).

Nesse sentido, joga-se o processo de Reforma Psiquiátrica num ocaso, já que é a possibilidade de atuar conjuntamente com uma rede é o que diferencia o CAPS do manicômio (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014) e que concretiza a desinstitucionalização (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009), e a desarticulação entre os serviços de saúde soteropolitanos faz com desponte apenas uma sombra, um lusco-fusco de rede.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Encontrou-se uma série de dificuldades que comprometem a rede estudada que começam desde a compreensão do que seria a RAPS e o papel de cada dispositivo no cuidado e que vão desencadear outros problemas como a falta de acolhimento do usuário nos serviços de saúde. Contudo, uma análise aprofundada permite perceber que a principal barreira para o cuidado é o estigma que marca o usuário do CAPS, fazendo com que tenha que vagar de serviço em serviço para que consiga atendimento.

Por outro lado, também foi possível encontrar a potência da atenção em rede que se constitui no encontro entre os profissionais que compõe a RAPS. Nesse sentido, vale destacar o trabalho da equipe do NASF e dos ACS que, apesar de em alguns momentos demonstrarem tatear o cuidado em saúde mental, revelaram-se grandes articuladores.

É preciso tocar também na precariedade da RAPS de Salvador (em processo de implementação) que se desnuda a partir de discursos desesperançosos dos profissionais dos CAPS. À revelia do delineamento incerto da rede da cidade, esses profissionais empreendem seu trabalho com os usuários fazendo uso dos recursos disponíveis e, muitas vezes, recorrendo ao seu circuito de relações para construir uma rede instituída por uma política pública que não se concretiza.

Assim, pode-se afirmar que a RAPS do estudo caracteriza-se por uma institucionalização do cuidado no CAPS, bem como mantém uma dependência ao hospital psiquiátrico. Tal panorama é sustentado pela falta de dispositivos

previstos pela Portaria nº 3.088/11 e pela rejeição aos usuários do CAPS pelos demais serviços de saúde. Apesar da pesquisa apontar ações no território e tentativas de articulação da rede, os colaboradores reconhecem que tais ações são insuficientes. Ainda é possível perceber que impera a lógica de encaminhamentos, não havendo (à época) projetos terapêuticos comuns entre o CAPS e a AB.

Ressalta-se, todavia, que essa pesquisa é apenas um recorte da realidade e, tratando-se de uma pesquisa qualitativa, está sujeita à reflexividade das autoras, sendo preciso que outros estudos se debrucem sobre o tema construindo um panorama mais abrangente da RAPS soteropolitana.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 31 de dez 2010; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011a. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 30 de dez de 2011; Seção 1.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 09 de abril de 2001; Seção 1, p.02.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano*, nº 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, Volume I: Acolhimento à demanda espontânea*. n. 28. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 2, nº 23, 2007.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2015. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 22/05/2015.

DAB. Redes prioritárias. 2015. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_proprietaria](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria). Acesso em: 10 de junho de 2015.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. In: *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, Vol 1, nº 1, jan-abr. 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. São Paulo: LTC, 1988.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. In: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, suppl. 02, 2004.

JUCÁ, V. J. dos S.; NUNES, M. de O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 14, nº 1, 2009.

KUSCHNIR, R. S.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L e. *Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES/ UAB, 2010.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Editora Hucitec, 2011.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. de. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. In: *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez. 2012.

MENDES, E. V. *Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, C. de S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 30ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MIRANDA, L.; OLIVEIRA, T. F. K. de; SANTOS, C. B. T. dos. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. In: *Psicologia: Ciência e Profissão*, vol. 34, nº 3, 2014.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. In: *Revista Saúde Pública*, nº 43 (Supl. 1), 2009, p. 101-108.

PAIM, J. S. Direito à saúde, cidadania e estado. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*; 1986 mar 16-21; Brasília, Brasil. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 45-59.

PREFEITURA DE SALVADOR. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. 2014. Disponível em [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms\\_2014\\_2017\\_versao\\_preliminar.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf). Acesso em 15/01/2015.

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, I. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. In: *Saúde Sociedade*, vol.19, nº 3, 2010.