

A TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS: UM DISPOSITIVO PARA ANÁLISE DO CUIDADO COMPARTILHADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

The Care Transfer: A Device For Analysis Of Shared Care In Network Psychosocial Care

Taynara Praisner¹
Christiane Luiza Santos²

Artigo encaminhado: 08/03/2021
Artigo aceito para publicação: 19/11/2021

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem o objetivo de compreender como é realizada a transferência de cuidados entre os Centros de Atenção Psicossocial e a Atenção Primária à Saúde em um município da região metropolitana de Curitiba-PR. Participaram da pesquisa doze profissionais por meio de entrevista semiestruturada e para a análise dos dados utilizou-se o referencial teórico da Análise Institucional. A transferência de cuidados é entendida e operacionalizada pelos profissionais pela lógica do encaminhamento seguido de desresponsabilização pelo usuário, isto é, um cuidado não compartilhado, predominando a continuidade do cuidado na unidade de saúde como um cuidado medicalizante. No entanto, todos os profissionais participantes da pesquisa entendem a necessidade de construir novas formas de cuidado que possibilitem a comunicação entre os serviços e elencam diversas práticas que tencionam esse paradigma instituído. Entende-se que em todo processo de institucionalização de modelos de cuidado existem os processos já instituídos e as linhas de fuga ao modelo hegemônico. Portanto, pode-se dizer que é preciso questionar os processos de trabalho e as práticas cristalizadas para que seja possível a sua superação.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Transferência da Responsabilidade pelo paciente. Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT: This is a qualitative research that aims to understand how the care transfer is executed between Centers for Psychosocial Care (CAPS) and Primary Health Care in a metropolitan city of Curitiba-PR. Twelve professionals participated the research through semi-structured interviews and to analysis of the data was used the theoretical framework of Institutional Analysis. The care transfer is understood and operationalized by professionals through the logic of forwarding and lack of accountability like an unshared care and the continuity of care in the health unit predominating as a medicalizing care. However all professionals participating in the research understand the need to build new

¹ Psicóloga, formada pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO). Especialista em Psicologia em Saúde pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) de Curitiba. Área de interesse Atenção Psicossocial, Saúde Coletiva, Saúde da Família. Email: taynarapraisner@gmail.com

² Mestre e Doutora em Políticas Públicas pela UFPR. Graduada em Odontologia pela UFPR. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Positivo e em Estratégia de Saúde da Família pela UFPEL. Especialista em Odontopediatria pela UFPR e Especialista em Tecnologias Construtivistas Educacionais pelo IEP Sírio Libanês. Email: aluizachris@gmail.com

forms of care to enable communication between the services and list several practices to question the instituted paradigm. It is understood that in every process of institutionalization of care models there are already established processes and lines of escape from the hegemonic model. Therefore it can be said that it is necessary to question the work processes and crystallized practices to be possible overcome them.

Keywords: Mental Health. Primary Health Care. Patient Handoff. Continuity of Patient Care.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce da Reforma Sanitária Brasileira e compreende “um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação” nas três esferas de governo, constituindo-se por meio da concepção de Rede de Atenção à Saúde (RAS) (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p. 532).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), na RAS a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para todas as necessidades e problemas, servindo como base para o ordenamento e a efetivação da integralidade, com olhar centrado na pessoa e com a perspectiva de ampliação dos graus de autonomia em suas áreas de cobertura.

Um dos grupos populacionais atendidos pela APS é o de usuários que necessitam de cuidados para a sua saúde mental. Com isso, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no SUS (BRASIL, 2011). Um dos pontos de atenção da RAPS é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), caracterizado por ser um serviço ambulatorial de atenção diária, que funciona segundo a lógica do território e realiza, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e/ou persistentes, sendo categorizados de acordo com a clientela: CAPS Transtorno Mental (TM), CAPS Álcool e Drogas (AD) e CAPS Infanto-juvenil (IJ) (BRASIL, 2002).

Com relação ao cuidado exercido no CAPS, este é por tempo limitado e de caráter especializado para proporcionar a estabilização do quadro apresentado (BRASIL, 2002). Logo, quando há usuários que não se enquadram mais nos

questos para continuar em tratamento no CAPS, mas que necessitam de uma continuidade do cuidado, são encaminhadas à APS. Esta, de acordo com a PNAB, deve se responsabilizar pela continuidade do cuidado e, para que esta continuidade possa ser realizada, há a tecnologia de cuidado chamada de Transferência de Cuidados (BRASIL, 2017).

A transferência de cuidados surge no contexto da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira com o objetivo de proporcionar um curso diferente daquele atribuído anteriormente ao sujeito em sofrimento psíquico o qual era destinado a viver em um serviço de psiquiatria por toda a sua vida (ANTONACCI, 2015).

A palavra *transferência* vem do latim *transferentia* e significa a “ação de levar algo ou alguém de um lado ao outro” (ANDERS *et al.*, 2019). Em consonância com Antonacci (2015), entende-se que a transferência de cuidados vai além do simples encaminhamento para a UBS, isto é, a passagem de um serviço para o outro, mas representa a continuidade do cuidado permeada por corresponsabilização entre os serviços e o usuário e a preparação deste para enfrentar as situações de vida diária.

A prática da transferência de cuidados na saúde mental vem sendo estudada por alguns autores, destaca-se aqui um estudo multicêntrico chamado de Intervenção no Período Crítico – Transferência de Cuidados (CTI-TS), o qual foi desenvolvido em Nova Iorque e tem o objetivo de complementar e fortalecer a rede psicossocial, ajudando os indivíduos que sofrem com transtornos mentais graves a se engajarem e se estabilizarem em um cuidado continuado. Este modelo é utilizado durante períodos críticos do tratamento como, por exemplo, a transição entre a internação e o cuidado continuado na comunidade, assim, seu foco está na vinculação da atenção primária aos serviços de saúde mental (SILVA, 2013).

A CTI-TS (SILVA, 2013) é conduzida em três fases consecutivas e interligadas, denominadas Iniciação, Experimentação e Transferência de Cuidado. Assim como neste modelo de intervenção, para Antonacci (2015) a transferência de cuidados também significa a fase final de um processo de cuidados. Antonacci (2015) entende que a transferência de cuidados pode ser uma das fases do cuidado em saúde mental, sendo entendida como o fim da

sequência: entrada (acolhimento), processo (projeto terapêutico singular) e resultado (transferência de cuidados).

Compreende-se que a responsabilidade pelo cuidado do usuário não é exclusiva de um determinado serviço, sendo a transferência de cuidados uma das ferramentas que proporciona o encaminhamento como um cuidado compartilhado. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2009), o cuidado compartilhado surge com o reconhecimento de que o processo saúde-doença de um sujeito é complexo demais para ser coordenado por um profissional sozinho, resultando na necessidade de ampliação da clínica e no compartilhamento de diagnósticos e propostas de solução, tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde, como no sentido dos usuários.

O compartilhamento pressupõe que, para efetivar o cuidado de forma integral, a equipe lance mão de técnicas relacionais (ANTONACCI, 2015; BRASIL, 2009), estas podem ser entendidas como sendo as tecnologias leves que se referem a produção do cuidado a partir das relações entre os sujeitos, as tecnologias duras, que são as ferramentas-máquinas que usamos como, por exemplo, fichários para anotar dados do usuário, e as tecnologias leve-duras, que podem ser entendidas como sendo o saber estruturado de cada profissional (MERHY, 1998).

Assim sendo, entende-se que para avançar no cuidado em saúde mental é necessária a reflexão dos vários processos envolvidos na dinâmica do cuidado, mapeando-se os limites e os desafios em busca da resolubilidade (BRASIL, 2009). Com isso, este trabalho se propõe a realizar uma reflexão sobre como é realizada a transferência de cuidados entre o CAPS e a APS na Rede de Atenção Psicossocial a partir do relato dos profissionais, assim como, a verificar o que estes compreendem por transferência de cuidados.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia utilizada é a qualitativa, que trabalha com o universo dos significados, motivos, crenças, aspirações, atitudes e valores (MINAYO, 2008). Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada (MINAYO, 2008).

A pesquisa foi realizada em um município da região metropolitana de Curitiba, no estado do Paraná. O campo de pesquisa foram três Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na região urbana e selecionadas de acordo com o porte populacional, e os três CAPS existentes no município, sendo eles: CAPS TM tipo II, CAPS AD e CAPS IJ. Portanto, foram escolhidos seis estabelecimentos que compõem a RAPS.

Os participantes da pesquisa foram dois profissionais de cada serviço, totalizando doze participantes, entre eles: médicos, enfermeiros, coordenadores do serviço, psicólogos e técnicos de enfermagem. E como instrumentos de coleta de dados utilizou-se duas entrevistas, cada uma com onze questões, que possuem um roteiro semiestruturado, mas permitem ao entrevistado abordar o tema livremente (MINAYO, 2008).

Para a análise dos dados obtidos após as entrevistas utilizou-se o referencial teórico da Análise Institucional que, de acordo com L'Abbate (2012, p. 198), “tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos”. Como explica Lourau (2004), se propõe a descobrir o “não dito”, a face escondida das instituições, a decompor e trazer à luz os elementos que compõem a instituição.

Com relação aos aspectos éticos, a presente pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe de Curitiba-PR, submetendo-se às normas e diretrizes estabelecidas pela resolução 466/2012, com parecer aprovado e CAAE nº 92004218.7.0000.5580.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realizar a análise foi necessário elencar os analisadores que, segundo L'Abbate (2012, p. 200), são os “fatos e situações que surgem de forma imprevista, ou não, no processo de intervenção e que permitem identificar aspectos contraditórios e ocultos do grupo e da organização na qual os participantes se inserem”. Assim, após a transcrição das entrevistas, emergiram quatro analisadores: *1. A compreensão acerca do que vem a ser a Transferência de Cuidados; 2. O CAPS e o processo de transferência de cuidados; 3. A UBS e a continuidade do cuidado; e 4. Os nós do processo de cuidado.*

3.1 A compreensão acerca do que vem a ser a transferência de cuidados

Foi possível perceber que para todos os profissionais entrevistados, tanto os do CAPS como os da UBS, a transferência de cuidados significa a continuidade de um cuidado após a estabilização do quadro apresentado. Como no trecho abaixo:

A gente entende que o paciente teve uma melhora, não tem mais por que permanecer nesse serviço e que ele tem condições já de estar sendo acompanhado em outro serviço, que não demande de um atendimento tão frequente [entrevistado 06].

Segundo Antonacci (2015, p. 168), “a entrada no serviço já deve considerar o momento de transferência de cuidados, ou seja, o processo é construído pensando na reinserção do usuário em seu território”. Esta concepção de que a transferência faz parte do processo de cuidado é percebida pelos profissionais.

A gente vai preparando o paciente pra isso, quando a gente observa que ele tá bem, a gente vai trabalhando isso com ele, a gente até pontua o que melhorou e a necessidade agora, aí a gente tem um grupo de transferência, ele deixa de participar das oficinas do CAPS, de vir uma vez por semana, e ele vai estar vindo uma vez por mês [entrevistado 06].

A transferência de cuidados é compreendida também como uma estratégia utilizada para quando o usuário não adere ao modo de cuidado ofertado, assim, é realizado um encaminhamento chamado de transferência de cuidados, no entanto, entendem que este é um uso inadequado do termo:

A gente chama de transferência de cuidados, mas pra mim fica um pouco estranho, é um paciente que foi inserido no nosso serviço, ele precisa, mas ele não adere, não vem, falta, já foi tentado de tudo e a gente não consegue que ele venha, aí a gente transfere os cuidados então pro território onde ele mora seria uma coisa mais informativa, talvez um encaminhamento de uma informação, não sei [entrevistado 06]

Na fala de outro profissional é possível perceber que a transferência de cuidados não é feita quando existe a ‘não adesão’ justamente porque há grande quantidade de usuários que desistem do tratamento. Com relação a adesão ao tratamento, entende-se que este é um processo multifatorial e singular, que necessita da construção de vínculo entre quem cuida e quem é cuidado, da compreensão dos fatores que causam a não adesão, da continuidade do cuidado e do desenvolvimento de autonomia dos usuários no seu cuidado. Logo, pode-se dizer que refletir sobre esse processo contribui com a construção de novas estratégias de cuidado aos usuários (BRASIL, 2010).

E ainda, um dos profissionais da UBS entende que a transferência de cuidados também tem a função de desinchar o CAPS:

A transferência de cuidados funciona, ela é fundamental tanto para mim mandar para eles quando tenho problemas, quanto para desinchar o serviço deles quando é só renovação [de medicamento] e a pessoa tá estável [entrevistado 10]

Portanto, pode-se dizer que a forma como a transferência é entendida influencia diretamente na função que esta estratégia tem no processo de trabalho no CAPS. Entende-se que se for vista como uma ferramenta de trabalho, como fundamental para a continuidade do cuidado, terá como objetivo proporcionar autonomia, reinserção do sujeito em seu território, a vinculação do mesmo na UBS além de poder ser inserida no cotidiano de trabalho como um processo a ser desenvolvido ao longo do tratamento. Se for vista como um procedimento de encaminhamento, que não vise a corresponsabilização pelo cuidado, entendendo que o sujeito é deste ou daquele serviço, a transferência aparecerá apenas no final do tratamento e com o objetivo de desresponsabilização pelo sujeito.

3.2 O CAPS e o processo de transferência de cuidados

De acordo com Merhy (1999, p. 01), “conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção”. Assim, o processo de produção de atos de saúde pode ser procedimento centrada, modelo no qual o principal compromisso é com a produção de procedimentos, centrados na doença, ou usuário centrada, modelo centrado em atitudes acolhedoras e no vínculo com o usuário, buscando o cuidado à saúde e a cura como finalidade última (MERHY, 1998).

Assim, é importante que os profissionais olhem para o seu processo de trabalho, por exemplo, questionando quanto tempo é gasto realizando procedimentos ao invés de realizando encontros e interseções com os usuários. O que pode ser visto no seguinte trecho:

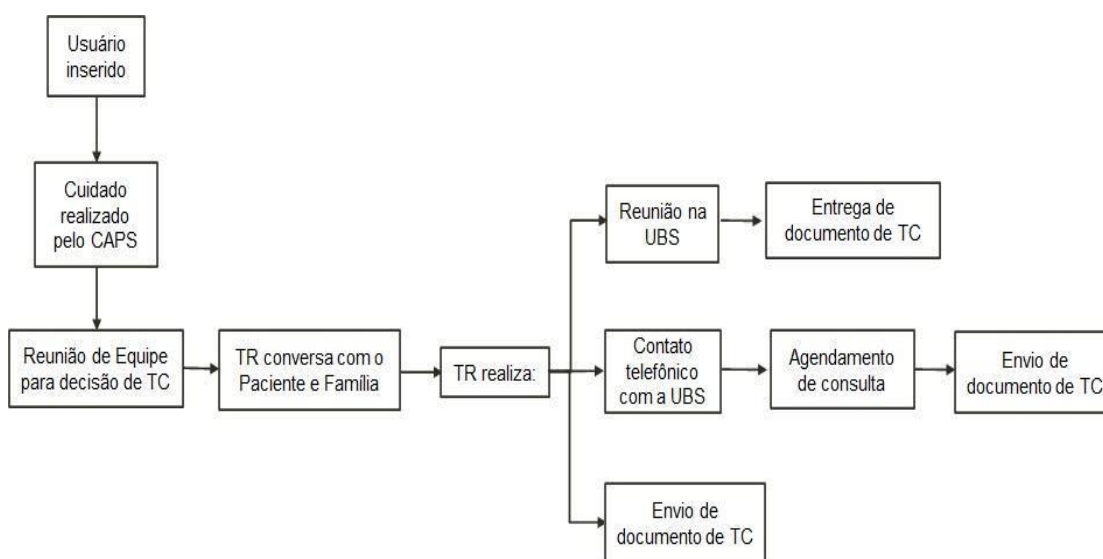
A função é burocrática [do documento de transferência] [...] é um papel que vem por malote preenchido com sinais e sintomas que eu acredito que seja feito na triagem do paciente e vem mais um explicando qual o motivo [entrevistado 08].

Observa-se que o paradigma instituído é o modelo biomédico que é prescritivo, burocratizante e produtor de procedimentos (BEZERRA *et al.*, 2014).

O instituído, o *status quo*, atua com um jogo de forças extremamente violento para produzir uma certa imobilidade (LOURAU, 1993). Em consonância com Antonacci (2015), entende-se que a transferência de cuidados é uma prática que possibilita romper com os ‘desejos do manicômio’, com o *status quo*.

A seguir será sistematizado o fluxo de transferência de cuidados, isto é, como cada um dos CAPS realiza-a e estes serão identificados pelas letras A, B e C.

Figura 1 – Fluxograma CAPS A



*TC: Transferência de Cuidados

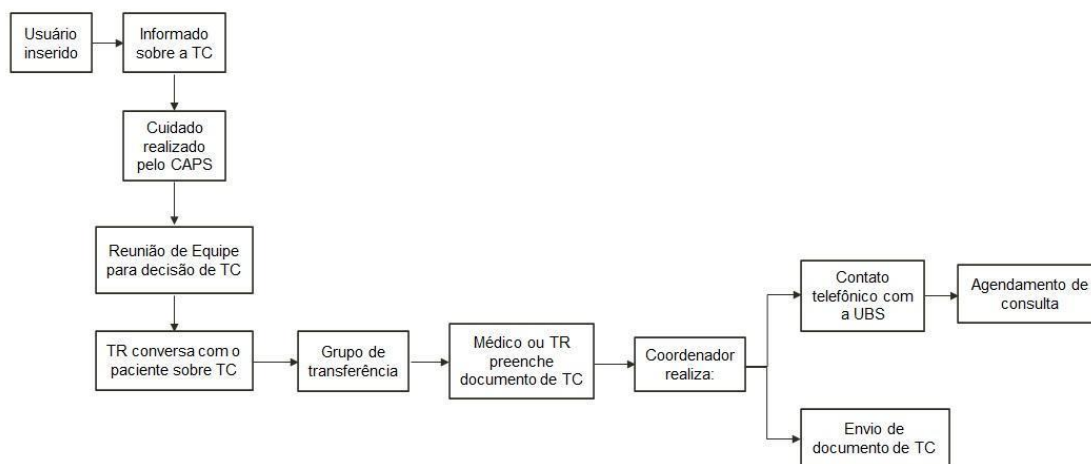
*TR: Técnico de Referência

Fonte: A autora (2019)

De acordo com o relato das profissionais, o processo de transferência de cuidados do CAPS A inicia-se com uma reunião de equipe para decidir se o tratamento do usuário já pode ser finalizado e o Técnico de Referência (TR) entra em contato com o usuário e/ou familiares para explicar essa decisão. Depois, existem três maneiras de ser feita a transferência, o que depende da escolha do profissional, são: a) o TR vai até a UBS para falar sobre o usuário que será transferido e entrega em mãos um documentos que contém as informações sobre o seu tratamento e como se encontra no momento; b) o TR realiza contato telefônico com o coordenador ou enfermeiro responsável na UBS para falar sobre o usuário e agendar a primeira consulta com o médico, além de produzir um documento com as informações necessárias e enviá-lo tanto por meio do usuário quanto por malote para a UBS; ou c) não ir até a UBS e não entrar em

contato telefônico, mas produzir um documento com as informações necessárias e enviá-lo tanto por meio do usuário quanto por malote para a UBS.

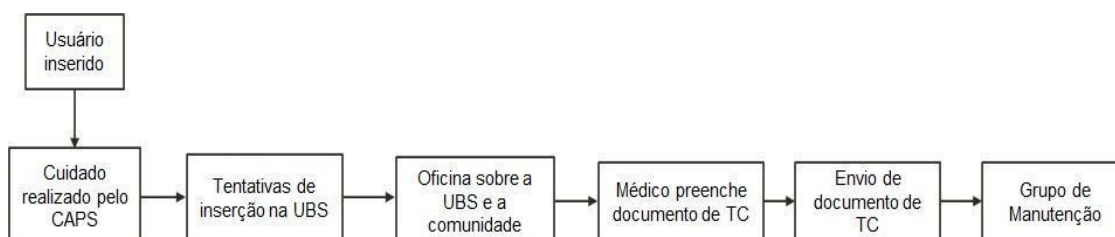
Figura 2 – Fluxograma CAPS B



Fonte: A autora (2019)

O processo de transferência do CAPS B inicia-se quando o TR comunica ao usuário que a transferência de cuidados fará parte do tratamento. É realizada uma reunião em equipe para a decisão de diminuir a frequência dele nos grupos e oficinas e, posteriormente, a participação no Grupo de Transferência (GT). Quem informa o usuário sobre sua participação neste grupo é o TR. Após, em média, 3 meses no GT o médico, na maioria das vezes, é quem preenche um documento com informações da transferência e a coordenação do CAPS realiza contato telefônico com a coordenação da UBS para agendar a primeira consulta com o médico e envia o documento por malote.

Figura 3 – Fluxograma CAPS C



Fonte: A autora (2019)

O processo de transferência do CAPS C inicia-se com tentativas de vinculação do usuário a UBS e com oficinas informativas sobre o território onde

ele reside. Não há menção de que o caso seja discutido em equipe para decidir se é feita ou não a transferência, apenas que o médico executa a transferência e produz o documento com as informações necessárias. Este é enviado por meio de malote e do paciente para a UBS e não é feito contato telefônico. Após a transferência existe um Grupo de Manutenção, o qual ocorre uma vez ao mês com todos os pacientes que finalizaram o tratamento no CAPS.

Pode-se dizer que o modelo 'procedimento centrado', que é burocratizado, pode ser observado nos fluxos de transferência esquematizados acima, nos quais os CAPS dão maior ênfase na produção do documento de transferência, o qual é feito predominantemente pelo médico, do que por operacionalizar estratégias relacionais para a transferência de cuidados. Neste procedimento toda a multiplicidade e as histórias de vida dos usuários, que afetavam os trabalhadores, são deixadas de lado e só a história da doença é encaminhada à UBS (LOPES *et al.*, 2016).

Há um predomínio das tecnologias duras e leve-duras e o estabelecimento de protocolos centrados em procedimentos e papéis. Ressalta-se que “a organização do processo de trabalho operando de forma centrada no usuário e de maneira integrada, aparece como um dos grandes desafios contemporâneos a serem enfrentados pelos trabalhadores e gestores implicados na produção do cuidado” (LOPES *et al.*, 2016, p. 210).

Entende-se que em todo processo de institucionalização de modelos de cuidado existem os processos já instituídos e as linhas de fuga ao modelo hegemônico. Algumas estratégias desenvolvidas pelos CAPS em questão que contribuem para desenvolver o processo de transferência e tensionar este modelo biomédico são: estimular o usuário a buscar por si mesmo a unidade, empoderar o sujeito desde o início do tratamento, desenvolver um Projeto Terapêutico Singular (PTS), realizar Grupo de Transferência de Cuidados, realizar Grupo de Manutenção, realizar Grupo Informativo, existir o TR e reunião de equipe para decisão em conjunto sobre a transferência.

Segundo Antonacci (2015), algumas das estratégias de cuidado que podem ser integradas aos processos de trabalhos dos CAPS são: acompanhar o usuário no processo de inserção na cidade, prática de acompanhamento terapêutico, ensino de como enfrentar momentos de crise e comunicação entre os serviços por meio de matriciamento.

Retomando o que foi apresentado anteriormente, Antonacci (2015) elenca três fases que fazem parte do Processo de Transferência de Cuidados, isto é, a fase da entrada, a fase do processo de cuidado e a fase final. Logo, pode-se dizer que nos CAPS B e C a transferência propriamente dita, que é a fase final, é, predominantemente, burocratizada e as outras fases são, predominantemente, relacionais. No CAPS A, a transferência não ganha tanta ênfase nas duas primeiras fases, acolhida e processo de cuidado, e na última fase, assim como nos outros CAPS, é burocratizada.

Assim, é possível perceber que há a existência excessiva de procedimentos e a hierarquização entre os profissionais, na qual o médico é o principal responsável por escrever a transferência e a coordenação do CAPS é a única responsável por entrar em contato com a coordenação da UBS, modos estes de perpetuar o modelo biomédico.

3.3 A UBS e a continuidade do cuidado

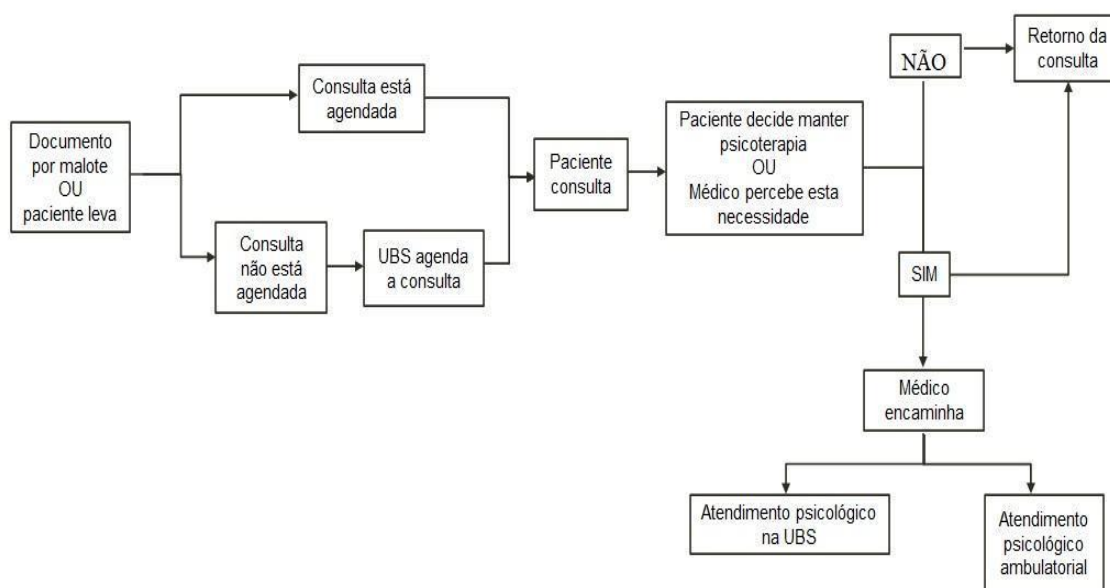
Se a transferência de cuidados é entendida como a continuidade do cuidado, tanto pelos profissionais desta pesquisa quanto pela literatura, quais estratégias são utilizadas para garantir que esta continuidade aconteça? E ainda, o que é entendido como continuidade do cuidado?

Quando os profissionais da UBS são questionados se sabem os motivos da realização da transferência de cuidados, estes relatam que é pela necessidade de o usuário continuar com o uso da medicação. A medicalização do cuidado diz respeito à apropriação, por parte da medicina, de tudo aquilo que não é da ordem exclusivamente médica, é tornar médico aquilo que é da ordem do social ou econômico ou político, fazendo com que as pessoas sintam que os seus problemas são doenças e, conseqüentemente, devem ser medicamentalizados com o intuito de proporcionar cura (AMARANTE, 2013).

Na maioria das vezes eles usam medicamentos controlados e a gente não consegue atender sem a presença do médico, sem o atendimento médico [entrevistado 07].

A partir das entrevistas foi possível perceber que todas as unidades de saúde realizam a continuidade do cuidado, predominantemente, da mesma forma, como explícito a seguir.

Figura 4 - Fluxograma das UBS



Fonte: A autora (2019)

O documento de transferência chega sempre por malote e, nem sempre, uma cópia é trazida pelo paciente. Em seguida, o primeiro passo é a consulta médica, que se não foi agendada pelo profissional do CAPS é agendada quando o paciente chega na unidade. Nesta consulta é avaliada a necessidade de atendimentos complementares, no entanto, o único atendimento complementar disponível é com o psicólogo. Portanto, se o médico entender que o usuário necessita deste tipo de atendimento ou se ele solicitar, é encaminhado a esta outra especialidade e é reagendada nova consulta para manter a renovação da medicação. Caso contrário, a continuidade do cuidado se dará apenas pela renovação de prescrição médica.

Desse modo, observa-se que a continuidade do cuidado é operacionalizada por meio do cuidado médico, isto é, a forma de acesso ao início do tratamento é pela consulta com o médico e o cuidado oferecido, predominantemente, é a renovação da receita. Entende-se que “essa prática objetiva os problemas de saúde demandados pelos usuários, evidenciando a doença, e não a experiência da pessoa, em todas as suas singularidades” (BEZERRA *et al.*, 2014, p. 65).

Segundo Campos e Domitti (2007, p. 210), “quando o escopo de atuação se limita muito ao âmbito individual, deixando as intervenções comunitárias de lado, diminui a resolutividade da equipe, assim como a potência de trabalho na APS”. Logo, entende-se que a transferência de cuidados pressupõe que o

cuidado seja compartilhado, caso contrário, a transferência pode tornar-se menos efetiva sem que se tenha um diálogo entre o serviço especializado em saúde mental e a APS, assim como, outros serviços da rede.

Por meio desta prática empregada pelos serviços da APS, pode-se observar uma das principais características elencadas por Costa-Rosa (2000), a qual caracteriza o modo de cuidado asilar que é a ênfase nas determinações orgânicas dos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico de tratamento é o medicamentoso, com a hipótese de que quem trabalha basicamente é o remédio.

Os profissionais da atenção especializada também entendem que o medicamento é primordial, no entanto, apontam a necessidade de outras ações que podem contribuir para o tratamento. Percebe-se que a continuidade do cuidado “é uma terapêutica reduzida a psicotrópicos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários, e pouco uso de tecnologias leves e leve-duras”, se tornando burocratizada e medicalizante (BEZERRA *et al.*, 2014, p. 62).

Para superar esta lógica médico centrada, especializada e medicalizante não basta a simples reestruturação dos serviços, passando do cuidado em manicômios para o cuidado em serviços substitutivos com equipes multiprofissionais, é preciso apropriar-se das novas tecnologias e ferramentas relacionais para a produção de um cuidado humanizado, que leve em consideração não apenas a doença, mas o sujeito e a sua experiência desse processo (COSTA-ROSA, 2000).

Questiona-se também qual é a disponibilidade de recursos que o território tem para que seja possível realizar a reinserção do paciente na comunidade, visto que esta reinserção é um fenômeno complexo que depende de vários atores e instrumentos para a sua operacionalização. Como aponta uma das profissionais, os recursos materiais do CAPS diminuíram:

Pra trabalhar nas hortas das escolas eu levava os pacientes, nós tínhamos carro na porta, aliás, todo serviço comunitário, serviço de CAPS empobreceu a nível de atendimento à população, eu programava com os pacientes e daí a escola precisava fazer jardim, daí ficava dois na escola depois a gente passava buscando esse povo, e se dava o trabalho extra-CAPS, que é o que promove [reinserção] [entrevistado 02].

Assim, a continuidade do cuidado pode ser vista como uma ferramenta para a desmedicalização da saúde mental na atenção básica, entretanto, é preciso

refletir sobre as estratégias de cuidado utilizadas e os recursos disponíveis para que seja possível a continuidade do cuidado significar promoção de saúde, liberdade e corresponsabilização e não significar medicalização da experiência da doença.

3.4 Os nós do processo de cuidado

Entende-se que os *nós* do processo de cuidado são aquelas situações tanto micropolíticas quanto macropolíticas que influenciam de alguma forma o processo de trabalho dos profissionais e, conseqüentemente, o cuidado ofertado à população. Com isso, foi possível elencar algumas fragilidades da RAPS e dos processos de trabalho apontados pelas profissionais.

As dificuldades apontadas pelas profissionais foram: a falta de recursos humanos, a falta de transporte para os usuários, a falta de comunicação e articulação entre os serviços da rede, a burocratização dos processos de trabalho, a não continuidade do cuidado, o medo e o estigma que o profissional tem do usuário de saúde mental, a dificuldade de acessibilidade ao cuidado, a falta de cuidado no território e a falta de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Um dos “nós” apontados por Antonacci (2015, p. 174) “é o comprometimento do profissional com o processo, a forma como se implicam no cuidado tem reflexo direto no resultado”. O trabalho interdisciplinar depende de predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para a tomada de decisão de modo compartilhado (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O que pode ser observado no fato de que existem diversas formas de fazer a transferência de cuidados num mesmo serviço, no entanto, isso não demonstra a inventividade e a criatividade das ações empregadas pelos atores.

O mais evidente dos desafios, elencado tanto pelas equipes dos CAPS como pelas da UBS, é a falta de comunicação e da transferência de informações, mesmo com a produção do documento, que são necessárias para a coordenação do cuidado e se são vivenciadas de forma pontual, não permitem a produção de um processo interdisciplinar, multiprofissional e contínuo de cuidado (LOPES *et al.*, 2016).

De acordo com alguns profissionais da pesquisa, a tecnologia tem sido aliada da comunicação entre eles. Entende-se que esta maneira de operacionalizar a comunicação, na informalidade, de forma pessoalizada,

contribui com a fragmentação do processo de trabalho, pois é realizada de forma pontual e a depender da boa vontade dos trabalhadores em realizá-los (LOPES *et al.*, 2016). Portanto, como aponta LOPES *et al.* (2016), é fundamental instituir espaços entre os atores, criando possibilidades de encontros e espaços de troca e diálogo, tendo como centralidade as necessidades e demandas dos usuários.

De várias formas diferentes as profissionais falaram sobre a necessidade da existência de uma rede de cuidado compartilhado. Por mais que não seja nomeado pelas profissionais do CAPS que eles têm a intenção de realizar o Apoio Matricial, o qual é um modo de produzir saúde em que duas, ou mais, equipes num processo de construção compartilhada criam propostas de intervenção e constroem espaços coletivos de discussão possibilitando a troca de saberes e práticas (BRASIL, 2010), como evidenciado na fala a seguir:

Eu tinha o sonho de pegar e poder cada paciente que tá sendo transferido, ir na unidade, ter uma conversa com a equipe, explicar do que se trata, como é esse paciente, isso pode favorecer o acolhimento dele lá na unidade e o fato de você ir pessoalmente e sentar com a equipe e discutir esse caso, vai ajudar bastante, vai fazer a diferença até no olhar desses profissionais que vão acolher, em outro momento até ir com o paciente lá na unidade [entrevistado 06].

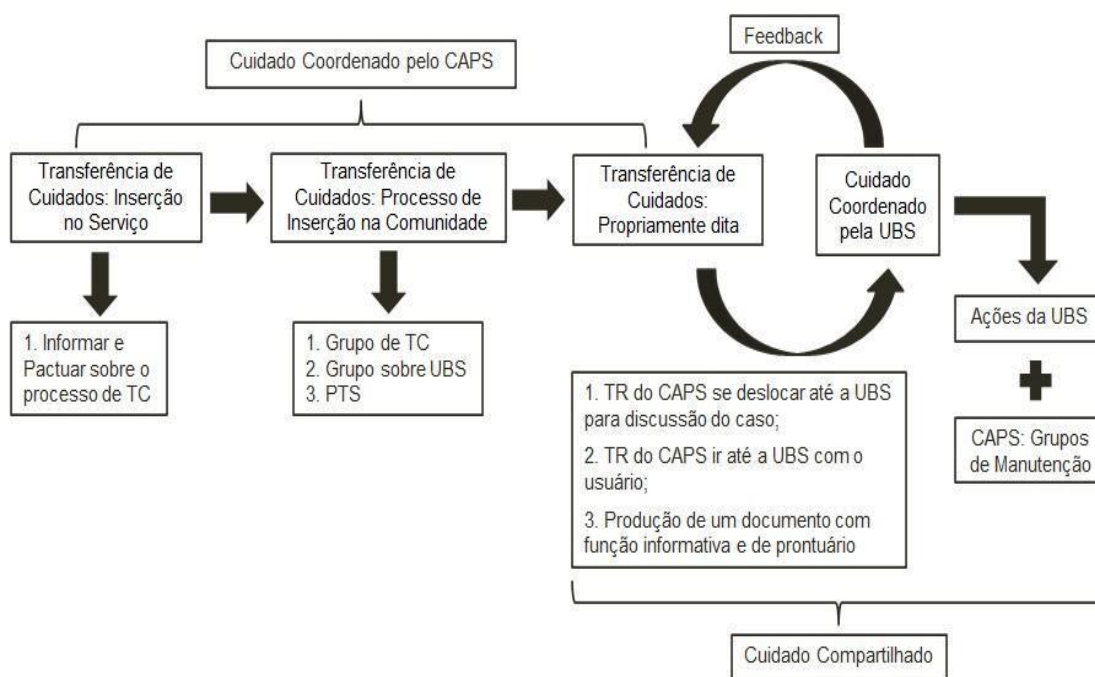
Sendo assim, “a estratégia do apoio matricial é de fundamental importância para que as ações voltadas para o cuidado sejam efetivadas pelas equipes” (BRASIL, 2010, p. 42), pois esta estratégia contribui com a construção e ativação de espaços para a comunicação ativa visando à superação da lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização por meio da integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007, BRASIL, 2010).

Os profissionais da UBS, no entanto, quando questionadas se haveria algo que gostariam de fazer diferente na transferência de cuidados, afirmam que é preciso melhorar a comunicação, não pontuando questões relacionadas ao processo de transferência. Supõe-se que as respostas sejam estas pelo fato de que, como apresentado no primeiro analisador, a forma como entende-se a transferência e a continuidade do cuidado resulta na escolha de quais ações serão direcionadas aos usuários. Sendo assim, se a continuidade do cuidado é realizada pelo cuidado individualizado e médico centrado, entende-se que não há a necessidade de apoio matricial.

Com relação às ações educativas, esta é uma das fragilidades apontadas, ou seja, a falta da EPS. Esta acontece com a criação de espaços de discussão a respeito da produção do cuidado, de estratégias de cuidado compartilhado e da troca de saberes e experiências, colocando em análise o processo de trabalho e as implicações que afetam os diferentes atores (LOPES *et al.*, 2016). De acordo com Lopes *et al.* (2016), é importante que os envolvidos permitam se colocar em análise, pois garantir o espaço não garante que ele seja potente.

Baseando-se no apresentado pela literatura sobre transferência de cuidados, das ações que os profissionais participantes da pesquisa realizam no processo de transferência e no que estes idealizam sobre como poderia ser este processo, foi possível construir um fluxo com estas informações, como apresentado a seguir.

Figura 5 – Fluxograma de Transferência de Cuidados



Fonte: A autora (2019)

Acima foi esquematizado as três fases do processo de transferência de cuidados, com as ações referentes a cada fase. Ações estas que são indicadas tanto pela literatura quanto pelas profissionais como ações que já fazem parte dos seus processos de trabalho e as que são metas. A continuidade do cuidado aparece como um cuidado compartilhado por meio do retorno de informações, isto é, como um sistema de mão dupla de informações.

Pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde (MERHY, 1999).

Ressalta-se aqui que não há a intenção de criar um fluxograma definitivo, pois entende-se que esta criação demanda a discussão e reflexão por parte dos gestores e dos profissionais que compõem a rede. Em acordo com Dantas e Passo (2018, p. 21), “os fluxos servem para dar um direcionamento ao processo de trabalho, mas nota-se também que eles são reinventados no cotidiano dos serviços para dar conta das diversas demandas que surgem”. Portanto, este fluxo de transferência de cuidados tem o objetivo de nortear e tencionar os profissionais a pensarem sobre os seus processos de trabalho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da fala dos profissionais foi possível compreender que a transferência de cuidados é entendida e operacionalizada como um encaminhamento seguido de desresponsabilização pelo usuário, isto é, implica em um cuidado não compartilhado. Percebeu-se que predomina a continuidade do cuidado na UBS como um cuidado medicalizante e médico centrado, o que vai na contramão dos pressupostos da RAPS. E que todos os profissionais entendem que é preciso construir formas de cuidados que possibilitem a comunicação entre os serviços, isto é, criar uma rede de cuidados.

Portanto, é preciso questionar os processos de trabalho e as práticas cristalizadas para que seja possível a superação do modelo biomédico e da lógica de encaminhamentos seguidos de desresponsabilização. Sugere-se que, um dos possíveis caminhos para a construção de novas práticas em atenção psicossocial e para auxiliar na não cronificação do sujeito no CAPS, é a incorporação desse processo de transferência de cuidados aos processos de trabalho, tanto do CAPS como da UBS. Uma transferência que seja construída pela rede de cuidados, ou seja, em conjunto, pelos profissionais dos diferentes níveis de cuidado e os usuários, gerando mais do que saúde, gerando autonomia ao sujeito.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- ANDERS, Valentín et al. *Etimologias de Chile*. 2019. Disponível em: <http://etimologias.dechile.net/?transferencia>. Acesso em: 29 jan. 2019.
- ANTONACCI, Milena Hohmann. *Avaliação de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial*. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2015.
- BEZERRA, Indara Cavalcante *et al.* "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.18, n.48, p. 61-74, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100061&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 19 fev. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. 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. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 23 dez. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1582-9.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). ISBN 978-85-334-1697-0.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 ago. 2020.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade.*, p. 141-168. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DANTAS, Natália Freitas; PASSOS, Izabel Christina Friche. Apoio matricial em saúde mental no sus de belo horizonte: perspectiva dos trabalhadores. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 201-220, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00097>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100201&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 ago. 2020.

L'ABBATE, Solange. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 194-219, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41580>. Acesso em: 29 ago. 2020.

LOPES, Maria Lucia da Silva *et al.* Sim, é possível fazer conexões entre as equipes da atenção básica e domiciliar. In: MERHY, Emerson Elias (Org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.*, p. 210-214. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 23 cm. (Políticas e cuidados em saúde; Livro 1). ISBN: 978-85-629-8719-9.

LOURAU, René. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, René. *Analista Institucional em Tempo Integral*. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, Cezar Rodrigues (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.*, p.103-120. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, Emerson Elias. *O ato de cuidar como um dos nós críticos "chaves" dos serviços de saúde*. Campinas: [s.n.], 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

SILVA, Tatiana Fernandes Carpinteiro. *Implementação do estágio pré-piloto e desenvolvimento de um instrumento de avaliação da fidelidade da intervenção para períodos críticos: transferência de cuidados no Rio de Janeiro*. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva.*, p. 531-562. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.