

SAÚDE PARA TODOS? O CASO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PORTO ALEGRE/RS

Adriana Witter Rodrigues
Maximiliano das Chagas Marques

RESUMO: A percepção que a promoção do acesso universal e igualitário às ações e serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é atributo inerente do Sistema Único de Saúde, sugere que a Gestão Pública deva estruturar mecanismos que oportunizem aos usuários condições de resposta terapêutica às suas necessidades. A RAPS de Porto Alegre ainda busca alcançar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde mental, para usuários em situação de vulnerabilidade social. Pelo estudo de caso de uma mulher, negra, em situação de rua, grávida, soropositiva para HIV, psicótica e dependente química, que aportou aos serviços de saúde mental, revelou-se a persistência de barreiras de acesso, e o tensionamento pela manutenção das terapêuticas hospitalares. Estes achados impõem ao Gestor Público reflexões para qualificação do acesso e materialização das disposições constitucionais e legais na assistência à saúde mental de populações vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso, Rede de Atenção à Saúde, Gestão em Saúde, Atenção Psicossocial.

ABSTRACT: The perception that the promotion of universal and equal access to actions and services Psychosocial Healthcare Network (RAPS) is an inherent attribute of the Unified Health System (SUS), suggests that the Public Administration should structure mechanisms to promote users conditions of therapeutic response to their needs. RAPS Porto Alegre still seeks to achieve universal and equal access to actions and mental health services to users in social vulnerability. The case study of a woman, black, on the streets, pregnant, seropositive for HIV, psychotic and addicted, which contributed to mental health services, proved the persistence of access barriers, and the tension for maintaining the therapeutic hospital. These findings require Manager Public reflections for qualification of access and realization of constitutional and legal provisions in mental health care for vulnerable populations.

KEY-WORDS: Access, Healthcare network, Health Management, Mental Health.

INTRODUÇÃO

Em 1988, por ocasião da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro, acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde, em uma rede de atenção integral. (BRASIL, 1988).

A implementação do SUS representou uma mudança do conceito de saúde, deixando de ser encarada apenas enquanto não-doença, para uma ideia de condicionantes e determinantes, para os quais políticas econômicas e sociais devem ser conduzidas pelo Estado junto à população. (BRASIL, 1988). Neste sentido, os esforços e políticas implementadas passaram a ponderar a proteção e a promoção da saúde, além de sua recuperação, em uma instância ampliada de cuidados.

Este é o contexto no qual as discussões para o cuidado em saúde mental ganharam impulso, culminando, no ano de 1992, no Projeto de Lei Paulo Delgado, que previa a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. (BRASIL, 2005).

O marco legal, trouxe à pauta as reivindicações de movimentos sociais, discutindo a reinserção social e a ressocialização dos usuários portadores de doenças mentais, assentado em uma discussão de proteção aos direitos humanos, em especial, da dignidade humana e da liberdade. (BRASIL, 2005).

A promulgação de leis estaduais, decorrentes do compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, possibilitam a implementação das primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia. (BRASIL, 2005)

Em 2002, foi promulgada a Lei Federal nº 10.216, que formaliza nacionalmente a compreensão que a saúde mental é um componente da dimensão humana, devendo ser acompanhada como os demais eventos, com proteção da pessoa contra a segregação, discriminação e isolamento, nas situações de adoecimento psíquico, caracterizando o que ficou conhecido como Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (BRASIL, 2002).

A partir de então, tomou corpo a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), discutindo-se a expansão de ações e serviços de base comunitária, e a retração dos leitos em hospitais psiquiátricos, alinhada aos princípios constitucionais do acesso universal e igualitário à atenção integral à saúde. (COSTA, 2014).

Pensando que até pouco tempo, a assistência ao doente mental estava focada na internação hospitalar, onde o modelo de acesso à atenção se restringia à farmacoterapia e conduta médica das

contingências dos usuários, estando o vínculo e a inserção social relegada a um segundo plano, as modificações na política pública possibilitaram a discussão da abordagem a partir das necessidades da população em seu contexto social, cultural e tradicional. (COSTA, 2014).

Ainda, com a expansão gradual dos estabelecimentos ambulatoriais de base comunitária para a abordagem em saúde mental, percebe-se que ainda não há serviços suficientes que consigam dar conta da demanda de portadores de saúde mental e de seus familiares com efetividade.

Este hiato assistencial, aberto pela pressão legal de substituição das terapêuticas hospitalares, por recursos de base comunitária ainda em implantação, em tempo e velocidades menores do que as necessidades populacionais, pode representar barreira para o efetivo acesso à saúde, bem como produzir condições de iniquidade e prejuízo aos usuários.

Ponderando-se que a avaliação dos itinerários dos usuários para o acesso às ações e serviços de saúde, tomando-se como prioridade os grupos mais expostos e vulneráveis, é uma atividade inerente à Gestão em Saúde, foi propósito do presente estudo discutir as respostas da Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre, a partir do estudo de caso de uma mulher em situações de vulnerabilidade.

A percepção que a promoção do acesso universal e igualitário às ações e serviços da Rede de Atenção Psicossocial é atributo inerente do SUS, sugere que a Gestão Pública deva estruturar mecanismos que oportunizem aos usuários tal condição.

Em um contexto onde a Rede de Atenção Psicossocial ainda se estrutura, com a expansão gradual de estabelecimentos de base comunitária, lacunas terapêuticas podem se estabelecer, com prejuízo maior às pessoas em situação de vulnerabilidade, de modo a excluir seletivamente do SUS, grupos populacionais que dependem mais daquela modalidade assistencial para a construção de vínculos e a reinserção social.

A partir destes elementos, no presente estudo se questionou se a Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre consegue alcançar com efetividade patamares de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde mental, para usuários em situação de vulnerabilidade social.

MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido a partir da análise de informações de um caso atendido em um Pronto Atendimento em Saúde Mental de Porto Alegre/RS, considerando-se que nele haviam os elementos de complexidade suficientes para evidenciar a relação dos usuários com a Rede de Atenção Psicossocial.

Para tanto, utilizou-se a abordagem por um estudo de caso, de revisão documental, qualitativo e avaliativo do caso de uma mulher em situações de vulnerabilidade pessoal e social extrema. Este caso, possibilitou uma perspectiva ampla para avaliar se o acesso em saúde tem se sucedido nos termos das proposições legais, do mesmo modo em que pode evidenciar a aderência de grupos prioritários aos serviços.

A escolha do caso se deu de forma intencional, pela identificação e relatos dos gestores públicos, nos fóruns colegiados da Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre, de se tratar de um caso único que desafiava as concepções de acesso como o SUS propunha. Neste sentido, foi imperativo para a seleção deste caso, o acesso aos documentos assistenciais que forneciam elementos sobre o referido caso.

Com uma Rede de Atenção Psicossocial gradativamente se consolidando em termos de ampliação da oferta e de estabelecimentos, em processo concorrente ao do SUS, a substituição dos espaços hospitalares por terapêuticas comunitárias pode ser descrita pelo seguimento dos movimentos dos usuários nos serviços, sugerindo indiretamente como o campo da saúde mental responde às demandas e necessidades que lhe são chegadas.

Assumindo o propósito de reunir informações detalhadas e sistemáticas sobre um fenômeno (PATTON, 2002), descrevendo o acesso à Rede de Atenção Psicossocial de forma metodológica, e que enfatiza os entendimentos contextuais, sem esquecer-se da representatividade (LLEWELLYN; NORTHCOTT, 2007), centrando-se na compreensão da dinâmica do contexto real (EISENHARDT, 1989), e envolvendo-se num estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 2007), teve-se os recursos empíricos para a coleta e análise dos dados deste estudo.

Ao se optar pela análise documental, com supressão completa das informações pessoais e institucionais, centrou-se a atenção nas movimentações da usuária em questão dentro da Rede de Atenção Psicossocial, entendidas como itinerários terapêuticos, e a forma como em cada estabelecimento se procederam às respostas terapêuticas e demandas do caso.

Os documentos analisados traziam evidências sobre o caso, descrevendo o histórico dos itinerários terapêuticos e dos relatos de acesso e exclusão em casa serviço de saúde, identificando como populações em situação de vulnerabilidade social desenvolvem estratégias de ingresso e permanência.

Buscou-se neste trabalho informações sobre o acesso às ações e serviços de saúde mental de Porto Alegre, tomando-se uma mulher em situação de vulnerabilidade como referência para a descrição dos itinerários e das eventuais barreiras de acesso e permanência descritas.

A partir das posições apresentadas, quanto à origem e significado do estudo de caso, destacou-se a preocupação de não analisar apenas o caso em si, como algo à parte, mas o que ele representa dentro

do todo e a partir daí, refletindo o modo de resposta da Rede de Atenção à Saúde às necessidades de cada usuária.

Os dados foram compilados em um caderno de notas e apontamentos, a partir do qual se estabeleceu as inferências, desenhando-se as linhas temporais do acesso, bem como o mapa de interações com os estabelecimentos de saúde da RAPS.

Obteve-se autorização institucional para utilização das informações secundárias, optando-se pela de-identificação completa do caso e das instituições. Por não ter sido ainda submetido o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do rio dos Sinos, os dados aqui trazidos ainda estão em formato preliminar, e de divulgação restrita à apresentação deste texto como elemento da avaliação final do curso de especialização.

RESULTADOS

Com o acesso e coleta de informações sobre o caso, se pode empreender a estruturação das informações em três blocos, narrando inicialmente (1) o caso, suas características e dimensões, (2) os itinerários realizados na Rede de Atenção Psicossocial e (3) as barreiras de acesso e os eventos promotores de aderência.

Todos os registros manuseados foram de-identificados, suprimindo-se nomes e instituições, embora se tenha optado por manter a característica do estabelecimento em relação à Rede de Atenção Psicossocial, como recurso de discussão dos diferentes papéis na oferta das ações e serviços.

O Caso

Reuniram-se informações sobre usuária adulta, negra, mulher, solteira, com formação até o ensino fundamental incompleto, natural de Porto Alegre, e sem o exercício de atividade laboral ou remunerada por ocasião dos registros.

Diagnosticada como portadora dos CID-10 de Dependência química de múltiplas substâncias psicoativas (F19.2), Esquizofrenia não especificada (F20.8), e Transtorno de personalidade dissociada (F60.2), apresenta-se sem vínculos familiares, e em situação de rua.

Gestante sem acompanhamento pré-natal, com verbalização que identifica a ocorrência de violência sexual em alguns momentos, mas que em outros expressa o emprego da prostituição para o acesso a substâncias psicoativas de que é dependente, ingressa ao serviço em negação ao feto, incluindo episódios de autoagressão.

Quadro complicado pela soropositividade ao HIV, sem condução de nenhum tratamento, bem como o relato de tuberculose pulmonar, com falha no tratamento medicamentoso.

O histórico de dependência química a múltiplas drogas remonta à adolescência, com institucionalização para tratamento em pelo menos cinco (05) hospitais gerais e psiquiátricos, em duas (02) clínicas e no Instituto Psiquiátrico Forense, após acusação de lesão corporal consumada a profissional de saúde que a assistia. Em algumas passagens, este relato é trazido pelos gestores públicos da Rede de Atenção Psicossocial, como de homicídio de um profissional assistente.

Em momento pregresso, teve grave momento de autoagressão, onde colocou fogo no próprio corpo em uma das internações. Alterna ciclos de auto e heteroagressão, com várias tentativas de suicídio com arma branca, que associa com alucinações auditivas.

Apresenta desnutrição grave, recusando as tentativas de localizar os familiares.

Condição clínica com elevada predisposição e vulnerabilidade de correntes da esquizofrenia, da dependência química, dos fatores pessoais, dos fatores familiares, da situação socioeconômica e da falta de suporte.

Mesmo se observando a reunião, neste caso, de elementos descritos como priorizadores do acesso às ações e serviços de saúde, ao longo de sua história clínica e terapêutica foi frequente a exclusão e o afastamento dos estabelecimentos, apresentando um quadro de possível exclusão seletiva de usuários que eventualmente sejam classificados como indesejáveis.

Tal sensação se expressa bem ao se verificar os itinerários que esta usuária tem percorrido ao longo dos anos na Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre.

Os itinerários

Situações onde o usuário apresenta vulnerabilidade e demandas mais complexas, demandam das equipes a reconstrução e desconstrução do cuidado, procurando entender a importância do acesso dos usuários. Desta forma o trabalho em saúde, deveria acontecer a partir da criação de espaços de interações através dos quais e nos quais se produzem e se consomem ações de saúde (MILHOMEN; OLIVEIRA, 2007).

A base do Sistema Único de Saúde se apoia em serviços de base comunitária, orientados para a vinculação, a promoção de qualidade de vida e a prevenção de eventos graves. Deste modo, a Atenção Primária, seja ela por Saúde da Família ou por Modelo Tradicional, deveria ancorar todos os casos de seu território, construindo as referências terapêuticas para as situações mais complexas e graves, quando presentes.

No caso estudado, a mulher, em situação de rua, grávida, desnutrida, soropositiva para HIV e tuberculosa, foi resumida e circunscrita à sua condição mental, negligenciando-se o cuidado pré-natal, as comorbidades, o cuidado e a eventual custódia dos filhos, quadro que demonstra uma dificuldade de aderência dos usuários para além das condição preconizada como de normalidade ao SUS (PEGORARO; CALDANA, 2008).

Com a porta de entrada preferencial ao SUS fechada, a mulher em questão passou a alternar entre as internações em hospitais gerais e psiquiátricos, ora para desintoxicação, ora para o manejo das alucinações, ancorando-se em serviços de urgência e emergência para a obtenção de uma parcial acolhida de suas demandas.

Mesmo com qualificação dos profissionais em Porto Alegre, trazida pela implantação do Fórum da RAPS nas Gerências Distritais, com encontros que discutem o cotidiano de trabalho as articulações territoriais entre serviços, em casos classificados como mais complexos, como o estudado aqui, a ação terapêutica demonstra pouco engajamento para a vinculação terapêutica e a oferta de respostas efetivas.

Nas informações reunidas neste estudo, observou-se que algumas equipes da RAPS apresentam pouca ou nenhuma vinculação terapêutica com a usuária, realizando cuidados parciais, pouco efetivos e dedicados à produção de rechaço, de tal forma que ao sair, não almeje retornar.

Neste sentido, no caso acompanhado, a Atenção Primária se omitiu por completo, assumindo que a abordagem terapêutica de uma mulher nesta condição representava uma condição de risco às equipes e demais usuários, transferindo aos estabelecimentos hospitalares o domínio sobre a abordagem nesta situação. Também, não se visualiza a inserção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que tem atuação substitutiva à internação hospitalar, nas situações em que houve a remissão dos sintomas agudos e redução dos eventuais riscos.

Por outro lado, os hospitais, com recursos terapêuticos destinados aos eventos agudos e transitórios, em rotinas híbridas que indiretamente produzem segregação e afastamento do convívio social, tem dificuldade de manter usuárias como a do caso por períodos suficientes para a produção de respostas efetivas.

Desta forma, estando a base do SUS refratária ao ingresso da usuária, bem como a Atenção Hospitalar limitada terapêutica e legalmente para a manutenção por períodos prolongados, assumiu referência no cuidado o Serviço de Pronto-atendimento em Saúde Mental, em modalidade de acolhimento contínuo aos eventos agudos.

Contudo, mesmo provendo respostas parciais às demandas e necessidades, o vínculo e o seguimento de cuidados restam prejudicados, na medida em que a sistemática de plantões e equipes que se alternam, prejudica a construção de canais de proximidade.

O que o caso expõe, é um vazio terapêutico que acolha em condição de continuidade e vinculação uma usuária que reúna múltiplas necessidades assistenciais, demandando concomitantemente o manejo de suas morbidades mentais, em harmonia com suas contingências femininas, gestacionais e socioeconômicas.

O caso estudado exigiu a modelagem de novas respostas terapêuticas para vinculação, sendo o Serviço de Pronto-atendimento a ancoragem inicial do tratamento ampliado às múltiplas condições, articulando-se um ciclo hospitalar de desintoxicação, com cerca de vinte e dois (22) dias, o manejo da gestação em centro especializado, e o cuidado continuado em hospital geral até o parto.

As barreiras e os facilitadores de acesso

Em relação ao caso estudado, evidenciava-se como barreira inicial de acesso a dificuldade, ou talvez despreparo, das equipes assistenciais em lidar com usuários com múltiplas contingências. Esta situação ganha expressão maior, quando envolve uma morbidade mental com reflexos na cognição e sociabilidade, rechaçando-se a agressividade e se afastando dos serviços por mecanismos excludentes e punitivos, como a eventual proibição de agendar consultas.

Mesmo portadora de condições que lhe priorizavam o acesso, como a gestação, a vulnerabilidade social, a soropositividade ao HIV, e a tuberculose, o comportamento hostil, deflagrado pelas alucinações, restringia a identidade da usuária a um passado nebuloso, no qual figurava como uma agressora ou assassina de profissionais de saúde.

Assim, compreendido que estava nos profissionais o principal agente de bloqueio do acesso, pela articulação junto ao Gestor Público, buscou-se a construção coordenada de um itinerário artificial, que desse conta parcialmente de cada contingência, garantindo-se a recuperação da condição nutricional, da melhor situação possível para levar a gestação a termo, e de respostas às vulnerabilidades socioeconômicas no pós-alta.

Deste modo, a integração e o diálogo entre os gestores dos serviços, ainda que com suas resistências e inflexões, possibilitou o trânsito da usuária para além do serviço de urgência, para uma acolhida terapêutica de continuidade.

DISCUSSÃO

Mesmo apresentando as limitações de um estudo de caso, principalmente no que concerne às generalizações e extrapolações à população geral, bem como determinadas pelos achados descritos nos

documentos, o presente estudo trouxe evidências que possibilitam a discussão sobre os mecanismos de acesso às ações e serviços do SUS.

Ao identificar que os trabalhadores representaram importante instrumento, tanto de barreira, quanto facilitação de acesso, pondera-se o papel de uma escuta qualificada do problema de saúde, para resolver e se necessário, fazer um encaminhamento seguro com base na Linha de Cuidado, procurando facilitar o seu “caminhar na rede”. Isto significa organizar os processos de trabalho, para as diretrizes se tornem rotina nas práticas dos profissionais, através das quais se produz o cuidado aos usuários. (FRANCO, 2012)

Se a atividade do acolhimento for bem desempenhada pelos profissionais, o acolher desdobra-se em verbos como garantir e ampliar o acesso, bem como em organizar ou reorganizar os processos de trabalho. (ROMANINI, 2016). Nesta perspectiva, a integralidade da atenção à saúde inclui duas dimensões de análise: Integralidade focalizada no espaço dos serviços de saúde; o esforço da equipe de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, que precisam ser captadas em sua expressão individual; e Integralidade ampliada, fruto de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede complexa e a outras instituições não necessariamente do setor saúde. (CECILIO 2006).

Desta forma, considera-se a necessidade da construção de uma rede articulada de serviços de saúde, que possa aumentar o acesso e o acolhimento dos usuários, ser ampla e flexível para prestar um cuidado integral e atender as distintas necessidades dos indivíduos com problemas ao uso de álcool e outras drogas, assim como situações de vulnerabilidade. Esta rede, também, pode estar articulada e estabelecer parcerias com serviços de outros setores tais como educação entre outros. (EDWARDS, 1995; BRASIL, 2003; WHO, 2004, CRUZ, 2006).

São muitos os casos de usuários da saúde mental que, ao se verem com um problema clínico de outra ordem, têm que enfrentar barreiras de seu acesso aos cuidados de uma forma muito peculiar. Isso se repete em todos os pontos de acesso de um usuário a serviços de saúde, bem como na própria rede de saúde mental, na qual para um usuário representado como “drogadito e marginal”, criam-se fortes restrições para sua inserção no que se tem de oferta. Para um psicótico igualmente representado como “muito violento”, são produzidas, de uma maneira muito banal obstáculos para sua incorporação junto ao cuidado de um Programa de Saúde da Família (PSF) ou ao uso de um serviço geral de urgência e emergência. (MERHY, 2011).

O cenário que envolve o atendimento, as situações de crise e a acessibilidade dos serviços de atenção psicossocial e outros, por si, já coloca como problema a ser enfrentado o acesso e suas barreiras,

no que tange à produção do cuidado na atenção à crise na saúde mental, assim como situações clínicas e de vulnerabilidade. (GOMES, 2014).

Conhecer o modo de funcionamento dessa rede no manejo às situações de crise, situações clínicas e de vulnerabilidade, revela inúmeras situações vividas por usuários que mostram de que modo o acesso se configura tanto para, garantir em muitas situações o benefício do cuidado necessário e pertinente, quanto apontar que mesmo em situações aparentemente tão ímpar em termos de ofertas, em quantidade e qualidade de cuidado, há a produção de barreiras efetivas ao acesso que se precisa. (GOMES, 2014).

Quando alguns desses usuários necessitam entrar para outras redes de cuidado, não tipicamente da saúde mental, vivenciam situações muito traumáticas em termos de acesso a bons cuidados. Sem dúvida, o temor que um usuário um pouco mais agressivo, ou em situação de crise, provoca em profissionais de saúde, por exemplo, da Atenção Básica, faz com que salte à vista atitudes de discriminação de ordem molecular, ali no encontro em ato, que provoca um desequilíbrio significativo na construção de modos de cuidar de forma cidadã e terapêutica. (MERHY, 2006).

Diante da situação da usuária estudada aqui, a mesma acessou cerca de 30 vezes o Serviço de Pronto-atendimento em Saúde Mental, com seguimento a outros pontos da RAPS, alternando entre a Atenção Básica, os CAPS e os hospitais, observando-se que durante esse processo, diversas barreiras no acesso da usuária aos serviços se apresentaram presentes.

Entre as situações mais observadas, estavam questões de capacitações dos profissionais, assim como a responsabilização da usuária por suas vulnerabilidades e situações clínicas, e a dificuldade dos profissionais em fazer um plano de tratamento individual, com olhar para a necessidade do momento, remetendo às situações graves de comportamento do passado a condição atual.

Nesse cenário, percebe-se, no dia a dia, o quanto se faz necessária a interlocução de apoio dos serviços da Rede RAPS, pois servem como facilitadores na resolução das situações de saúde mental advindas de todos os serviços. Com o apoio observa-se que os usuários conseguem atendimento no momento e no local certo, facilitando assim o atendimento as suas necessidades.

Temos em Porto Alegre espaços de interlocuções entre os serviços, que em muitas situações proporcionam entendimento às situações dos usuários, possibilitando um pensamento único de forma a oferecer um atendimento/acolhimento a todas as complexidades. Ainda assim, as reuniões e fóruns estabelecidos pela Área Técnica em Saúde Mental, ainda inicialmente apoiam para a escolha correta no atendimento ao usuário e o matriciamento, impondo ao Gestor Público o desafio de sensibilizar sua rede de colaboradores.

As análises do estudo de caso permitiram contribuir para repensar o atendimento aos usuários da rede psicossocial, em como se dá o acolhimento, assim como é traçado o itinerário e o acesso dos usuários em situações de vulnerabilidade nos serviços da RAPS.

Os critérios avaliados mostraram que a importância da articulação entre os serviços é elemento chave para a superação dos entendimentos pessoais, possibilitando espaços de troca de experiências, conhecimentos, discussões e encontros que viabilizam a formação de projetos terapêuticos singularizados e de cuidado.

Assim o acesso às ações e serviços de saúde na Rede de Atenção Psicossocial, traz a oportunidade de identificar e conhecer as estratégias empregadas pelo Gestor Público na gestão do cuidado aos usuários, possibilitando identificar os recursos, metodologias e técnicas empregadas para a resposta às demandas e necessidades da população.

Ao se tomar como objeto de estudo um caso extremo de vulnerabilidade, diferente da população geral, teve-se expostos os elementos que impõem ao SUS desafios para a produção de respostas efetivas, permitindo a reflexão sobre possíveis barreiras de acesso e fatores de exclusão de usuários. Para Alves e Souza (1999) o “itinerário terapêutico designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto pré-concebido: o tratamento da aflição (...) o itinerário terapêutico é resultante de um determinado curso de ações realizadas ou o estado de coisas provocado por elas”.

Gorovitz (1994) afirma que a vulnerabilidade é multidimensional, implica em gradações e mudanças ao longo do tempo e tem caráter relacional. As pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis com relação à determinada situação e num certo ponto do tempo e espaço.

Com isto, o caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade, saindo do individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas, traz ao caso estudado um ponto de vista que ultrapassa sua condição histórica, possibilitando uma reflexão ativa para o conceito de clínica ampliada (CAMPOS, 2003; CUNHA, 2005), mais complexa e longitudinal.

Da mesma forma, pensar em termos de vulnerabilidade pressupõe uma abertura para ações intersetoriais e formação de redes de atenção que integrem a área da saúde com outras áreas relacionadas à saúde do sujeito.

É importante considerar as estratégias desenvolvidas pelos usuários na busca de ajuda para as suas necessidades, ou seja, seus itinerários terapêuticos, pois estes são instrumento para o direcionamento das possibilidades de intervenção.

O reconhecimento dos itinerários terapêuticos propicia a compreensão sobre o movimento de identificação dos problemas e busca de soluções para estabilizar os cotidianos e organizar as vidas daqueles que apresentam transtornos mentais (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Neste sentido, conhecer os itinerários terapêuticos de sujeitos com transtorno mental grave e persistente acompanhados em ações de saúde mental possibilitou conhecer a trajetória dos usuários na busca de ajuda para as suas demandas em saúde mental, as ofertas recebidas nos serviços e as suas opiniões sobre estas ofertas.

Deve-se considerar também que as necessidades de saúde não são homogêneas, sendo influenciadas pelas desigualdades sociais, o modo de vida, o acesso aos recursos e, no caso da saúde mental, fatores singulares determinantes da história de vida de cada sujeito e de sua rede relacional (MÂNGIA et al 2003).

Travassos (2004), diz que as diferentes abordagens de análise sobre acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, considerando que: acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde.

Discutir o acesso relacionado a políticas voltadas para grupos específicos é procurar apreender a concepção de equidade. Equidade em saúde é compreendida como diretriz de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço de “discriminação positiva” para superar estas desigualdades injustas através da formulação e implementação de determinadas ações. (ACCURCIO, 1998).

Analisando os usuários que buscam o atendimento de urgência/emergência como forma de conseguir o acolhimento, traz-se a observação de que existem fragilidades de acesso na rede. A fragilidade das redes de cuidados estabelecidas, por vezes, não propicia momentos de interlocução entre os serviços de maneira que atenda às necessidades particulares e demandas dos seus usuários (CUNHA, 2011).

Castel (1994) considera as situações de inclusão ou vulnerabilidade social como processo dinâmico que resultante da conjunção de duas forças que atuam sobre os sujeitos e coletividades: a primeira é a presença ou ausência da inserção no trabalho e a segunda é a inclusão em uma rede relacional. No cruzamento dessas duas forças elabora um esquema conceitual no qual são definidas quatro zonas de existência social: a zona de integração, a zona de vulnerabilidade, a zona de assistência e a zona de desfiliação. Nesta última, estariam aqueles grupos marcados por um modo particular de dissociação do vínculo social denominado de desfiliação.

Nela se encontram determinadas populações, como a do caso exposto, que requerem e mobilizam intervenções sociais, não apenas pela situação de pobreza em que se encontram, mas pela fragilidade de seu tecido relacional. Esta formulação contribui para a compreensão das situações presentes no campo assistencial, especialmente aquelas que envolvem as pessoas com transtorno mental grave. No caso

estudado, havia uma dupla precariedade: a da organização do trabalho e a da estruturação da sociabilidade ou redes sociais. (CASTEL, 1994).

As relações entre vulnerabilidade e saúde mental são relevantes, por se tratar de um usuário com uma gama de demandas que exigem flexibilidade, observa-se que a articulação entre os serviços é um potencial dispositivo articulador da rede, não apenas promovendo a corresponsabilização nos diversos níveis de organização, mas também apoiando todas as equipes envolvidas.

Tendo em vista que a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária e que a proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas.

Sendo assim, a importância de se buscar estratégias, ferramentas junto à gestão é relevante no sentido de fortalecer os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, promovendo um entendimento das necessidades dos usuários e assim se traçar um plano de tratamento singular (PTS).

A elaboração deste trabalho partiu da motivação em discutir a gestão do acesso às ações e serviços de saúde a partir das respostas da Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre na condução do caso de uma mulher em situações de vulnerabilidade, assim como a elaboração de um trabalho de conclusão do MBA de Gestão em Negócios de Saúde.

Pensando que o trabalho em conjunto ajuda os profissionais a se sentirem mais seguros e a perceberem que não estão sozinhos para resolver os casos, que podem compartilhar responsabilidades e se fortalecerem para lidar melhor com situações do dia a dia. (DELFINI, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise do estudo de caso, fica evidente que trabalhar em rede facilita a elaboração de novos processos de trabalho, com enfoque multidisciplinar, possibilitando espaços de troca de experiências, conhecimentos, discussões e encontros que viabilizam a formação de projetos terapêuticos singularizados e de cuidado criativo, dessa foram proporcionando ao usuário o atendimento adequado a sua necessidade. Dentre os principais fatores relevantes no trajeto do cuidado ao usuário em situações de extrema vulnerabilidade está a importância de se trabalhar em rede, promovendo uma função articuladora do cuidado, assim como comprometer que o diálogo aconteça entre os atores envolvidos nesse processo, fazendo a todos repensar as fragilidades da rede de saúde, assim buscando alternativas, ferramentas que facilitem/potencializem a proposta da RAPS.

Espera-se que este trabalho tenha provocado a reflexão acerca do atendimento ao usuário de Saúde Mental com situações clínicas, de vulnerabilidade física e social. Levando em consideração seus aspectos facilitadores do trabalho em rede, que não pode ser negligenciado ou desvalorizado pelos trabalhadores de saúde, pois é visto que trabalhando em rede conseguimos que todos atores envolvidos exerçam um atendimento mais humanizado, pautado no respeito e na valorização dos sujeitos.

Percebeu-se que a necessidade de usar os dispositivos da rede da RAPS consolida a qualificação do cuidado em saúde. Assim com este estudo, buscou-se dar maior visibilidade aos princípios que cercam o trabalho em rede, mostrando seus limites e possibilidades e promovendo a melhor maneira de atender usuários em situações de vulnerabilidade e entender que o acesso a saúde é para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACURCCIO, FA, Guimaraes MDC. *Uso de los servicios de salud y progresión al sida entre personas con infección por VIH en Belo Horizonte* (Minas Gerais), Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 1998; 4(5):331-340.
2. ALVES, P.C.B; Souza. I.M.A.S. *Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico*. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
4. BRASIL. *Constituição Brasileira*. Brasília, DF: Imprensa Oficial; 1988.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. (2002) *III Conferência Nacional de Saúde Mental 2001. Relatório Final*. Brasília: Editora MS. (disponível em www.saude.gov.br/saudemental).
6. CAMPOS, G. W. de S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
7. CAMPOS, M P C. MERHY, E E. *Pesquisadores IN-MUNDO : um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental / Organizadores: Maria Paula Cerqueira Gomes, Êmerson Elias Merhy. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 176 p : il. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)*.
8. CASTEL, R. *Da indigência, à exclusão, à desfiliação*. In: *Saúde e Loucura*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 21-48.
9. COSTA, C. V. *Saúde Mental: Um Desafio para Saúde Pública: Minas Gerais*, BH: 2014.

10. CECÍLIO, LCO. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ-CEPESC – ABRASCO; 2006. p.11-180.
11. CUNHA, G. T. (2005). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.
12. DELFINI PSS, REIS AOA. *Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infatojuvenil*. Cad. Saúde Pública. 2012;28(2):357-66.
13. EDWARDS, G. *O Tratamento do Alcoolismo*. Tradução de José Manuel Bertolote. 2ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
14. EISENHARDT, K. M. *Building Theories from Case Study Research*. The Academy of Management Review, v. 14, n. 4, 1989, p. 532-550.
15. FRANCO, C.M. *Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde*. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2012.
16. GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
17. GOROVITZ, S. *Reflections on the vulnerable*. In: BANKOWSKI, Z. & BRYANT. J. H (Eds.) *Poverty, vulnerability, and the value of human life: a global agenda for bioethics*. Geneva: Cioms, 1994.
18. LLEWELLYN, S.; NORTHCOTT, D. *The “singular view” in management case studies qualitative research in organizations and management*. An International Journal, v. 2, n. 3, 2007, p. 194-207.
19. MÂNGLIA, E.F.; ASSUMPCÃO, C. N. QUINTA, J.M.; RUFINO, M. F. *Necessidades de adolescentes com sofrimento psíquico*. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. V14, n. 3, p. 123-32, 2003.
20. MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. *Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental*. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 61-71, 2008.
21. MERHY, E.E. et al. *Relatório preliminar do projeto de pesquisa implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes [relatório preliminar de pesquisa]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
22. MERHY, E.E. e alls. *Pesquisa Saúde Mental – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas, Processo575121/2008 4. Relatório Final*. CNPq.2011.

23. MILHOMEM, Maria Aparecida G. Corrêa; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro. *O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS*. *Cogitare Enfermagem*, v. 12, n.1, p.101-108, jan./mar. 2007.
24. PATTON, M. G. *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3 ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002.
25. PEGORARO, R. F., & CALDANA, R. H. (2008). *Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*. *Comunicação, Saúde e Educação*, 12(25), 295–307.
26. ROMANINI, Moisés. *Narrativas do Desassossego: do re-en-colhimento às práticas de acolhimento aos usuários de drogas na rede de atenção psicossocial de Porto Alegre/RS*. 2016.
27. TRAVASSOS C, MARTINS M. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):S190-S198.