

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL
COLETIVA

Karoline Dos Santos Germano

**VIAGENS ENTRE PORTAS-GIRATÓRIAS DO CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL**
DESBRAVANDO OS PARADOXOS UNIVERSOS DA INTERNAÇÃO E
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.

Porto Alegre
2020

Karoline dos Santos Germano

Viagens entre portas-giratórias do cuidado em saúde mental

Desbravando os paradoxos universos da Internação e Atenção Primária em Saúde.

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Curso de Especialização Residência em Saúde Mental Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental Coletiva. Orientadora: Analice Palombini

Porto Alegre
2020

Agradecimentos

Na complexa missão de expressar gratidão por cada minuto vivido neste processo de residência, me apego às cenas que passam pela minha mente desde a infância, das mais simples cenas que orientam o meu ser e dão sentido a minha existência. Agradecer, neste trabalho, será abraçar cada personagem envolvido na viagem da minha vida.

Agradeço à Residência em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que acolheu minha *Paulistanidade* de braços abertos. E agradecer a este programa é agradecer ao mesmo tempo à Professora Analice Palombini, minha orientadora, que em cada encontro que tivemos nos dois últimos anos me fez lembrar o porquê era preciso continuar acreditando no cuidado em liberdade, mesmo que o contexto me fizesse desacreditar. Gratidão;

Aos meus queridos colegas e amigos de residência, que foram minha família, meu Norte durante minha estada no Sul, minhas companhias de ciranda e meu farol nos momentos de escuridão. Desculpem-me pelos meus momentos capricornianos. Gostaria de não citar nomes, mas seria injusto com aqueles que deram forma a este processo de *residir*, agradeço a Thaynara (que acabou de me trazer um pote de açaí neste verão Porto Alegrense), ao Maurício (meu grande companheiro, ouvido e filósofo), a Luna (minha mestre de Introdução à ciranda), ao Roger (meu irmão, meu lado esquerdo do peito), a (Jana)Nina (que me faz pensar melhor), ao Wesley (que me faz acreditar em cada cacho do meu ser). Às micro equipes que tive no decorrer da caminhada. Gratidão;

Agradeço aos amigos, que me apoiaram quando eu achei que não conseguiria atingir meus objetivos, aos amigos que em Dezembro de 2017 faziam comigo os cálculos das notas de todos os concorrentes às vagas da residência para acalmar meu coração (das humanas) esperançoso em ocupar uma vaga neste lugar, aos laços que fazem questão de se manter mesmo tendo que atravessar cordilheiras, oceanos e existências. Gratidão;

Agradeço aos meus anjos protetores, Bruce, meu cachorro lindo que protege minha família desde 2006. E a Tarsila, minha gata, minha companheira, metade da minha alma, por existir, por ter chegado e ter-me feito acreditar na magia do Universo. Gratidão;

Agradeço à minha mãe, coração capaz de amar infinitamente, aquela que sempre esteve ao meu lado, nunca desistindo de sua luta como professora da rede pública, que, independentemente do contexto histórico e pessoal, sempre acreditou na educação como instrumento de liberdade. E por ela agradeço a cada professor que me trouxe até aqui, que desde o início da minha vida me ensinou a sonhar. Gratidão;

Agradeço aos meus avós, que me formaram como ser humano, que me garantiram sempre um ambiente mágico e seguro, repleto das mais infinitas possibilidades. Agradeço à vida de cada um deles, aos momentos de amor

desmesurável trocado em cada segundo da nossa existência. Para os avós tudo é possível para seu neto. Gratidão;

Agradeço ao universo, por simplesmente me permitir ser parte, me permitir contribuir para sua história, me permitir possíveis e impossíveis. Gratidão.

“Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver.’”

(Heidegger, 2002, p. 236)

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo narrar, discutir e refletir acerca do espaço existente entre o fenômeno da porta giratória e a Atenção Primária em Saúde (APS). Os pensamentos e reflexões são escritos a partir de viagens nos serviços experienciados dentro do programa de Residência em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Neste estudo percorreu-se por quatro setores da Rede de Atenção Psicossocial em distintas cidades, na região metropolitana vivenciou-se o trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e na capital uma Equipe de Saúde Mental (ESMA) e a Coordenação de Atenção em Saúde Mental (CASM). Nestas viagens observou-se distintos momentos da Luta Antimanicomial, mas havia algo comum em todos, as internações, mas principalmente, as reinternações dos usuários que já recebiam cuidados no sistema. Baseado neste fenômeno, a pesquisa foi escrita a fim de destacar a experiência e importância da APS em reinternações, promovendo em sua rotina a assistência adequada aos usuários egressos de internações e assumindo sua responsabilidade junto à Luta Antimanicomial. A fim de facilitar a leitura do perfil de usuários da APS em comparação aos usuários que dão forma ao fenômeno da porta giratória, ferramentas de contabilização de dados foram utilizadas para ilustração das diferenças entre estes.

Palavras-chave: Saúde Mental Coletiva, Atenção Primária, Fenômeno da Porta giratória.

SUMÁRIO

Introdução	8
Caminhos Metodológicos	12
Monitoramento em Saúde	14
O Circuito Da Porta Giratória No Cuidado Em Saúde Mental: Um Ritornelo Em Meio A Padrões Numéricos.....	16
(Des)Locando o cuidado em saúde mental para o cuidado em Saúde	19
Discussão de dados	22
Considerações finais	39
Referências Bibliográficas	42

1. INTRODUÇÃO

Marco Polo descreve uma ponte, pedra por pedra. --Mas qual é a pedra que sustenta a ponte?, pergunta Kublai Khan. --A ponte não é sustentada por esta ou aquela pedra, responde Marco, mas pela curva do arco que estas formam. Kublai Khan permanece em silêncio, refletindo. Depois acrescenta: -- Por que falar das pedras? Só o arco me interessa. Polo responde: -- Sem pedras o arco não existe (CALVINO, 1972, p. 79)

Dou início à minha escrita do mesmo modo que iniciei o percurso pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, por intermédio de Ítalo Calvino que me convidou a pensar em como seria a tão esperada jornada na Residência em Saúde Mental Coletiva, além de compartilhar suas viagens por entre as Cidades Invisíveis. Algo me causou certo estranhamento: qual relação teria entre o desbravador Marco Polo, suas viagens pelas distintas cidades do Imperador Kublai Khan e a Saúde Mental? Hoje, após a escrita de cada narrativa, e avaliando cada passo dado dentro das infinitas cidades invisíveis percorridas nestes dois anos de residência sinto-me conectada ao desbravador Marco Polo - mesmo que a maior distância alcançada tenha sido a região metropolitana de Porto Alegre.

Cada dia de trabalho me possibilitou viajar para uma nova cidade invisível, para a cidade que habita em cada sujeito de que me ocupei. Mesmo tendo experienciado apenas quatro modalidades de cuidado (peço a licença de chamá-las de *Porto*), pude atravessar grandes distâncias junto aos colegas e companheiros de luta. No sentido físico, são obviamente distâncias menores do que as transoceânicas percorridas por Marco Polo, mas institucionalmente já não posso assegurar o mesmo.

As travessias diárias, chamadas de “fazer rede”, “matriciamento”, “discussão de caso”, tinham como missão descobrir um novo limite territorial por meio de histórias das pessoas que circulavam por aquele lugar. Quando desbravado o território, uma ponte ali se criava, facilitando a passagem de saberes de uma margem à outra.

Nesta jornada entre os diversos cenários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as paradas pelos “*portos*”, juntamente com a tripulação que me acompanhava até o outro lado, proporcionaram-me embasamento para escrever este trabalho.

O primeiro *Porto* do meu percurso deu-se pelo universo da atenção primária, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município na região metropolitana de Porto Alegre. Formei-me enfermeira em 2013, numa universidade que valorizava (e muito !) a importância da enfermagem na Atenção Básica (que eu prefiro chamar de Atenção Primária em Saúde [APS])¹, por seu potencial para prevenção de doenças e promoção de saúde. Quando iniciei minhas atividades, senti que ali havia uma potência em relação ao cuidar em Saúde Mental. De fato, tal experiência foi para mim a mais próxima da complexidade que envolve o cuidado em saúde integral e, dentre as quatro, a mais instigante. Yasui, Luzio, Amarante (2018) referem-se à atenção básica como “a vida como ela é no território”, eles ressaltam a potência do deslocamento do cuidado sobre a doença, em geral, para o cuidado na perspectiva da produção de saúde, de vida, requerendo uma humildade epistêmica dos saberes psiquiátricos. Trata-se de permitir a vida em suas infinitas possibilidades e atravessamentos e assim oportunizar diferentes formas de olhar, escutar e cuidar.

Concomitantemente, fiz minha passagem pelo *Porto* do Serviço Especializado CAPS II, vivência recheada de conflitos e fragmentação do cuidado, mas que ainda assim não perdia a sua magia, pela possibilidade de mergulhar no universo da subjetividade humana. O CAPS II, neste mesmo município da região metropolitana, era um serviço especializado de portas abertas, que mantinha uma forte Ponte (como pontes de ferro) com a rede hospitalar (hospital geral, para ser mais específica), mas também, vista ao longe, uma frágil ponte de madeira, feita à mão², com a APS. As viagens até este outro lado da complexidade davam-se

¹ Prefiro chamá-la de Atenção Primária pois transmite a idéia de nível, de ordem, não ordem de poder, ou de complexidade, mas de ser o primeiro serviço a se buscar quando se precisa de ajuda, o serviço ordenador de fluxos na rede. Quando remete-se à APS como Atenção Básica, a idéia difundida é a de que o atendimento neste setor não é complexo, como o do hospital, ressaltando a cultura de que o atendimento hospitalar seria mais suficiente para atender a complexidade da dor humana.

² Feita com o corpo.

exclusivamente por “matriciamento”, uma ferramenta que, embora um tanto fragilizada, quando realizada, fazia sentir os seus efeitos por longo tempo.

Quando mudei de cidade, passei por outro *Porto* do cuidado: o da Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA), que me levou a conhecer algumas lendas do cuidado, histórias sobre equipamentos (em extinção) da rede. Minha vivência na ESMA me fez recordar a lenda dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dispositivo que, mesmo não existindo mais como instituição no município de Porto Alegre, ainda mantém suas funções ativas dentro de algumas rotinas da ESMA; também me direcionou a pensar nas Oficinas de Geração de Renda e Associações de Usuários, que, mesmo não sendo lendas no município, pouco ganharam importância nestes últimos movimentos de contra-reforma psiquiátrica. Para além dos esforços e implicações dos trabalhadores, ambas experiências, se fizeram possíveis também pelo perfil dos usuários que, em sua maioria, não tiveram suas Atividades de Vida Diária (AVD) tão comprometidas, de forma que a estigmatização do “doente mental” não teve um impacto tão grande nas suas vidas. Neste *porto* vê-se que o trabalho é visto como categoria edificadora do ser social e reconhecem seus impactos na Saúde Mental.

Por último, mas não menos importante, (a)barco minha experiência no *porto* da Coordenação de Saúde Mental do Município de Porto Alegre (CASM), o Mirante que me possibilitou um olhar mais amplo sobre a dinâmica do sistema de cuidado. Acredito que este foi o cenário que mais me permitiu um alcance de visão, o cenário onde vi a engrenagem de um sistema complexo de cuidado, de política, de administração, gestão de humanos, de muitas possibilidades e impossibilidades. Foi neste cenário em especial que minhas aulas de Estatística da faculdade foram (muito bem) utilizadas, e onde aprendi a cuidar também através dos números.

Nesse *Porto*, a palavra “coletiva”, referente à especialização em Saúde Mental Coletiva, pôde fazer mais sentido em minha viagem. Era um *porto-mirante*, que se tornava possível ver de longe pontos de cuidado em saúde mental pela rede, talvez porque, através das reuniões dos Fóruns da RAPS, ficasse mais evidente a articulação de serviços da saúde e da assistência; ou pelo dia a dia, nas consultas

tão bem delimitadas e específicas do cuidado ao corpo físico, em que, em meio à rotina do trabalho, somada às dificuldades de articulação entre redes, o cuidado em saúde mental desaparecia.

Em função disso, partindo de todos estes *Po(n/r)tos* de vista que a residência me proporcionou, escolhi escrever sobre uma associação das atividades desenvolvidas nos cenários da Coordenação e da APS, o Monitoramento em Saúde e o Projeto de Grupo de orientação de Fluxos de Saúde Mental na APS, respectivamente. O trabalho tem como objetivo discutir paradoxos de cuidado em saúde mental, a partir da vivência em uma Unidade Básica de Saúde da região metropolitana e um monitoramento realizado na Coordenação de Saúde Mental da capital.

A discussão do “Fenômeno de Porta Giratória”³, em paradoxo ao cuidado em Saúde Mental na APS, traz para discussão os extremos do cuidado em saúde mental e sua responsabilidade quanto instituição também envolvida nos princípios da reforma psiquiátrica. Parte-se do princípio que, no momento em que tais sujeitos retornam para a vida como ela é no território, após dias, meses ou anos de internação, algo como uma armadilha os atrai novamente para atrás dos muros das instituições.

Para discussão, aproximou-se pontos comuns entre as atividades e observou-se lacunas e fatores que expliquem a não presença do perfil de reinternantes na APS. Também reconhecer na APS uma grande potência de intervenção sobre o cuidado fora da lógica manicomial.

³ Que será mais discutido no próximo capítulo.

2. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Para discorrer sobre este dilema que movimentou minha viagem, convido algumas referências de diversas frentes, linhas e modos de pensar, pois acredito que, na conjuntura em que nos encontramos, faz-se necessário a aliança através da construção de saberes das mais variadas formas.

Previamente aviso que a escrita na primeira pessoa do singular nunca me pareceu um lugar confortável. Minhas antigas jornadas foram formatadas dentro de um padrão de escrita na terceira pessoa, sempre comprometida com a imparcialidade da representação de idéias. Tomo, então, a escrita deste Trabalho de Conclusão da Residência como uma travessia em mares jamais desbravados: quando penso em me situar nela, aquela mesma sensação de enjôo em alto mar me consome. Sendo assim, peço desculpas ao leitor desde já, caso venha sentir minha falta em alguns trechos do texto; precisei tomar um ar. Às vezes, para poder enxergar o todo, é preciso tomar certa distância.

Em meu contexto formativo de origem, sempre fui conduzida à estruturas acadêmicas que privilegiavam a ausência de perspectivas subjetivas, a imparcialidade do escritor e sua objetividade; vim de uma fábrica de conhecimentos científicos adaptados a revistas extremamente metódicas em sua estética científica. Esse tipo de fábrica deixa sequelas epistemológica nos indivíduos que por elas passam - suas estreitas e seletivas portas de entrada têm espaço para poucos tipos de saberes. O reducionismo academicista faz com o conhecimento o mesmo que o capitalismo faz diariamente na sociedade: o mais rico é aquele que possui mais bens, e não o mais satisfeito com o que tem.

Para trabalhar com os dados coletados, com os conhecimentos adquiridos na experiência da residência e com a minha presença ativa no texto, recorro à Teoria do Ensaio. Segundo Meneghetti (2016) a teoria tem seu espírito constituído pela relação da subjetividade com a objetividade das partes. Sua riqueza vem da

composição de diversas fontes, da valorização do cruzamento da arte, dos saberes científicos, literários e filosóficos.

A capacidade de reconhecer que a realidade tem outros formatos além da academicista proposta pela ciência é uma exigência não só para os ensaístas, mas também para leitores que flertam com a metodologia. O leitor precisa deixar seus preconceitos para entender a essência da pesquisa.

Este trabalho foi construído sob a óptica de dois *portos* de parada desta viagem. Descrevo, então, separadamente, a elaboração de cada um destes processos, para então poder pensar como analisar os resultados encontrados.

Vou começar pelo monitoramento dos reinternantes de uma cidade Capital, o qual, assim que coloquei os pés no prédio da Coordenação de Saúde, me disseram ser uma atividade básica dos gestores. O monitoramento iniciou-se como um estudo transversal de caráter exploratório. A amostra da população surgiu em meio a algoritmos filtrados no Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais do SUS. Alguns critérios de seleção foram estabelecidos: internações no período de Março de 2018 até Março de 2019; usuários com duas ou mais passagens em serviços de emergência de saúde mental e encaminhados à internação; maiores de 18 anos; residentes da capital; e diagnosticados com CID F20.

A fim de identificar o cenário de cuidado desses usuários, elaboraram-se perguntas sobre temas como a adesão aos tratamentos medicamentosos, frequência em dispositivos extra-hospitalares, rede de apoio, perfil socioeconômico e atividades realizadas em outros dispositivos sociais. O contato era feito por ligação telefônica e, caso o usuário (ou seu representante) estivesse de acordo com a proposta, prosseguia-se com a aplicação, via telefone, do instrumento selecionado para o estudo.

Quanto à contabilização dos dados acerca dos atendimentos realizado na UBS, constituiu-se numa pesquisa descritiva, transversal, de base populacional, uma vez que foram considerados todos os registros de atendimentos do Grupo de Orientação do período de janeiro até dezembro de 2018, totalizando 260 registros. Os dados também se transformaram em gráficos, facilitando a visualização do perfil e análise de variáveis como: gênero, bairro, encaminhador, motivo e conduta.

3. MONITORAMENTO EM SAÚDE

Para seguirmos viagem, parece importante entender o conceito de monitoramento em saúde e como este também poderia ser considerado uma ferramenta de cuidado em saúde mental. A fim de facilitar a compreensão, convido-te a imaginar-se na seguinte situação: és o motorista de um ônibus, e, nesse ônibus, o painel frontal, que deveria fornecer informações sobre velocidade, quantidade de combustível, temperatura do motor, quantidade de água, entre outros parâmetros que auxiliam a segurança e manutenção do sistema, não estão funcionando. A probabilidade de acontecer um acidente ou uma pane no sistema aumenta muito. Podemos associar esta situação a um processo de saúde mal monitorado e avaliado, onde ações em saúde não são acompanhadas e, por isso, têm menor chance de atingir os objetivos propostos. Para que esses objetivos possam ser alcançados, gestores de saúde precisam criar ferramentas de planejamento estratégico que favoreçam a implementação do cuidado, o que vai desde o registro, execução, acompanhamento até intervenções, caso necessário. (OLIVEIRA; REIS, 2019)

O planejamento estratégico em saúde se dá por meio de estudos de monitoramentos e avaliações que servem como parâmetros para os envolvidos no processo de cuidado, auxiliando na qualidade da tomada de decisão, observação de desempenhos dos processos de saúde e mensuração da performance de dispositivos. (SELLERA et al, 2019). O Planejamento estratégico através do monitoramento possibilita maior resolubilidade das ações políticas em saúde, trazendo à vista avanços, retrocessos, aspectos positivos e negativos na rede. A finalidade desse planejamento não é prestação de contas a esferas superiores, mas sim uma maneira de retroalimentar o próprio sistema através da valorização das evoluções do cuidado e a qualificação de pontos de fragilidade. (BRASIL, 2009).

Vale salientar que o monitoramento é uma prática que tem como objetivo o acompanhamento regular de indicadores de saúde. Ele não tem como foco o aprofundamento das razões dos problemas identificados; o monitoramento é útil apenas para exibir a situação do objeto de análise. Já a avaliação amplifica a visão

sobre o avaliado, diferindo do monitoramento uma vez que exige procedimentos metodológicos. (OLIVEIRA, REIS, 2019). Monitoramento e avaliação são processos sociais, oriundos do período pós Segunda Guerra Mundial, em que se criou métodos de sondagem da implementação de políticas públicas em saúde, em especial para prestação de contas. Por se conectarem com necessidades de regulação e controle do Estado, neste período passaram a ser foco de atividades científicas. (WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 2004)

Em meio às suas mais diversas demandas, o SUS instituiu esta modalidade de saúde indireta, porém impactante. A fim de melhorar a distribuição de recursos, a necessidade de aprimorar parâmetros de avaliação para um direcionamento mais assertivo passou a tomar espaço nas atividades desempenhadas por trabalhadores de saúde. Assim, as atividades de cuidado através de processos de planejamento estratégico foram anexadas ao conceito de assistência à saúde. Cabe lembrar que as avaliações coletadas nos sistemas não podem ser utilizadas como parâmetro único e exclusivo para a definição de uma realidade; afinal, outros fatores envolvidos no processo de saúde não podem ser expressos através de números.(SELLERA et al, 2019)

4. O Circuito Da Porta Giratória No Cuidado Em Saúde Mental: Um Ritorno Em Meio A Padrões Numéricos

A porta

Quem atravessa a porta da única parede de uma casa em ruínas é como se passasse para o Outro Mundo. - Mario Quintana p.44

O fenômeno da Porta giratória apareceu em meu caminho durante a atividade do monitoramento. O objetivo inicial da atividade era avaliar o uso de medicação de depósito nos pacientes que faziam parte do perfil delimitado, mas depois estendemos nossa avaliação para as condições de cuidado desses usuários que foram encaminhados de serviços de Plantão de Emergência em Saúde Mental para Internações em Hospitais Psiquiátricos mais de uma vez no período de um ano. O monitoramento também se propôs a olhar para os recursos de cuidado a que estes indivíduos tinham acesso quando não estavam institucionalizados; por conseguinte, foi possível avaliar as redes de saúde e como se davam as articulações de dispositivos especializados com a APS nesses casos.

Descrita pela primeira vez em 1960, no início das mudanças no cuidado em saúde mental, porta giratória é o nome dado às frequentes reinternações em leitos de hospitais psiquiátricos (GASTAL, et al, 2000). Alguns autores dão este nome quando ocorrem duas ou mais internações no período de um ano, já outros apontam três ou mais em intervalos de 128 dias ou 189 dias, 10 meses ou 5 anos, não havendo consenso entre os escritores. (ZANARDO, et al 2017; ZANARDO, et al 2018)

O movimento de uma porta-giratória é iniciado quando uma energia é aplicada em alguma parte de seu painel ao ser empurrada por alguém que tenha como objetivo chegar em outro ambiente; tal energia pode ser aplicada por uma pessoa ou um motor. Ela foi criada em 1888 por Theophilus Van Kannel, para proteger o lado interno de edifícios de ruídos e fumaças, além de manter a temperatura agradável dos ares condicionados dos grandes salões; mais tarde passou a ser utilizada por arquitetos para dar a sensação de grandiosidade a espaços sofisticados. Na saúde mental, a porta surge com uma intenção parecida:

“proteger”, no lado de dentro de hospitais, pessoas que não são bem-vindas do lado de fora. (LEIBENLUFT J, 2008)

O circuito da porta giratória pode ser associado a um movimento de repetição largamente discutido na psicanálise, na filosofia, nas melodias musicais, nas orações em terço, nas poesias, nas doenças, nos caminhar e nos fluxos de saúde. A repetição do movimento de internação no contexto individual pode ser associado a uma melodia que se repete - quando se chega no final da música há um sinal, o ritornelo, que significa que o músico deve voltar ao começo, à origem (CIRÍACO, 2017). O Ritornelo da Porta giratória mantém um núcleo de constância em meio ao caos de idas e vindas habitados por aquele que a atravessa. “Uma criança, no escuro, tomada de medo, tranquiliza-se cantarolando [...] Esta é como o esboço de um centro estável e calmo, estabilizador e calmante, no seio do caos” (Deleuze & Guattari, Mil Platôs 4. p122)

Um estudo realizado no Brasil mostrou que 34% das hospitalizações são reinternações, das quais 28% são primeira reinternação e 67.6% dos reinternantes tiveram de duas a quatro reinternações no período de um ano (ZANARDO et. al., 2017). Sabe-se que a duração da primeira internação é um fator que contribui para a repetição desta. Também a precarização de serviços comunitários, a não adesão ao tratamento e a sua interrupção provocando um efeito rebote no sujeito, entre outros infinitos aspectos, somam-se como armadilhas da reinternação.

Quando avaliado o perfil do usuário comumente sujeito a tal fenômeno, observa-se homens, jovens (com menos de 35 anos), que receberam diagnóstico de esquizofrenia ou de transtornos afetivos, solteiros, que moram sozinhos e não possuem contato com a família. Algumas características pessoais como comportamento agressivo, violência, uso problemático de drogas e não aderência ao tratamento aparecem como padrões de repetição. (ZANARDO et. al., 2018; ZANARDO et. al., 2017) Existe então um padrão com gênero, CID, contexto familiar, social, econômico, que marca o ritmo do fenômeno da porta giratória. Não é um simples caos, mas uma movimentação de repetição produtora de internações

“psiquiátricas”, um perfil de pessoas que repetem ao invés de recordar ou elaborar, parafraseando Freud.

Arrisco-me a supor que o movimento centrípeto dos reinternantes pode estar associado ao momento em que nos encontramos no processo de transição do cuidado, um momento de *transinstitucionalização* da assistência, que é a mudança de um tipo de cuidado (*institucionalizador* total, como o Manicômio) para outro tipo de cuidado (também institucionalizador, mas aberto, como CAPS). Estes espaços entre instituições totais e regime semi-aberto de instituições⁴ podem ser as armadilhas da porta-giratória.

A efetivação do processo de transição do cuidado requereu a redução do período de internação, atualmente estipulado em no máximo 30 dias. Tal exigência teve como consequência um aumento no número de internações, como resistência à mudança, uma vez que a rede extra-hospitalar especializada não conta com uma infraestrutura suficiente para lidar com todos os casos de saúde mental, ao mesmo tempo em que a reforma cultural para a transição da visão estigmatizada do sujeito encontra-se em constante (e letárgica) implementação (MUNIZ, NOGUEIRA, GULJOR, 2014).

Viver a instalação da reforma é olhar para o ritornelo que orbita a internação, ser um ponto em um buraco negro, entender a melodia da vida. Permitir-se sair do compasso, não necessariamente retomando o ponto inicial, mas expandindo-se em novas experiências de ser Humano; não se perder da essência do ser, mas vivenciar as diferentes tensões sobre a harmonia das passagens. (CIRÍACO; 2017)

⁴ Semi-aberto pois algumas prisões na assistência em saúde mental ainda são mantidas no CAPS (por meio da hipermedicalização e outras atitudes manicomiais), e de igual forma na sociedade, cf. a noção de manicômio mental utilizada por Lancetti (ano) e Pelbart (ano).

5. (Des)Locando o cuidado em saúde mental para o cuidado em Saúde

É neste ponto que introduzo minha experiência em uma Unidade Básica de Saúde, dispositivo que considero ser peça chave para redução do número de internações. Ao longo de um ano, em 2018, com base em minha participação em um grupo de acolhimento em saúde mental na atenção básica em município da região metropolitana de Porto Alegre/RS, pude monitorar e avaliar o perfil de usuários que buscam ajuda em Saúde Mental na APS. O cuidado em saúde mental neste município ocorre desde meados da década 1980, quando a Secretaria de Saúde e Ação Social ofereciam atendimentos em saúde mental na sede da Secretaria e nas unidades de referência dos bairros mais populosos e daqueles mais distantes do centro da cidade. Neste mesmo período, também era realizado atendimento em saúde mental na unidade de saúde do Estado. Eram oferecidas consultas psiquiátricas individuais e atendimento psicológico voltado às crianças e aos adolescentes. Concomitantemente, a equipe da Secretaria reunia os egressos de hospitais psiquiátricos para atividades coletivas.

Além do Grupo de Egressos, o trabalho junto às unidades básicas de saúde se organizava através dos acompanhamentos terapêuticos. Mapeavam-se os usuários que residiam no território de determinada unidade e visitas domiciliares semanais ou quinzenais eram realizadas, dependendo da gravidade da situação. A prioridade era o atendimento às pessoas com maior dificuldade e história de sucessivas internações.

Mesmo que a criação de um serviço especializado tenha alterado os fluxos, oferecendo ingresso direto em um nível secundário de atenção, as implicações da atenção básica com a saúde mental não deixaram de produzir marcas. O maior exemplo disso é saber que todos os CAPS que funcionam atualmente no Município se organizaram a partir de iniciativas locais, tendo a APS como um dos suportes para a implantação dos serviços.

Da mesma forma, encontramos ligações históricas entre essas experiências iniciais com o projeto Cuidados Primários em Saúde Mental. Iniciado em 2011, objetiva desenvolver ações de promoção de saúde, aumentar o acesso da

população adstrita aos serviços e colaborar na organização e qualificação dos fluxos de referência e contrarreferência.

É no âmbito desse projeto que acontece o Grupo de Acolhimento e Orientação, ofertado duas vezes por semana.. Trata-se de uma atividade aberta, que acolhe encaminhamentos das várias unidades de saúde, do território e de fora, dos equipamentos da assistência social, da educação e de outros serviços da RAPS. Também acolhe pessoas que espontaneamente procuram atendimento em saúde mental. A coordenação do Grupo, no ano de 2018, envolveu uma equipe multiprofissional, composta pela Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional. Os encontros foram conduzidos de forma a promover um espaço acolhedor, de escuta, que oportunizassem a colaboração entre os participantes. Esses encontros possibilitaram também o levantamento de dados para este estudo.

Num primeiro momento, após as apresentações, explicava-se a dinâmica de funcionamento, chamando atenção para os aspectos éticos, com destaque ao sigilo. Em seguida as pessoas eram convidadas a compartilhar os motivos que as levaram ao grupo. Quando necessário, os facilitadores faziam pequenas intervenções, seja para solicitar alguma informação ou para algum apontamento relevante. Na última etapa do encontro, era orientado ou o agendamento de uma avaliação psicossocial; ou o encaminhamento para outros serviços; ou o retorno para quem os encaminhou; ou, ainda, o convite para retornar ao grupo, quando se percebia a necessidade de se obter mais informações ou contar com a presença de algum familiar. As informações eram registradas numa tabela, de forma objetiva, procurando, sempre que possível, manter a fidelidade com respeito à forma como eram expostas pelos usuários.

Agora, tento olhar através dos olhos de Marco Polo, o desbravador de novos territórios, diante da difícil tarefa de unir os dois *Po(r/n)tos* de saúde. Por que o perfil de usuários que procuram atendimento em Saúde Mental na APS não coaduna com o perfil encontrado no Monitoramento das reinternações? A APS tem caminhado junto com os movimentos de desinstitucionalização, dando suporte para usuários que necessitam de acompanhamento mais sistemático? Quais ações dentro da APS podem auxiliar usuários que precisam de um suporte maior em relação ao sofrimento mental ?

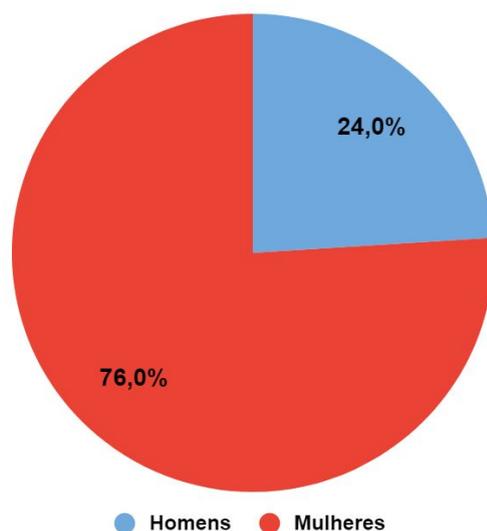
6. DISCUSSÃO DE DADOS

*E as coisas, o que são? Um dos espantosos mistérios da poesia é que uma coisa só parece ela própria quando é comparada a outra coisa
(Porta giratória - Mario Quintana. p 62)*

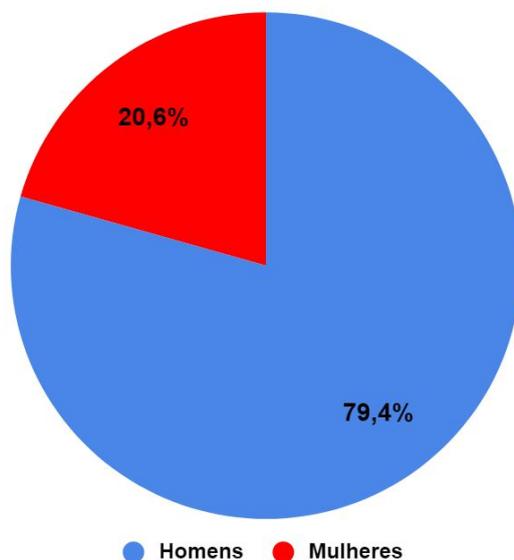
Os dados coletados, às imagens criadas a partir destes números e histórias me trouxe até aqui, e para falar sobre alguns pontos comuns, transformei-as em figuras gráficas, facilitando assim a visualização e discussão das informações. A categorização das discussões, contextualizou às imagens gráficas, e como este é um trabalho em que discorro uma viagem, sugiro que seja lida como um diário de bordo de cada *porto* visitado.

6.1 A trilha de gêneros rumo ao cuidado em saúde mental.

Procura por atendimento na APS de acordo com o Sexo



Usuários reinternantes de acordo com o Sexo



A avaliação dos dados gerados no estudo realizado no grupo da atenção primária, aponta que, 76% dos indivíduos que buscaram o serviço eram mulheres e 24% homens. Este dado se reflete no cenário nacional, e está associado a fatores sociais, culturais, orgânicos, econômicos, entre outros temas conectados ao papel de cada gênero na sociedade. (LEVORATO et. al, 2014). Em compensação, os usuários reinternantes eram predominantemente homens, com 79,4% de incidência para 20,6% do sexo feminino, fato também observado em estudos que apontam que serviços emergenciais contam com a presença majoritariamente masculina. Tais números estão associados à agudização de casos por demorarem a buscar ajuda, à excessiva rapidez na resposta aos problemas de saúde, visto que há um atravessador relacionado ao mercado que exige que trabalhadores (principalmente homens que ocupam maior parte do mercado de trabalho formal) neguem seus sofrimentos físicos, mentais e emocionais em detrimento à sua potência trabalhadora. (BARRETOS, ARRUDA, MARCON, 2015; DEJOUR, 1987).

Meu questionamento aqui é pensar que altas taxas de reinternação partindo do recorte sexo, tem muito a ver com o conceito de masculinidade tóxica, reflexos de infinitos fatores sócio-histórico-culturais. É preciso considerar também a (sub)posição das mulheres no mercado de trabalho e a ideia de que a busca por assistência está relacionada à vulnerabilidades e fraquezas, fazendo com que

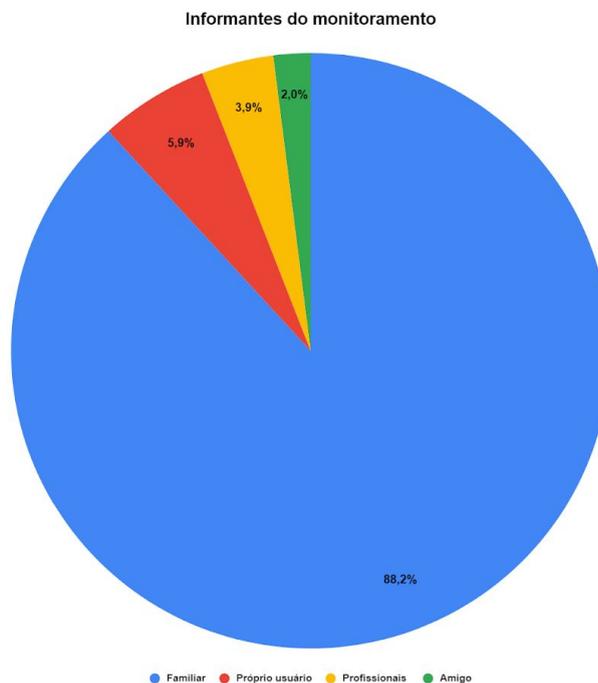
mulheres, crianças e idosos sejam o público alvo dos dispositivos de saúde de nível primário. (LEVORATO et al., 2014).

Com efeito, o gênero está diretamente associado ao autocuidado, por questões que transpassam o organismo físico, atingindo pontos históricos que vão desde a definição da função masculina instituída na sociedade, o dito “provedor”, até o (auto)cuidado ser associado à mulher. A dificuldade em compartilhar questões emocionais e físicas faz com que o homem procure ajuda apenas quando a dor esteja insuportável, ou sua capacidade de trabalho esteja prejudicada. Além disso, o horário de funcionamento dos serviços de saúde muitas vezes não são compatíveis com os horários de trabalho da população, o que dificulta o acesso, afastando especialmente aos homens. (GOMES, NASCIMENTO, ARAUJO, 2007)

Cabe destacar que, de acordo com o Boletim epidemiológico do Ministério de saúde de 2017, foram registrados 55.649 casos de suicídio no Brasil entre 2011 a 2015, com uma taxa geral de 5,5/100 mil hab. Pode-se observar que a população do sexo masculino estava aproximadamente quatro vezes mais vulnerável ao suicídio, contabilizando uma média de 8,7/100 mil hab. para homens e 2,4/100 mil hab. para mulheres. (BRASIL, 2019)

Mas o alto índice de mortalidade masculina por causas evitáveis vai além do suicídio, podendo ser associado a acidentes de trânsito, usos abusivos de álcool e outras drogas, mortes por violência - causas que devem ser avaliadas como determinantes para saúde pública. Este alto número pode ser consequência do modelo de sociedade patriarcal, baseado na força, competitividade, auto suficiência e dominação, que reflete o que a autora denomina como “cuidado suicida”, que prioriza a posição social do sujeito “provedor” em detrimento da sua saúde física e principalmente mental, chegando a terceirizar a responsabilidade deste cuidado às figuras femininas de sua rede (GONZALEZ, LUZ, 2017)

6.2. O idioma da cidade das pessoas que não falam por si



Um dos pontos observados entre as vivências foi a autonomia dos sujeitos em cada cenário. Na APS o usuário falava por si, poucas vezes foram precisas intervenções de terceiros, o que facilitava a troca de informações entre usuário-profissional. Já no monitoramento das reinternações, o informante foi alguém próximo, a mãe na maioria das vezes, seguido por algum outro familiar próximo, curador sem vínculos consanguíneos e só depois o próprio usuário foi capacitado para falar por si.

Durante as ligações em que o informante não era o próprio usuário, sempre perguntamos se seria possível falar diretamente com ele, mas tal questionamento era sempre respondido por argumentos relacionados à incapacidade deste em responder por si, tanto por ser confuso, por estar dormindo, quanto por simplesmente não conseguir, mas o que chama mais atenção é a impossibilidade destes de sequer falar por si próprio.

Além disso, vale refletir sobre o quanto este usuário foi moldado a não acreditar em sua própria fala, visto que tivemos alguns usuários que responderam ao

questionário, mas alguns deles desligam no meio da chamada. Estes usuários são os mesmo que podem estar na APS apenas para renovação de receita, ou seja, buscam o serviço com um objetivo pré-determinado, não exigindo muito empenho do profissional para saber o que aquele que está à sua frente necessita.

Será a APS um serviço que aceita todo tipo de comunicação ? Será que estas pessoas estão conseguindo se comunicar efetivamente, onde quer que seja, e transparecer qual a sua real necessidade, garantindo assim um tratamento eficaz ? Será que estamos abertos a todos os tipos de comunicação ? E o informante ? Que capacidade é esta de fazer ponte entre os dois lados do cuidado ? Será que ele fala apenas por si? Ou, se fala pelo outro, como se dá esta transferência de informações ?

Sabe-se que a duração média das consultas na APS é rápida, um tempo que não favorece a troca de experiências vividas entre o profissional e qualquer sujeito assistido na rede. Ora, quando há demanda em saúde mental, as subjetividades, silêncios enriquecidos de significados e expressões para além das corporais devem ser levadas em consideração. Este tipo de atendimento pede uma leitura complexa, que a APS pode desenvolver quando olha para demandas de saúde mental com maior empatia - é um pouco o que acontecia na UBS discutida, através dos atendimentos Psicossociais e Grupo de Convivência.

Os atendimentos psicossociais consistiam em um horário agendado com um profissional do serviço (naquele momento, contou-se com T.O., Enfermeiro, Psicólogo), a fim de proporcionar uma escuta qualificada e entendimento dos casos encaminhados ao grupo orientador em saúde mental. Era disponibilizado um tempo maior e um espaço privado, nesses casos, quando se ficava em dúvida quanto ao encaminhamento para o serviço especializado. A fala era do usuário. Não importava qual fosse sua habilidade comunicacional, era essa fala a que se privilegiava, antes da escuta de terceiros. Por meio desta ferramenta, garantia-se melhor coleta de informações para discussão do caso com os próprios profissionais do serviço e com outros dispositivos do território e até mesmo chegava-se a alcançar a resolução da situação por meio de uma escuta mais profunda.

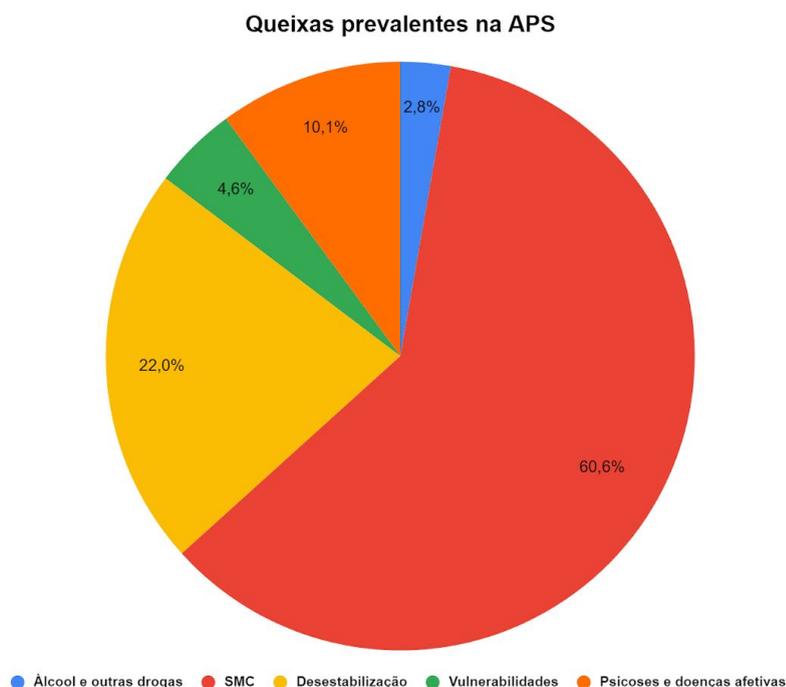
6.3 O Reino Proibido Das Psicoses

A partir destes gráficos anexados nesta categoria, tentarei trilhar um caminho entre as diferentes imagens criadas pelos dizeres de usuários reinternantes e da APS, trazendo para discussão o título em questão “ O reino proibido das psicoses”, referindo-me à APS como um lugar onde a loucura não é muito bem-vinda, ainda mais sob a forma de alucinações.

Como já referido, as informações foram recolhidas durante as manifestações dos usuários no grupo. Logo, não foi incomum que a mesma pessoa indicasse mais de uma queixa, todas devidamente registradas. Por isso, visando uma leitura mais objetiva, os motivos manifestados para a procura do serviço foram organizados em seis (BRASIL, 2016) categorias, utilizando, para tanto, a caracterização apresentada no Caderno da Atenção Básica 34 (BRASIL, 2013).

- 1) Sofrimento mental comum;
- 3) Psicose e/ou doença afetiva;
- 4) Desestabilização;
- 5) Vulnerabilidade.
- 6) Abuso de álcool e outras drogas.

O gráfico abaixo ilustra quais queixas foram encaminhadas ao grupo de orientação em saúde mental na APS:



O primeiro grupo, que aparece em maior prevalência é o Transtorno Mental Comum (TMC), abrangendo relatos de melancolia, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade, alteração no sono e medo (às vezes na forma de crises). As queixas não eram únicas, algumas vinham acompanhadas de atravessamentos sociais e somatizações, por exemplo, sintomas gastrointestinais, cefaléia, diabetes Mellitus, entre outros. Durante os atendimentos no grupo, o TMC foi manifestado através de queixas como: medo de sair de casa ou sensação de medo generalizado, tristeza, choro sem motivo, angústia, irritabilidade, dificuldades para dormir, dores físicas, desesperança e vontade de morrer, dificuldade de concentração, esquecimento e alteração no peso.

Em segundo lugar encontra-se o grupo classificado como **desestabilização**, associado aos apontamentos que expressavam eventos marcantes que antecederam o sofrimento, colocando-os em situação de humilhação ou de impasse. Esta categoria foi definida em função das expressões que, com muita frequência, ouvimos nos encontros: “problemas familiares, morte de pessoa próximas, brigas no

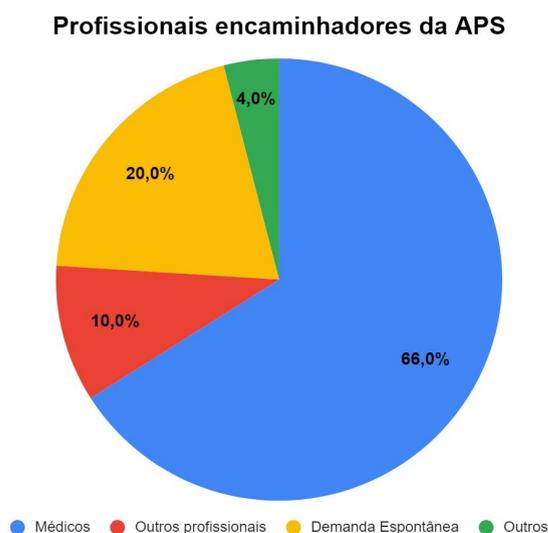
ambiente familiar e/ou no trabalho, problemas com a justiça, gravidez desejada ou não”, etc.

A categoria seguinte engloba os Transtornos mentais graves e persistentes. Na nossa experiência do Grupo de Acolhimento da UBS, compreende-se tanto os usuários que já foram acompanhados por outros serviços da RAPS do município, em especial os CAPS, quanto os usuários que enfrentam as primeiras dificuldades indicativas de uma vulnerabilidade maior, sob o ponto de vista psiquiátrico, e estão ingressando na rede pela primeira vez.

A quarta categoria, chamada Vulnerabilidades, define-se por queixas associadas a atravessadores socioculturais como gênero, pobreza, cor da pele e desigualdade. Constitui-se por discursos que exibiram como fator principal do sofrimento aspectos como transição de gênero, desemprego, violência sexual, racismo.

A quinta e última categoria aparece em menor prevalência e se refere ao grupo de usuários que foram acolhidos trazendo queixas associadas ao uso de álcool e outras drogas. A literatura aponta que a atenção básica tem como função a detecção precoce do uso de álcool e outras drogas, além do cuidado com os problemas associados ao consumo excessivo, mas como pôde-se ver, poucas foram as queixas relativas ao uso abusivo de substâncias, então considera-se que na prática, a APS ainda não é vista como um lugar acolhedor para estas demandas.

O próximo gráfico elucidará os profissionais da rede daquele distrito sanitário que os encaminhou:



Na análise dos valores dos encaminhamentos feitos ao grupo de orientação, percebe-se que 66% foi encaminhada por profissionais médicos, 20% procurou o serviço espontaneamente, 10% o fez através de outros profissionais e 4% vieram de origens diversas.

Os dois últimos gráficos (queixas prevalentes e profissionais encaminhadores), quando correlacionados, podem dizer muita coisa. Uma delas é que psicoses e doenças afetivas são poucas vistas dentro das demandas de saúde mental da APS. Esse grupo, que ocupa 10% do gráfico, abrange tanto as demandas de novos casos; quanto os casos que buscam por manutenção no cuidado “pós alta” dos serviços especializados de saúde mental; casos que não querem estar no serviços substitutivos pois há ali um sentimento de não pertencimento; casos que precisam retornar para um cuidado mais especializados, entre outros. Vemos então muitas possibilidades para essa pequena porcentagem de usuários.

Os demais encaminhamentos ao grupo de saúde mental respondem a categorias do Caderno de Atenção Básica que não são vistas pelos encaminhadores como queixas de responsabilidade da clínica cotidiana da APS, como o são o Diabetes Mellitus, a Hipertensão Arterial Sistêmica ou uma simples unha encravada.

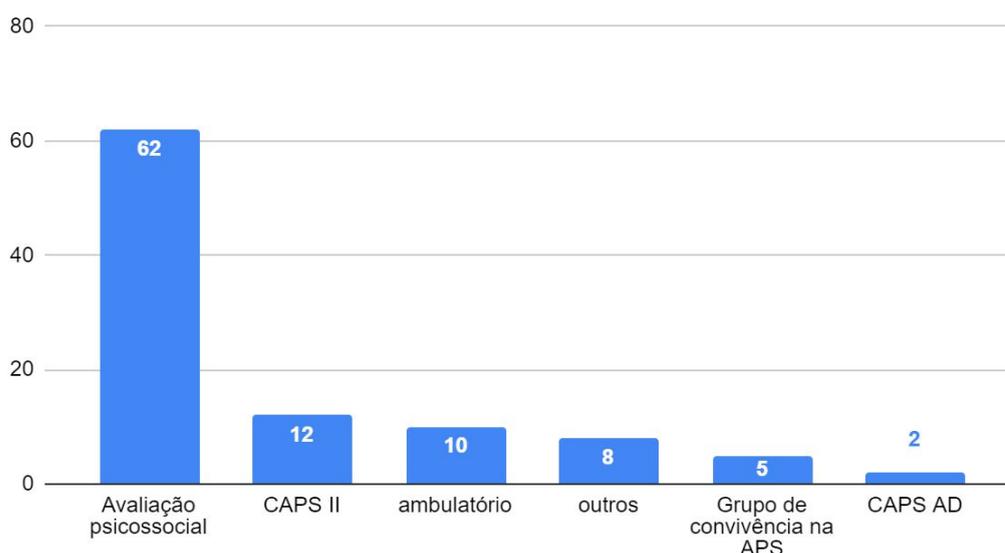
Para os profissionais que encaminharam ao grupo, problemas relacionados à vulnerabilidade social, Sofrimento Mental Comum, momentos desestabilizadores e abuso de álcool e outras drogas não são de sua responsabilidade. Ora, se estes pontos não são de sua responsabilidade, quem dirá vozes e vultos, ruídos da experiência de ser humano.

Se os profissionais encaminhadores em sua maioria foram médicos, fica o questionamento se estes estão mais implicados com o cuidado em saúde mental do que outros ou se este número representa um repasse de casos que eles enxergam como os famosos “CASOS DE CAPS”. Já quando nos referimos aos outros profissionais, que englobam em sua maioria enfermeiros, além de nutricionistas e odontólogos, vemos que são responsáveis por apenas 10% dos encaminhamentos ao grupo. Questionamentos paradoxais me vêm em mente: estariam estes profissionais mais implicados no cuidado em saúde mental? ou nem estariam considerando tais demandas como objetos de cuidado em saúde mental? Nem vem ao caso responder estas perguntas neste trabalho, tampouco procurar por culpados;

a questão é a seguinte: até quando seguiremos não dando espaço para estes tipos de queixa dentro dos atendimentos cotidianos da APS ?

A imagem a seguir ilustra qual foi o fluxo dado para os pacientes que passaram pelo grupo de orientação em saúde mental. Tais números refletem a importância de uma escuta qualificada na APS que, além de diminuir consideravelmente os encaminhamentos para o serviço especializado, trabalha na capacitação do profissionais do território para além de ações de matriciamento.

Encaminhamentos do grupo



Em relação aos encaminhamentos dados a partir da avaliação realizada no grupo, observou-se que 62% das orientações permaneceram na UBS em questão e foram manejadas em avaliações psicossociais, atividade realizada no âmbito da UBS pela equipe.

Os serviços especializados em saúde mental, CAPS II, Ambulatório e CAPS AD, ocupam respectivamente, 12%, 10% e 2% nos encaminhamentos feitos. O grupo de qualidade de vida, atividade de convivência da unidade, apareceu em 5% dos encaminhamentos feitos pelo grupo orientador.

A lógica manicomial, fantasma ainda muito frequente nos serviços substitutivos, é também uma armadilha nos serviços da APS. Segundo Amarante (2018), tal raciocínio está pautado na prática do biopoder, que delimita grupos específicos em certos espaços urbanos e determina modos de se relacionar. Isso se

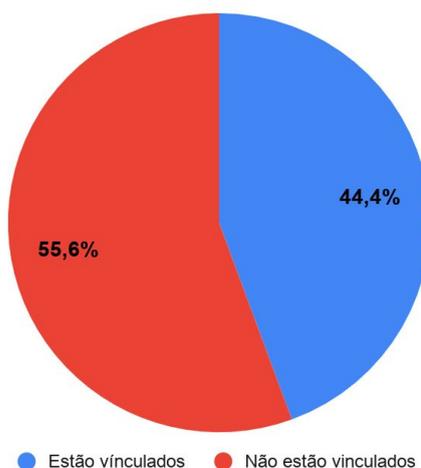
reflete não apenas na loucura, mas na população negra, LGBTQI+, população de rua e outros grupos que ultrapassam os limites das fronteiras das morais cristãs.

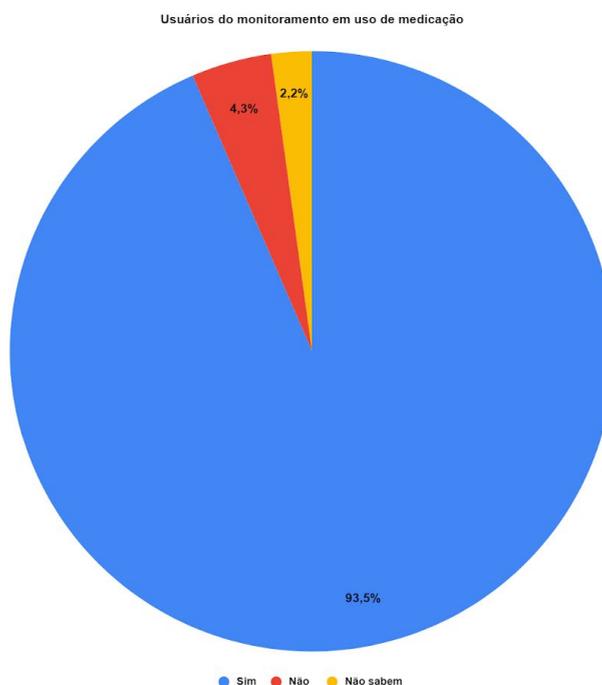
A intolerância social à frustração apresenta como reflexo o aumento da prescrição de psicotrópicos, principalmente na APS. As angústias provenientes do viver passam a ter nomes de diagnósticos, encaixam-se em protocolos, e qualquer manifestação contra o sistema é silenciada com medicação. A lógica manicomial encontra-se mascarada nas formas de cuidado dos serviços, onde a assistência ao indivíduo orienta-se por lógicas pautadas no consumo de princípios ativos que promovem modos padronizados /silenciados de viver.

Reduzir a potência de um serviço quanto a sua capacidade de acolhimento de diferentes subjetividades configura-se como prática da Lógica Manicomial. A fragmentação da assistência e a hierarquização do saber retiram da cena os projetos de cuidado propostos nas conferências de saúde, cenários construídos por agentes ativos no SUS.

6.4. A Fonte Invisível Das Medicções

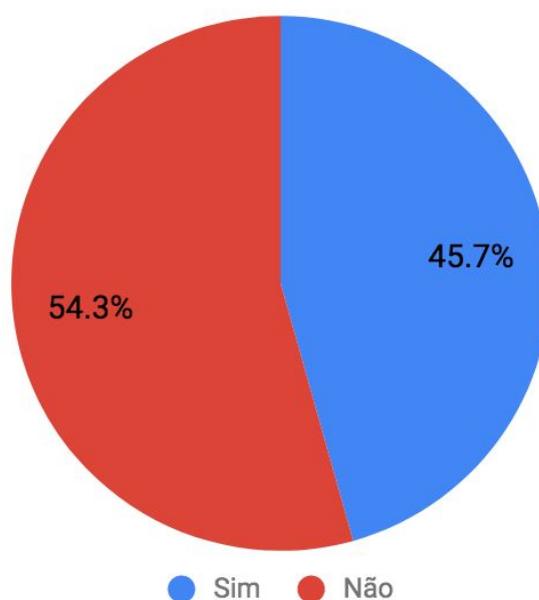
Usuários do monitoramento que estão vinculados a outro serviço de saúde mental





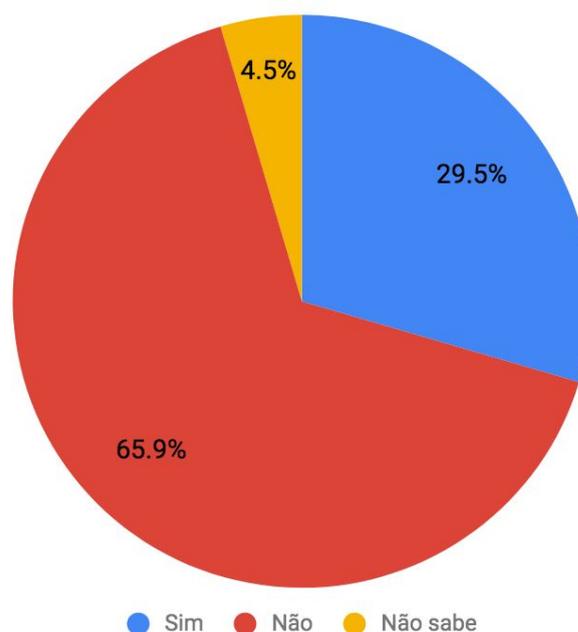
Estes dois gráficos são referentes ao monitoramento e ilustram a fonte invisível de medicação psiquiátrica. Ambos me levam a refletir sobre a existência de um elemento incógnito, um “X” prescriptor de medicações aos usuários diagnosticados com o CID F20 em outros locais que não no serviço especializado.

Monitoramento- Antes do primeiro acesso a emergência o usuário frequentou algum serviço de saúde ?



A primeira perguntava se antes do primeiro acesso à emergência o usuário frequentava algum serviço de saúde, das respostas 54,3% dos contatos responderam que não e 45,7% responderam que sim. A segunda pergunta questionava sobre o cuidado atual do usuário, onde 55,6% diziam não frequentar nenhum serviço de saúde mental no momento e 44,4% confirmaram estar frequentando. Quando questionado sobre o uso de medicação, 93,5% relatam estar fazendo uso de algum tipo de medicação, 4,3% afirmaram que não faziam uso e 2,17% não sabiam informar.

Monitoramento - Usuário em uso de medicação de depósito?



Quando questionados se faziam uso de algum tipo de medicação de depósito, 65,9% afirmaram não fazer uso de nenhum tipo de medicação de depósito, já 29,5% diziam que faziam uso desta medicação e 4,5% não sabiam dizer.

A literatura enfatiza que os psicotrópicos, medicações com ação direta no Sistema Nervoso Central, causam alterações comportamentais e de humor e que o seu efeito, a longo prazo, pode causar prejuízos neurológicos levando a impactos irreversíveis, tais como: perda de memória, dificuldade de concentração, impotência sexual, entre outros. (COSTA, 2018)

O adoecimento de um sistema social vem exigindo que seus participantes estejam sempre dispostos a expressar uma felicidade constante, formando indivíduos intolerantes às adversidades da vida e crentes que a medicação

psicotrópica é a melhor saída (afirmo isso pois vivencio diariamente o olhar de decepção do usuário que senta à minha frente e se depara com uma profissional não prescritora de medicação).

Neste modelo de assistência, construído após a implementação dos CAPS, a APS vem ocupando um lugar de manutenção de receitas de medicação psiquiátrica. Tal função, associada ao desconhecimento da real razão da indicação da medicação (não apenas o CID anexado aos dados do paciente), automedicação, pouco conhecimento dos efeitos daquela droga por parte dos não-especialistas, além da patologização psiquiátrica desenfreada que parece tomar conta dos serviços de saúde, vem produzindo doenças ao invés de saúde.

A autonomia do sujeito quanto à participação na escolha do uso de medicação é baixa. Pesquisas que tomam o modelo inglês como parâmetro de comparação quanto ao protagonismo dos usuários no tocante ao seu tratamento apontam que considerar as decisões do paciente aumenta a adesão deste, diminuindo as chances de uma das armadilhas da porta giratória que é o efeito rebote. Para isso é preciso articulação de saberes entre profissionais e usuário, pois este melhor que ninguém sabe quais suas sensações (LANCETTI, 2014).

6.5. O cuidado em Saúde Mental atravessando as fronteiras da saúde.

Neste trabalho falo sobre a UBS como um dos *Portos* por que passei, mas gostaria também de poder contemplar um pouco de outra estrutura que faz parte da APS: as Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta prima estruturar e ser ordenadora de fluxos dos serviços municipais, transformando assim a assistência, que até a década de 90 era completamente biomédica, para um modelo mais humanizado. Esta estratégia tem, entre seus princípios, a territorialidade, intersetorialidade, desinstitucionalização, visando promover direitos aos cidadãos e garantir suas autonomias. A articulação e a parceria com políticas de outras esferas mostra-se fundamental na assistência psicossocial.

São nas Estratégias de Saúde da Família que vemos grandes potenciais de cuidado em saúde mental e grandes parceiros na luta contra o fenômeno da Porta

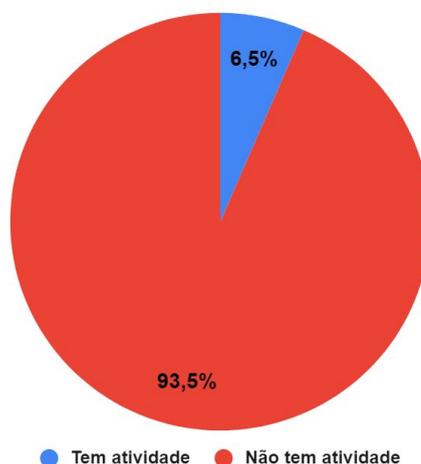
Giratória; é ali que vivem os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), desde 1991. Profissionais que circulam, que trazem para a vida como ela é o conceito clássico de Lancetti: A Clínica Peripatética.(2014).

Segundo Lancetti, grandes nomes da história usaram o caminhar como uma possibilidade de chegar a algum lugar, seja Aristóteles em seus ensinamentos caminantes por entre os jardins de Apolo, Freud em suas *Terapias Peripatéticas* e Nietzsche através de caminhadas que lhe renderam suas principais idéias. Ele ressalta em sua escrita a potência destes na transclínica⁵. Em sua obra Lancetti relata a experiência de um ACS no caso de Racumim, os impasses que o profissional encontrou dentro da equipe, e sua atuação potente na articulação com a comunidade, evidenciando a capacidade de ampliação do conceito de saúde mental no território e em conjunto com a comunidade.

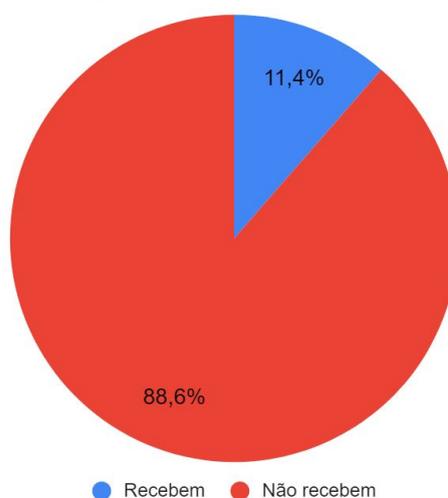
Vale salientar que o respeito que os ACS têm na comunidade, nenhum “imigrante” do serviço teria, e assim ele se infiltra nas menores brechas sociais. Assim, com respeito aos diagnosticados como esquizofrênicos, identificados no monitoramento, os mesmos têm como sintoma o isolamento social, que se agrava ainda mais com o estigma da doença e o reforço familiar (pois a família não permite que o usuário saia de casa), e é nesta brecha que o ACS consegue entrar, é ele que consegue olhar para esta pessoa no momento em que este não está em internação.

⁵ Transclínica: “Transclínica porque diferenciada de clínica ampliada, dado que não se trata de levar os mesmos pressupostos, tão criticados nos processos de transformação institucional, para novas áreas” - (LANCETTI, 2014. A Clínica Peripatérica p. 39)

Usuários envolvidos em atividades no território



Usuários do monitoramento que recebem visitas domiciliares de serviços de saúde



Sobre as visitas domiciliares recebidas pelos dispositivos de saúde de seu território, tais como USF, UBS, CAPS, ESMA, dentre outros, 88,6% disseram não receber nenhum tipo de visita domiciliar, já 11,4% diziam receber visitas dos serviços de saúde.

Sobre outros tipos de serviços a que os usuários poderiam estar vinculados, entre Educação, Assistência social e outros, 86% disseram não utilizar nenhum, 9,3% faziam uso de serviços da assistência como CRAS e CREAS, educação 2,3%, e outros serviços 2,3% também. Ao serem questionados sobre exercerem outro tipo

de atividade como estudo e trabalho, 93.5% disseram não realizar atividade nenhuma e 6,5% afirmaram que desempenham alguma atividade .

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de vias que valorizem recursos territoriais demonstra uma grande potência na prevenção de internações psiquiátricas em casos que dão forma ao fenômeno da Porta Giratória. Lacunas entre conhecimento científico, políticas e prática precisam tornar-se pontes. Passos futuros precisam enfatizar ações de promoção, melhorar a detecção precoce de casos de sofrimento mental e intervenções para além do setting clínico, mas atingindo também ambientes escolares, religiosos, de trabalhos e em conjunto com a comunidade.

É fato que outras especialidades de saúde têm se unido com setores da sociedade como educação, esportes, mídias, com o intuito de diminuir agravos em saúde, como é o caso de doenças relacionadas ao sistema Cardiovascular. A Saúde mental, porém, que teve desde o início suas estratégias de assistência baseadas na prevenção terciária, precisa debruçar-se mais sobre formas de prevenção primária para a detecção de futuros agravos.

Segundo Arango (2018), é preciso investir mais em pesquisas na área da prevenção e detecção precoce. Contudo, mesmo em países que investem em medidas para tal, apenas 5% dos fundos de pesquisa em saúde são direcionados à área de prevenção.

As ações preventivas dos agravos em Saúde Mental podem e devem ser colocadas em prática na APS, visto que, além de ser a lógica formulada em 1988 - com a Constituição Federal e com a Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990, que trata sobre a hierarquização dos serviços e estabelecimento da APS como serviço preventivo e regulador do sistema de saúde -, a APS conta com dispositivos territoriais que aproximam o sujeito do cuidado, como os ACS, reuniões de rede, apoio da comunidade, entre outros.

Há uma série de medidas de prevenção em saúde mental na APS que podem ser consideradas, desde uma simples intervenção quanto ao risco de exposição do sujeito em sofrimento psíquico, e por consequência, diminuição do estigma social; trabalhos em escolas que promovem alimentação saudável; momentos de fortalecimento de mecanismos de enfrentamento para lidar com situações difíceis (meditação, exercícios, cultura); prevenção de bullying. Também dentro dos

acompanhamentos à gestantes que acontecem na rotina da APS, é possível incluir um cuidado especial às gestantes em uso de substâncias psicoativas, com baixa capacidade nutricional, violências, infecções graves; garantir cuidado à figura paterna na gestação; assistência à gravidez na adolescência e à depressão pós-parto. A APS pode também pensar sobre as diversidades do território, assegurando que a população LGBT+, imigrantes, indígenas, as pessoas em situação de rua recebam cuidados adequados e com respeito às suas individualidades.

O cuidado da APS na perspectiva da prevenção e detecção precoce interfere diretamente na incidência do fenômeno da porta-giratória. Entretanto, é preciso também adotar mecanismos que assistam ao paciente reinternador. A APS é um espaço que pode servir para acolher a psicose em seus diferentes estágios, desde quando controlada até em momentos agudos, compondo com serviços especializados.

A mudança da lógica de atendimento, garantindo que os usuários falem por si, promovam suas autonomias e exerçam seus direitos de cidadãos, é essencial, pois é nos momentos de decisão sobre continuidade de tratamento, sobre quais as medicações que ele se sente bem ou não em fazer uso, que se encontra a reforma psiquiátrica na prática.

O trabalho multiprofissional e a valorização dos ACS são estratégicos na manutenção da assistência ao usuário com o perfil delimitado na pesquisa. É o ACS, por um lado, quem consegue adentrar em espaços onde o formalismo acadêmico não alcança, onde o jaleco não nos permite passagem. Focar na transdisciplinaridade, por outro lado, altera o protótipo médico-centrado de atendimento em saúde, favorecendo a inclusão de outras práticas de cuidado, ampliando o conceito de remédio para além de princípios ativos da indústria farmacêutica e incluindo esporte, educação, arte, alimentação, entre outros, como promotores de saúde.

Pensar sobre a replicação de receitas de medicação psiquiátrica é algo a se refletir, visto que os usuários que têm alta dos serviços muitas vezes recebem uma lista de medicamentos a ser replicada, geralmente sem data de validade ou perspectiva de diminuição. Espera-se que a replicação da medicação não seja a

única estratégia de manutenção do cuidado pós alta dos serviços especializados. A proposta de grupos de inclusão em APS ou na rede é importante para promover também espaços de escuta e detecções das dificuldades de manutenção do cuidado.

É função da equipe gestora acompanhar, avaliar e monitorar os processos envolvidos no cuidado em rede, não se restringindo a acompanhar exclusivamente os serviços especializados. Sabe-se que o custo da assistência no território é mais barato e mais eficaz a longo prazo, então potencializar estes espaços através de capacitação das equipes, promover cursos de educação permanente, modificar formas de estruturação de fluxos entre serviços e facilitar a troca de saberes entre complexidades é aplicar verba pública em ações conscientes e libertadoras.

Assim termino a viagem pelos abismos existentes entre o continente da internação e o continente da APS, lembrando que este trabalho, assim como Marco Polo, não vem com a intenção de estar certo, nem errado, mas de descrever e refletir sobre as experiências que a viagem da Residência nos proporciona.

O atlas do Grande Khan também contém os mapas de terras prometidas visitadas na imaginação mas ainda não descobertas ou fundadas (...)

Kublai perguntou para Marco:

- Você, que explora em profundidade e é capaz de interpretar os símbolos, saberia me dizer em direção a qual desses futuros nos levam os ventos propícios ?

- Por esses portos eu não saberia traçar a rota nos mapas nem fixar a data da atracação. Às vezes, basta-me uma partícula que se abre no meio de uma paisagem incongruente, um aflorar de luzes na neblina, o diálogo de dois passantes que se encontram no vaivém, para pensar que partindo dali construirei pedaço por pedaço a cidade perfeita, feita de fragmentos misturados com o resto, de instantes separados por intervalos, de sinais que ninguém envia e não sabe quem capta. Se digo que a cidade para a qual tende a minha viagem é descontínua no espaço e no tempo, ora mais rala, ora mais densa, você não deve crer que pode parar de procurá-la. Pode ser que enquanto falamos ela esteja aflorando dispersa dentro dos confins de seu império...(CALVINO, 1972. p. 149)

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE P, organizador. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 45-63.

BARRETO M.S.; ARRUDA G.O.; MARCON S.S. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.17 n.3. jul/set 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília, DF, 2009

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 28 jun 2011.

_____. 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 (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA**. Brasília.: Ed. Ministério da Saúde 2013. 176p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**. v. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em 19 dez 2019.

CIRÍACO, F.V.B. **Ritornelo: Uma História do Jazz**. 2017. 33 p. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Jornalismo) - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, 2017.

COSTA, A. M. **Intervenção na alta prevalência do uso de psicotrópicos pela população adscrita à estratégia de saúde da família (esf) barreiro, no município de sete lagoas**. 2018. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização Gestão do Cuidado na Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Sete Lagoas. Minas Gerais, 2017-2018

DAHLAN R.; MIDIN M.; SIDI H.; MANIAN T. Hospital-based community psychiatric service for patients with schizophrenia in Kuala Lumpur: a 1-year follow-up study of re-hospitalization. **Asia Pac Psychiatry**. Selangor, supl 1, p. 127-33. 2013

DEJOURS, C. **A loucura do Trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 3ª ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1987.

GASTAL, F.L. et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 280-285, 2000.

GOMES R.; NASCIMENTO E.F.; ARAUJO F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saúde Pública**. v.23, n.3, p.565-74, 2007

GONZALEZ M.; LUZ A. Permanencias en los discursos frente a prácticas de cuidado de sí en salud en el género masculino. **Hacia promoc. Salud**, Manizales, v. 22, n. 2, p. 111-126, Dec. 2017.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

LEIBENLUFT, J. "Do revolving doors really save energy compared with swinging doors?" Slate. July 29, 2008. (Feb. 9, 2013) Available in: http://www.slate.com/articles/health_and_science/the_green_lantern/2008/07/are_revolving_doors_more_energy_efficient.html

LEVORATO, C. D.; et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, Abr. 2014.

MENEGHETTI, F.K. O que é um ensaio-teórico?. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 320-332, Apr. 2011.

MUNIZ, P.L.; NOGUEIRA, M.I.; GULJOR, A.P. O Fenômeno Revolving Door: Um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Diversitates International Journal**, Rio de Janeiro. v. 06, n. 2, p. 29-46, 2014.

OLIVEIRA, A.E.F.; REIS, R.S. **Gestão pública em saúde**: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. São Luís: EDUFMA. 2016. Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7408>. Acesso em: 23/10/2019

REVOLVING DOOR. in: made how. Disponível em: <http://www.madehow.com/Volume-7/Revolving-Door.html>.

SELLERA, P.E.G et al. A Implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2085-2094, 2019.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R.C.S.; BARROS, M.B.A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 8, p. 2543-2554, Ago. 2018.

WORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R. FITZPATRICK, J.L. O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicos da avaliação. In: _____. **Avaliação de programas – Concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004, p. 33-58.

YASUI, S.; LUZIO, C.A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e Psique**. Porto Alegre. v. 8 n. 1. p. 173 – 190. Out. 2018.

ZANARDO, G.L.P., et al . Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo , v. 20, n. 3, p. 460-474, 2017.

_____, G.L.P et al . Factors Associated with Psychiatric Readmissions: A Systematic Review. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 28, e2814, 2018