



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARÍLIA MOURA DE CASTRO

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: LIMITES E POSSIBILIDADES DE UMA
PRÁTICA EM COMUM**

João Pessoa/PB
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARÍLIA MOURA DE CASTRO

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: LIMITES E POSSIBILIDADES DE UMA
PRÁTICA EM COMUM**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado ao Programa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede
Nordeste de Formação em Saúde da Família, da
Universidade Federal da Paraíba.

Linha de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Anna Luiza Castro
Gomes

João Pessoa/PB
2016

C355s Castro, Marília Moura de.
Saúde mental na atenção básica: limites e possibilidades
de uma prática em comum / Marília Moura de Castro.- João
Pessoa, 2016.
128f.
Orientadora: Anna Luiza Castro Gomes
Trabalho de Conclusão (Mestrado) - UFPB/Rede Nordeste
de Formação em Saúde da Família
1. Saúde mental. 2. Saúde da família. 3. Estratégia Saúde
da Família (ESF). 4. Atenção psicossocial.

UFPB/BC

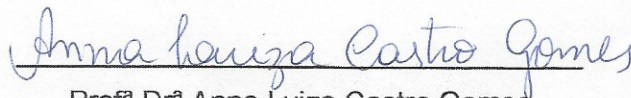
CDU: 616.86(043)

MARÍLIA MOURA DE CASTRO

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: LIMITES E POSSIBILIDADES DE
UMA PRÁTICA EM COMUM

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentando à banca defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de
Formação em Saúde da Família, da
Universidade Federal da Paraíba.

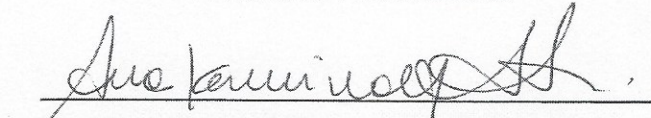
Banca examinadora:



Profª Drª Anna Luiza Castro Gomes

Universidade Federal da Paraíba

Presidente / Orientadora



Profª Drª Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Examinadora Externa



Profª Drª Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Universidade Federal da Paraíba

Examinadora Interna

Aprovada em 31 de OUTUBRO de 2016.

João Pessoa/PB.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas fazem parte desse mestrado, da construção dessa primeira turma, cheia de desejos, de anseios e expectativas. Aos meus colegas de turma pelas “levezas” dos encontros e das partilhas presentes até o final. A todos os professores, em especial à Franklin e Altamira (“Lindinho” e “Lindinha”), que conduziram o curso de forma democrática e acolhedora em todos os momentos.

Agradeço a minha orientadora Anna Luiza que sempre acreditou no meu potencial, incentivando meus caminhos na saúde mental e que conduziu a orientação de uma forma que possibilitou a concretização desse trabalho, respeitando, sempre, os meus posicionamentos e acolhendo as minhas angústias sempre que foi preciso.

Agradeço aos meus colegas do NASF, em especial aos “Dinos do DSIII”, que compartilharam comigo as angústias e as alegrias de ser apoiador e que “no centro da própria engrenagem inventavam a contra-mola que resiste”.

Agradeço aos profissionais do CRMIPD lugar que “por acaso” cheguei para trabalhar e que hoje tenho imenso carinho e reconheço o sentido de estar ali. Obrigada por reconhecerem a minha importância no serviço, lamentando minhas ausências, mas entendendo e permitindo que elas fossem sempre possíveis.

Agradeço aos meus queridos amigos da T.L.U.F, pelo nosso encontro no curso de Psicologia e por me fazerem acreditar que existem pessoas que nunca sairão de nossas vidas, hoje cada um em uma cidade diferente, mas sempre conectados um com o outro.

Agradeço à minha mãe e aos meus irmãos pela paciência em entender minhas ausências em alguns momentos, assim como pelos debates em família sobre indagações que atravessam a minha prática, importantíssimos para as minhas construções pessoais.

Agradeço a meu esposo, meu companheiro de todas as horas, pela parceria na vida e na saúde mental, campo que escolhemos e que nos encontramos, onde compartilhamos nossos anseios e nossas descobertas, muitas vezes “varando a madrugada” com nossas demandas, mas sempre em companhia um do outro. Obrigada, amor, por escolher e permanecer estar ao meu lado na militância que nos une e no amor que nos transforma todos os dias.

Agradeço ao meu filho, Kalil, que ao iniciar esse curso tinha apenas 6 meses de idade, me causando diversos medos e inseguranças para conseguir conciliar meu papel de mãe e de mestranda, mas me mostrou que mesmo com as ausências temos conseguido construir momentos nossos e conseguimos chegar até aqui. Meu amor maior!

Agradeço a todos os trabalhadores e usuários que atravessaram minha experiência enquanto trabalhadora do SUS que tanto me ensinaram a conduzir minha prática de forma respeitosa e implicada com a realidade.

“O motivo que me impulsionou é muito simples. Para alguns, espero que ele baste por si só. É a curiosidade, o único tipo de curiosidade que, de qualquer forma, vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que busca se assimilar ao que convém conhecer, mas a que permite desprender-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ela apenas garantisse a aquisição de conhecimento, e não, de uma certa maneira e tanto quanto possível, o extravio daquele que conhece? Há momentos na vida em que a questão de saber se é possível pensar de forma diferente da que se pensa e perceber de forma diferente da que se vê é indispensável para continuar a ver ou a refletir”.
(FOUCAULT, 2004, p. 196).

RESUMO

O processo de mudança na atenção à saúde mental no Brasil foi intensificado na década de 90 dando início ao que se chamou de movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo como principal foco a reorientação de um novo modelo de cuidado em saúde mental e um novo lugar social para a loucura. Esta nova lógica operante na saúde mental possibilitou a alteração do paradigma psiquiátrico para o paradigma Psicossocial, representando um avanço político, técnico e ideológico. Partindo dessa mudança de paradigmas e da reorientação das práticas, os investimentos em práticas comunitárias têm sido considerados prioridade para as políticas públicas de saúde que estabelecem o âmbito da atenção básica como cenário para a implementação dos princípios do SUS e da RPB. Dentro desta perspectiva operam os serviços de atenção básica do SUS, representados pela Estratégia Saúde da Família (ESF). O fato de as equipes da ESF estarem inseridas nos territórios potencializa a atuação terapêutica dos profissionais no que diz respeito ao cuidado dos usuários, por sua proximidade com as famílias. O presente estudo teve como objetivo analisar as estratégias de cuidado em saúde mental realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa/PB. Caracteriza-se como do tipo pesquisa-ação objetivando a prática e o conhecimento para a resolução de problemas e de propostas de ações que auxiliem os atores na sua atividade transformadora. Teve como cenário uma equipe de saúde da família do município de João Pessoa/PB, na qual foram realizados com os profissionais dessa equipe os seguintes procedimentos para coleta de dados: grupo focal, visitas, oficina de trabalho, variando o número de participantes para cada atividade. Para o tratamento dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo. Foi percebido que os profissionais se utilizam de várias estratégias para lidar com as demandas de saúde mental do território, são elas: PTS, Genograma, escuta, vínculo, acolhimento, visita domiciliar, desmedicalização, etc. Entre as estratégias de maior potencial da equipe estão: a escuta, o PTS, o apoio do NASF. Também foram identificadas dificuldades na realização do cuidado em saúde mental como falta de capacitação, excesso de demanda e fragilidade na rede de atenção à saúde. Assim, podemos dizer que a ESF possui grande potencial para lidar com as demandas de saúde mental do território, no entanto, ainda persistem diversos limites nessa prática, sendo necessário não só a oferta de cursos e qualificações pontuais, mas a realização de um processo permanente de construção de um cuidado pautado na lógica da desinstitucionalização, na autonomia dos sujeitos e na produção de vida das pessoas.

Palavras-chave: saúde mental, estratégia saúde da família, atenção psicossocial.

ABSTRACT

The changes in the attention to mental health in Brazil was intensified in the 90s when it started the movement of Brazilian Psychiatric reform which has a reorientation of a new caring model and a new social place for madness as its main focus. This new logic in mental health allowed the change of Psychiatric paradigm to the psychosocial paradigm. This represents a political, technological and ideological breakthrough. From this paradigm shift and practices reorientation, investments in community practices have been considered a priority for public health policies that establish the scope of primary care as the setting for the implementation of the principles of SUS and RPB. From this perspective operate the primary care services in SUS, represented by the *Estratégia Saúde da Família* (ESF). The fact that the ESF teams are entered in the territories increases the therapeutic work of professionals with regard to attention to users, for its proximity to the families. This study aimed at analyzing the care strategies carried out by mental health professionals of the *Estratégia Saúde da Família* (ESF) in João Pessoa/PB. It is characterized as an action-research aiming at the practice and knowledge to solve problems and the proposed actions to assist the ones involved in their transformative activity. The study took place at a health team in João Pessoa / PB, where it was conducted with those professionals the following procedures for data collection: focus groups, visits, workshop, varying the number of participants for each activity. For the data analysis it was done content Analysis. It was found that professionals use various strategies to cope with the demands of mental health of the territory, specifically: PTS, Genogram, listening, bonding, welcoming, home visits, desmedicalization, etc. The strategies with highest potential in the team were: listening, PTS, NASF support. Some difficulties in realizing the care in mental health were identified such as: the lack of training, excess in the demand and weakness in the health care network. That way, we can conclude that ESF has great potential to deal with mental health demands, however there are still many limits to this practice, being necessary to offer courses and qualifications as well as the completion of an ongoing process of building a care guided by the logic of deinstitutionalization, the autonomy of the subjects and in their lives.

Keywords: mental health, *Estratégia Saúde da Família*, psychosocial attention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 A construção da loucura como doença mental: o nascimento do modelo manicomial e as primeiras instituições psiquiátricas no Brasil.....	15
2.2 A política de saúde mental no Brasil e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	19
2.3 Saúde Mental e Saúde da Família: o cuidado se dá "onde a vida acontece".....	25
2.4 Atenção Psicossocial: do termo à utilização do conceito no campo da saúde mental.....	31
2.5 A clínica ampliada na atenção básica.....	35
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	39
3.1 Tipo de pesquisa.....	39
3.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	42
3.3 Local e cenário da pesquisa.....	45
3.4 Coleta de dados.....	46
3.4.1 Realizando o Grupo Focal.....	48
3.4.2 Oficina de Trabalho - planejamento e intervenção.....	50
3.5 Análise dos dados	54
3.6 Questões éticas da pesquisa.....	55
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
4.1 Estratégias de cuidado em saúde mental realizadas pelos profissionais na ESF....	56
4.2 Potencialidades na realização do cuidado em saúde mental na ESF.....	67
4.3 Dificuldades na realização do cuidado em saúde mental na ESF.....	79
4.4 Oficina de Trabalho - "Saúde mental na atenção básica: construindo nossa rede de cuidados"	100
5 CONSIDERAÇÕES "INCONCLUSAS"	110

REFERÊNCIAS	115
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	123
APÊNDICE B - FICHA DE PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	124
APÊNDICE C – CASOS CLÍNICOS.....	125
APÊNDICE D – ROTEIRO DE DEBATE DO GRUPO FOCAL.....	126
APÊNDICE E – ROTEIRO DA OFICINA DE TRABALHO.....	128

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PASM	Pronto Atendimento em Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a organização dos serviços de saúde foi profundamente marcada pela individualização e pela fragmentação do cuidado. O cuidado em saúde mental era exclusivamente pautado em um modelo biomédico que tinha os hospitais psiquiátricos como os locais de referência para o tratamento das demandas desse campo. A partir de experiências internacionais de reformas psiquiátricas (França, Estados Unidos e Itália) e de reivindicações de trabalhadores e familiares dos serviços de saúde mental, organizados no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), foram propostas várias mudanças no contexto dos serviços de saúde mental com vistas à superação do modelo psiquiátrico tradicional e, concomitantemente, à construção de uma rede de serviços e dispositivos de cuidados territoriais e comunitários.

Esse processo de luta pela mudança na atenção à saúde mental no Brasil foi intensificado na década de 1990 através do movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que tem como principal foco a reorientação do modelo de cuidado em saúde mental e a construção de um novo lugar social para a loucura. Nesse enfoque, a Coordenação Nacional de Saúde Mental considera a RPB como

um processo político e social complexo, composto de atores, de instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005, p. 6).

De acordo com Amarante (2007), a RPB é uma consequência natural de uma transformação da própria ciência, pois ela provocou um rompimento no modelo teórico-conceitual vigente e a criação do campo da saúde mental e da atenção psicossocial, através de transformações e inovações que contribuíram para a construção de um novo lugar social para a loucura. Essa nova lógica operante na saúde mental tem possibilitado a progressiva substituição do paradigma psiquiátrico pelo paradigma psicossocial, representando um avanço político, técnico e ideológico, que permitiu, segundo Costa-

Rosa (2000), emergir um novo modo de operar a prática social através de uma clínica específica focada no sujeito em sofrimento.

Partindo dessa possível superação paradigmática, que implica em uma transformação da práxis em saúde mental e requer os investimentos em práticas comunitárias, a Atenção Básica (AB) se coloca como importante cenário para a implementação dos princípios do SUS e da RPB. Nessa conjuntura, cabe à AB desenvolver práticas de cuidado e de gestão democrática e participativa através do trabalho em equipe, assumindo a responsabilidade sanitária pelas populações de territórios definidos. Os serviços da AB são considerados a porta de entrada preferencial dos usuários na Rede de Atenção à Saúde e, portanto, devem acolher as demandas de saúde e sofrimento, levando em consideração critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência na busca pela atenção integral próximo da vida das pessoas (BRASIL, 2015).

Para atender a esse perfil, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) que assumiu a responsabilidade pela reorganização, expansão, qualificação e consolidação da atenção básica de modo a ampliar a resolutividade das ações de saúde, atuando através de equipes multiprofissionais “perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem” (BRASIL, 2015, p. 9). Partindo do princípio de que as comunidades podem se constituir enquanto um recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2013), essa aproximação com as famílias potencializa a atuação terapêutica dos profissionais da ESF, na medida em que esses realizam cotidianamente a escuta do sofrimento dos usuários. Dessa forma, a saúde e a saúde mental se articulam de tal modo que acabam por fundir-se, como afirmou Lancetti (2009), unindo-se os dois campos através de uma prática em comum.

Apesar das equipes da ESF estarem mais próximas ao contexto de vida e de saúde das pessoas, muitas das situações de saúde mental não alcançam êxito em sua resolutividade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), uma em cada quatro pessoas desenvolve alguma enfermidade psíquica em algum momento da vida, mas em países em desenvolvimento, como o Brasil, 90% desses casos não tem recebido tratamento adequado. Outro importante dado da OMS (2001) aponta ainda que 80% dos usuários que são encaminhados a serviços especializados em saúde mental não trazem, *a priori*, uma demanda específica que justifique a necessidade dessa atenção. Para

Dimenstein, Lima e Macedo (2013), grande parte dessa demanda se caracteriza por situações que podem ser resolvidas através de intervenções precoces e cuidados primários que evitam encaminhamentos desnecessários, tais como transtornos mentais leves, necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, o uso inadequado de psicotrópicos, cárceres privados, entre outros.

Diversos estudos evidenciam uma realidade que pode esclarecer a existência dos dados citados anteriormente. Dimenstein, Lima e Macedo (2013) apontam pesquisas realizadas na área de saúde mental na atenção básica (ANDRADE *et al.*, 2009; JUCÁ, NUNES; BARRETO, 2009; SILVEIRA, 2009) que identificaram as necessidades das equipes da ESF em ter um suporte técnico e afetivo para realizar os cuidados primários em saúde mental dos usuários. De acordo com os estudos, esse suporte deve atuar na detecção e intervenção precoce dos casos de saúde mental, no apoio às situações de crise, assim como através da articulação da rede de serviços especializados de saúde mental como CAPS, ambulatórios, etc.

Pesquisadores como Gama e Onocko Campos (2009) e Paulon e Neves (2013) realizaram estudos bibliográficos da produção científica na área de saúde mental na AB que corroboraram com resultados semelhantes. Além de identificar a escassez dessa produção em alguns períodos (1997 a 2007), constataram também que as pesquisas mostravam experiências incipientes de saúde mental que não possibilitavam uma articulação expressiva em nível nacional, destacando apenas momentos pontuais realizados na USF. Os autores identificaram também relatos constantes sobre a falta de diretrizes práticas para guiar as ações, profissionais que se declararam despreparados tecnicamente para lidar com as demandas do campo da saúde mental, assim como o aumento de demanda por suporte técnico como supervisões, capacitações, etc.

Apesar das dificuldades apontadas por esses estudos, é importante reconhecer que as equipes de saúde da família têm demonstrado um grande potencial para a resolutividade dos casos de saúde mental, através da busca ativa de usuários, do trabalho em equipe, da aproximação com as famílias acompanhadas, do vínculo estabelecido no território, entre outras práticas de cuidado que são potencialmente geradoras de vida para as pessoas que buscam suprir alguma necessidade através da atenção básica (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013).

Por meio da experiência profissional da pesquisadora enquanto psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Assessora Técnica da Coordenação de Saúde Mental do município de João Pessoa/PB, foram constatadas situações semelhantes aos resultados apontados pelas pesquisas mencionadas: dificuldades dos profissionais para lidar com as situações de saúde mental, encaminhamentos desnecessários para serviços especializados, assim como demandas por qualificações na área. Partindo das experiências citadas, assim como através de estudos realizados pela pesquisadora sobre o tema, foi possível elaborar alguns questionamentos: como vem sendo realizado o cuidado em saúde mental na ESF em João Pessoa-PB? Quais são as potencialidades e dificuldades dos profissionais para a realização desse cuidado? Como intervir no processo de trabalho da ESF de forma a construir com os profissionais uma possibilidade de melhoria do cuidado em saúde mental oferecido a comunidade?

Considerando a política de saúde mental vigente, que busca consolidar a rede de serviços substitutivos, extinguir as instituições manicomiais e promover um novo lugar social para a loucura, assim como as experiências da pesquisadora nesse campo, o presente estudo tem como objetivo analisar as estratégias de cuidado em saúde mental realizadas pelos profissionais da ESF do município de João Pessoa/PB. Para isso, procurou-se identificar essas ações/estratégias, analisar as dificuldades e as potencialidades enfrentadas pela ESF investigada e promover uma intervenção na realidade identificada de modo a contribuir para a melhoria do cuidado em saúde mental realizado nesta ESF.

Este trabalho defende o pressuposto de que o cuidado em saúde mental é realizado cotidianamente pelas equipes da ESF, mesmo que não haja o seu reconhecimento ou não se tenha o suporte necessário para a sua realização. Neste sentido, o que se pretendeu não foi trazer para a atenção básica algo distante de sua realidade, nem tampouco produzir conhecimentos em detrimento de outros, deslocando-se da realidade vivenciada e excluindo as potencialidades do que já vem sendo construído, mas colaborar com o trabalho que já vem sendo realizado de forma a ampliar a capacidade de produção de cuidado em saúde mental realizada pela equipe de saúde da família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A construção da loucura como doença mental: o nascimento do modelo manicomial e as primeiras instituições psiquiátricas no Brasil

*“E aqueles que foram vistos dançando foram julgados insanos por aqueles que não podiam escutar a música”.
(Friederich Nietzsche)*

Diversos autores relatam sobre o nascimento da instituição psiquiátrica clássica a partir de estudos que versam sobre as práticas médicas de intervenção sobre o fenômeno da loucura. Mas, não podemos deixar de iniciar esse percurso destacando as teorias do filósofo Michel Foucault e suas severas críticas sobre as relações entre poder e conhecimento que fundamentam o campo da saúde mental.

Na obra *História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault (1978), historiciza a loucura a partir da crítica ao saber psiquiátrico e seus dispositivos de controle disciplinar e aponta que antes do século XVII, essa condição tinha outra percepção social: era considerada um comportamento polimorfo e múltiplo, utilizado em espetáculos bizarros que expunham à sociedade indivíduos estranhos, excêntricos, personagens literários, etc. Naquela época, a loucura circulava nas ruas provocando medo e fascínio, mas não havia ainda sobre a mesma a culpa moral que a levou, posteriormente, ao encarceramento (TORRE; AMARANTE, 2012).

A partir da necessidade de impor ordem pública, através da eliminação das desordens nas condutas dos indivíduos, surgiu uma nova forma de exclusão que Foucault denominou de “O Grande Enclausuramento” ou “A Grande Internação”. Assim, foram criados espaços destinados a toda e qualquer pessoa que fugisse à “ordem”, como era o caso de prostitutas, pessoas com doenças venéreas, mendigos, andarilhos, loucos e ladrões: o Hospital. No entanto, ainda não havia uma relação da loucura com a doença, mas era uma questão da sociedade com ela própria (TORRE; AMARANTE, 2012).

A partir desse momento, o Hospital Geral passou a ser dominado por autoridades judiciárias sendo administrados por diretores nomeados por toda uma vida, os quais detinham o poder não só dentro daquela instituição, mas também exerciam um poder

absoluto sobre toda a cidade através dos indivíduos que dependiam ou poderiam depender de seu poder jurídico (FOUCAULT, 1978). Neste sentido, Foucault (1978, p. 50) define o Hospital Geral como

uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. [...] Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão.

O novo papel atribuído ao Hospital provocou uma grande transição em que o “hospital de caridade” ao assumir funções sociais e políticas se transformou em uma instituição médica, ou como nos diz Amarante (2010, p. 25): “o hospital foi medicalizado”. A partir disso, muitos internos que estavam encarcerados devido ao Antigo Regime foram libertados, ao mesmo tempo em que novas instituições foram criadas pelo Estado Republicano como orfanatos, reformatórios, casas de correção, etc. O Hospital tornou-se, rapidamente, um laboratório de pesquisas médicas que permitia aos médicos agrupar as doenças e assim observar no dia-a-dia a sua evolução, produzindo um saber sobre as doenças, mas que, em contrapartida, eram doenças institucionalizadas, ou seja, modificadas pelo processo de institucionalização, produzida e transformada pela própria intervenção médica (AMARANTE, 2010).

É nesse contexto, no qual o médico havia se tornado o personagem principal destituindo do poder do hospital a filantropia e o clero, que o médico Phillipe Pinel iniciou suas intervenções no Hospital Geral de Paris e assim, ficou conhecido como o pai da psiquiatria. Pinel acreditava na observação empírica dos fenômenos e ao iniciar diversas inovações na prática dos hospitais, lançou as bases do que ficou conhecido como a “síntese alienista”. Ele organizou a primeira classificação das enfermidades mentais, definiu o conceito de alienação mental e, conseqüentemente da profissão do alienista. Foi o primeiro a utilizar um modelo de terapêutica ao introduzir o tratamento moral para os alienados e fundou os primeiros hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2010).

Amarante (2010) traz a reflexão de que as inovações de Pinel realizadas nas instituições podem nos dar a ilusão de que os loucos estavam livres das amarras do

hospital e de suas diversas formas de violência, mas na medida em que a instituição deixou de ser um espaço da assistência social e se tornou uma instituição da medicina, os loucos permaneceram institucionalizados, não mais por questões de caridade ou ordem social, mas agora por um imperativo terapêutico. Naquela mesma época, Esquirol, citado por Amarante (2010, p. 35), lista as cinco principais funções do hospital psiquiátrico, são elas: garantir a segurança pessoal do louco e de duas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas experiências pessoais; submetê-los a um regime médico e por último, impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais. A concepção de Esquirol revela como a questão da periculosidade do louco se sobressaía em relação às funções terapêuticas e como o isolamento social e o tratamento moral eram considerados pontos centrais da recuperação dos alienados.

No Brasil, a loucura foi ignorada socialmente por quase trezentos anos e somente começou a ser objeto de intervenção do Estado no início do século XIX, a partir da chegada da Família Real. O país vivia um período de consolidação da independência e de sua modernização e os loucos eram considerados como uma ameaça à ordem pública. Eles não podiam mais transitar livremente pelas ruas e eram isolados da sociedade nas Santas Casas de Misericórdias, locais com péssimas condições de sobrevivência (FONTE, 2011). As Santas Casas de Misericórdias nasceram dessa necessidade de retirar os loucos do espaço urbano, mas, no decorrer do tempo ficaram inadequadas às demandas que levou à criação dos primeiros hospitais psiquiátricos no Brasil (JORGE, 1997).

Assim, em 05 de dezembro de 1852, na cidade do Rio de Janeiro, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, o Hospício Pedro II, em homenagem ao então imperador do Brasil. Nele foram abrigados os loucos recolhidos pela Santa Casa, afastados do centro urbano da cidade e em condições impróprias (JORGE, 1997). Inspirado no modelo asilar francês elaborado por Pinel e Esquirol, o isolamento foi a característica básica do tratamento dado no Hospício Pedro II, sendo o próprio hospício o responsável por realizar a transformação dos recolhidos. O isolamento em relação a família era definido a depender de sua condição social. Para a família pobre ele era indispensável e prioritário, pois não era possível manter seu familiar louco em segurança e em tratamento. Já para as famílias ricas não havia a imposição do isolamento social,

pois se quisessem manter seu enfermo junto a elas era possível reproduzir um hospício em sua própria residência, mesmo que isso trouxesse algumas limitações (MACHADO, 1978, apud JORGE, 1997).

Para Yasui (2010), desde a inauguração do Hospício Pedro II até os anos setenta do século XX, iniciou-se uma série de internações psiquiátricas de forma compulsória nos hospitais públicos, dando início a “mercantilização da loucura” a partir dos convênios criados com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967. O INPS contratava clínicas para realizar assistência médica apenas para trabalhadores registrados que contribuía mensalmente com o Instituto. A partir desse período, os hospitais do Ministério da Saúde passaram a atender prioritariamente este tipo de público e a psiquiatria passou a ser um negócio bastante lucrativo, aumentando, assim, significativamente o número de internações psiquiátricas.

Para termos uma ideia do que acontecia naquela época Cerqueira (1984, apud YASUI, 2010, p. 28) nos aponta os seguintes dados: em 1941 existiam 3.034 leitos privados na assistência psiquiátrica. Em menos de quarenta anos, observou-se um crescimento de quase vinte vezes esse número: em 1978 passou-se a ter 78.273 leitos privados. Em contrapartida, não houve alteração significativa no número de leitos oficiais durante o período citado. Outra informação importante, citada pelo autor, diz respeito ao tempo médio de permanência dos pacientes nesses hospitais que era sempre acima de noventa dias, o que favorecia a institucionalização dos mesmos. O perfil desses pacientes começava a mudar também, surgindo patologias cuja internação psiquiátrica era questionável como os alcoolistas e os casos de neuroses.

Na década de 1970, diversos setores e movimentos sociais organizados da sociedade brasileira se mobilizaram e deram início ao processo de luta pela redemocratização do país. Reconhecendo o período de recessão econômica e as desigualdades sociais, reivindicavam a mudança no modelo da assistência em saúde e em saúde mental. Para Jorge (1999), nessa época a economia beirava a recessão, o que induziu a uma crise previdenciária conduzindo o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social a um processo de reformulação de sua política de saúde. É neste contexto que começaram a surgir diversas denúncias e mobilizações em prol da construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.2 A Política de Saúde Mental no Brasil e a Reforma Psiquiátrica Brasileira

“Não é segurando nas asas que se ajuda um pássaro a voar. O pássaro voa simplesmente porque o deixam ser pássaro”.
(Mia Couto, 2009)

No Brasil, o início das mudanças na assistência psiquiátrica foi inspirado nos movimentos e discussões ocorridas no mundo inteiro, que propunham entre outras coisas, a superação do hospital psiquiátrico como serviço exclusivo de atenção em saúde mental e sua substituição progressiva por uma rede de dispositivos de cuidados na comunidade. Dentre esses movimentos destacam-se a Reforma Psiquiátrica Italiana (psiquiatria democrática), cujo maior expoente foi o psiquiatra Franco Basaglia, e a Reforma Psiquiátrica na França (psiquiatria de setor).

Franco Basaglia a partir de suas experiências e observações em alguns hospitais psiquiátricos da Itália, França e Estados Unidos fez ressurgir diversas discussões que tratavam da *desinstitucionalização* das pessoas consideradas loucas e da humanização do tratamento das mesmas, com o objetivo de promover a reinserção social. Essas discussões serviram de marco referencial para a Reforma Psiquiátrica Brasileira através da Lei 180 (Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana) que trazia, entre outras questões, a valorização dos direitos de cidadania das pessoas consideradas loucas oferecendo-lhes alternativas de cuidado à saúde na própria comunidade.

Neste sentido, Rotelli (1990) traz o conceito de *desinstitucionalização* como um processo social complexo que tinha como prioridade a mudança do paradigma racionalista, que trazia a noção de “doença” e de “cura”, por um paradigma de reconstrução que substituíria essa busca pela cura pelo foco no sujeito em questão, considerando suas complexidades e sua inserção dentro de um contexto social. Seria o processo que Basaglia (2005, p. 47) chamou de “colocar entre parênteses a doença mental”, sendo necessário, para isso, desmontar a cultura e a estrutura psiquiátrica que sustenta a loucura separando-a da existência do sujeito, trazendo novas possibilidades de construção de outros papéis sociais.

Para Amarante (1994), a *desinstitucionalização* deve buscar a desconstrução de técnicas e conceitos centrados na doença a fim de estabelecer novas concepções de

saúde que tornem a necessidade do manicômio obsoleta. O autor compreende esse processo como uma desconstrução de saberes, de práticas e discursos que reduzem a loucura, a doença mental e reforçam a necessidade da instituição hospitalar.

Lobosque (2001) aponta que os três grandes obstáculos que dificultaram o processo de avanço da RPB foram os preconceitos sociais, fortemente enraizados na cultura, a resistência dos setores *psi* que tenderam a encarar as transformações efetivas da situação como algo que feriam os princípios da ciência e da técnica e a indústria da loucura que produziu um processo de mercantilização da saúde e medicalização do cuidado.

Um acontecimento marcante para o processo de RPB foi a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde e a organização do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), no final da década de 1970. Em 1978, no Rio de Janeiro, profissionais de quatro unidades da DINSAM realizaram uma greve que durou oito meses, fato que causou destaque, inclusive na imprensa nacional (AMARANTE, 2000).

Em relação ao MTSM esse era formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. A partir de suas variadas lutas esse movimento passou a protagonizar e a construir nesse período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, além de construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

É necessário destacar aqui o ano de 1987, que serviu de palco para diversos acontecimentos que impulsionaram o avanço das discussões sobre a superação do modelo de saúde mental vigente. Em junho do referido ano, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, na qual o MTSM decidiu rever suas estratégias e repensar seus princípios, surgindo assim, o Movimento da Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Outro evento importante foi o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP), no qual foi lançado o lema 'Por uma

Sociedade sem Manicômios', e estabelecido o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial.

Naquele mesmo ano, em 1987, ocorreu a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo. O local onde funcionava um setor administrativo da Coordenadoria Estadual de Saúde Mental sofreu algumas transformações e passou a acolher egressos de hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento intensivo, de forma a evitar internações psiquiátricas, convergindo com a nova filosofia de atendimento que norteava as questões de saúde mental na época (BRASIL, 2004).

Em 1989, ocorreu o processo de intervenção em um hospital psiquiátrico da cidade de Santos (SP), a Casa de Saúde Anchieta, motivado por denúncias que foram logo comprovadas, entre elas: mortes, superlotação, abandono e maus-tratos, que levaram à desapropriação por razões de utilidade pública e uma série de ações que extinguiram o manicômio da cidade. Após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, foram implantados no município, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) - que funcionavam 24 horas e foram criadas cooperativas e residências para os egressos do hospital e associações. A experiência de Santos constitui um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, na medida em que foi a primeira demonstração, com grande repercussão, de que esse processo não se tratava apenas de uma retórica, mas era possível (BRASIL, 2005).

Ainda em 1989, o projeto de Lei Nº. 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, que defendia a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, deu entrada no Congresso Nacional. Esse projeto sofreu bastantes modificações até ser finalmente aprovado em 2001, ou seja, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. A partir dele iniciaram-se as lutas do movimento pela Reforma Psiquiátrica no campo legislativo e no normativo (BRASIL, 2005).

Durante a década de 1990, passaram a entrar em vigor no Brasil as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras regras para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Elas foram baseadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e nos Hospitais-dia. Outros eventos que contribuíram para a mudança no cenário brasileiro foram: a assinatura da

Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992. De acordo com o relatório final desta Conferência, foram definidas a atenção integral e a cidadania como marco conceitual da Reforma Psiquiátrica e recomendados a adoção dos conceitos de “território” e de “responsabilidade” no modelo de atenção à saúde mental. A aposta era que esta mudança levaria a uma forma de ruptura com o modelo hospitalocêntrico segregador, garantiria os direitos dos usuários à assistência e à recusa do tratamento, assim como garantiria que o serviço iria cumprir com as responsabilidades de seu tratamento (BRASIL, 2005).

Cabe lembrar que um dos objetivos específicos da Reforma Psiquiátrica é a substituição do modelo de atendimento centrado na hospitalização e no isolamento por uma atenção integrada ao indivíduo no seu local de domicílio, em seu *território*. Segundo Mendes (1995), esse não é entendido apenas segundo critérios geográficos e espaciais de limite (bairro, região da cidade onde se mora, setor ou comunidade). É, sobretudo, o lugar social onde os indivíduos tecem suas referências de vida, dominam os códigos segundo os quais montam sua rede de relações sociais. Assim, de acordo com o autor, o território é visto como:

[...] um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução. Portanto, a concepção de território-processo transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos (MENDES, 1995, p. 166).

Para Santos (2002), o “*território*” é o lugar onde a vida acontece, configurando-se pelas técnicas, pelos meios de produção, pelos objetos e coisas, pelo conjunto territorial e pela dialética do próprio espaço. O autor considera que é o uso do território, e não o território em si, que faz dele um objeto de análise social. Portanto, trata-se de um conceito que requer constantes revisões históricas. De acordo com o autor, vivenciamos um movimento de alargamento das fronteiras das teorias, o que permite compreender o território a partir de diversos pontos de vista.

Segundo Faria e Bortolozzi (2009) a reflexão sobre território na Saúde Pública ainda é muito incipiente, pois pouco se tem utilizado dessa categoria como possibilidade de ações adequadas em saúde, sobretudo relacionadas ao planejamento. Segundo os autores, é comum nos depararmos nas Unidades de Saúde com mapas figurativos da área de atuação da equipe, mas que pouco representa para a efetividade do trabalho. Uma boa gestão territorial que irá definir a eficácia dos programas de saúde pública é para Santos (1998), uma gestão que garante o acesso aos bens e serviços básicos para uma boa qualidade de vida. Neste sentido, podemos dizer que a gestão do território deve supor ações integradas que contemplem a educação, saúde, moradia, saneamento básico, transporte, entre outros, exigindo assim um trabalho interdisciplinar que busque uma nova abordagem territorial em saúde, que contemple múltiplos olhares. Desse modo, as relações sociais, os fluxos, os conflitos produzem territórios e territorialidades das mais diversificadas.

No ano de 2001, foi realizada em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental que trouxe inúmeras contribuições para a política de saúde mental e consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo. Os CAPS passaram a ser considerados pontos estratégicos para a mudança do modelo de assistência, assim como se defendeu a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, garantindo assim um grande avanço político no que diz respeito às necessidades desse público nunca antes visto como prioritário nas políticas de atenção.

Ainda nesse ano, o projeto de Lei Paulo Delgado foi aprovado (com restrições) como a Lei Nº 10.216 que é considerada como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Ela “dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, p.2). Apesar das modificações e artigos vetados, a Lei 10.216 trouxe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e a política de saúde mental do governo federal ganhou maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

A partir de então, o Ministério da Saúde criou linhas específicas de financiamento para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, desenvolveu novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país e intensificou o processo de *desinstitucionalização* com a criação do Programa de “De Volta

para Casa”, que favorecia o retorno ao convívio familiar e comunitário de diversas pessoas com longo período de internação. A rede de atenção diária à saúde mental começou a alcançar regiões nas quais a assistência comunitária era quase inexistente, com grande tradição hospitalar, e experimenta uma importante expansão de serviços abertos e comunitários. Também após a Lei 10.216, foi construída uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica e traçada uma política para o problema do uso abusivo de álcool e outras drogas, tendo a estratégia de redução de danos como norteadora (BRASIL, 2005).

Somente em 2010, ou seja, após nove anos da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial que introduziu a discussão da intersetorialidade na saúde mental, evidenciando o crescimento da complexidade, da multidimensionalidade e da pluralidade das necessidades em saúde mental (BRASIL, 2011). O componente da intersetorialidade é uma marca histórica diferenciada das conferências ocorridas anteriormente, pois o tema requer a implicação de representantes de movimentos sociais e de setores além da saúde envolvidos com as políticas públicas (BRASIL, 2011).

Na atualidade, a política de saúde mental preconiza uma atenção comunitária e territorial onde se deve produzir um cuidado qualificado e contextualizado, evitando o afastamento dos sujeitos de sua família/comunidade, do seu trabalho, lazer, modos de vida. A partir desta diretriz, devem operar também os serviços de atenção básica do SUS, representados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que têm, dentre outras funções, a coordenação do cuidado aos usuários na rede de atenção à saúde/saúde mental.

2.3 Saúde da Família e Saúde Mental: o cuidado se dá “onde a vida acontece...”

A concepção de Milton Santos (2002) sobre território, traduzida na expressão “onde a vida acontece”, nos remete à reflexão sobre a complexidade inerente aos campos da saúde coletiva e da saúde mental, revelada nos cotidianos dos territórios vivenciados pelas equipes de saúde da família. Desta forma, podemos dizer que através dessa aproximação da vida das pessoas, os profissionais da Atenção Básica aproximam-se também da subjetividade delas proporcionando a realização do cuidado das questões de saúde mental sem que para isso seja necessário afastar os sujeitos do convívio comunitário.

Com todas as mudanças ocorridas na área da saúde, o hospital psiquiátrico saiu do centro da assistência à saúde mental, não sendo mais considerado como um lugar eficaz para o tratamento de pessoas com graves sofrimentos psíquicos, sendo assim o bairro, as famílias, as comunidades, o “território onde as pessoas existem” e as Unidades de Saúde da Família assumiram o papel estratégico na produção de cuidado em saúde/saúde mental dentro desse novo contexto/modelo (LANCETTI; AMARANTE, 2007, p. 615).

Para Lancetti (2010), os serviços da atenção básica operam através de uma “lógica invertida” da complexidade, pois na saúde em geral, procedimentos como o atendimento de diabéticos, orientações sobre aleitamento materno, etc, são considerados de baixa complexidade enquanto que cirurgias e exames especializados são considerados de alta complexidade porque são realizados em hospitais. Em relação à saúde mental essa lógica é invertida, pois quando o paciente está internado em um hospital os procedimentos se simplificam devido ao fato de que o sujeito está trancado e contido na grande maioria das vezes. Mas quando esse sujeito retorna ao seu território ele necessitará de um acompanhamento dos profissionais das equipes de saúde da família que, além de trabalhar articulados com outros serviços, deverão considerar o contexto sócio-econômico-cultural dos sujeitos e o modo como eles, a família e a comunidade lidam com os problemas de saúde mental.

Nesse enfoque, atender a uma crise, por exemplo, com recursos advindos da própria comunidade, com a unidade de saúde e os profissionais que atuam nela, é operar

em um território de altíssima complexidade. É neste sentido que a lógica de atenção à saúde se inverte, pois, quanto mais se atua nos territórios, onde a vida acontece, mais os procedimentos se tornam complexos (LANCETTI, 2010).

Neste sentido, podemos considerar a saúde mental como um eixo da Estratégia Saúde da Família, visto que os profissionais que operam na Atenção Básica começam a ser convocados a intervir nos processos de cuidado das pessoas em sofrimento mental, pois a proximidade com as famílias permite uma continuidade no acompanhamento que não é possível perceber em nenhuma outra modalidade de atenção. Essa proximidade, portanto, possibilita aos profissionais lidarem com o sofrimento humano, gerando em consequência disso angústias que, se não trabalhadas, podem transformar-se em carga insuportável para os mesmos (LANCETTI; AMARANTE, 2007).

Segundo os autores, as equipes de saúde da família adotam uma metodologia de trabalho sintonizada com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, pois desenvolvem estratégias fundamentais para as práticas de saúde mental:

A ESF é, por assim dizer, um Programa de Saúde Mental: há tratamento continuado, base pela qual os pacientes podem ressignificar seus sintomas e seus sofrimentos; pratica-se o acolhimento, que é uma maneira de escutar as pessoas e que é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de saúde mental; desenvolvem-se ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação e protagonismo político (LANCETTI; AMARANTE, 2007, p. 629).

Neste sentido, acredita-se que as intervenções em saúde mental se dão no dia a dia, no cotidiano das práticas das equipes de saúde da família, mesmo que muitas vezes não sejam percebidas. Dessa forma, o cuidado em saúde mental não é algo para além do trabalho que já vem sendo realizado na atenção básica, não sendo condição para a realização do mesmo ser especialista na área, mas incorporar a dimensão da saúde mental na prática de saúde intervindo sobre as questões do sofrimento psíquico relacionadas ao processo de adoecimento das pessoas (BRASIL, 2013).

Neste sentido, é preciso considerar que em todo problema de saúde existe um componente de sofrimento subjetivo associado que, inclusive, pode estar atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis pelas pessoas.

Partindo desta perspectiva, é possível afirmar que todo problema de saúde é também de saúde mental, não estando essa dissociada da saúde geral, sendo assim de extrema importância o reconhecimento dessa dimensão durante a realização do cuidado aos usuários acompanhados pelas equipes (BRASIL, 2013).

Para Vecchia e Martins (2009), uma questão relevante para a desinstitucionalização do cuidado às pessoas com sofrimento mental na atenção básica é a necessidade de reconhecimento institucionalmente legitimado da dimensão da subjetividade na abordagem do processo saúde-doença. Os autores apontam também a necessidade de problematização da implicação dos profissionais com a loucura e com a exclusão, além da avaliação crítica do lugar ocupado pela família dos usuários no processo de cuidado.

A inclusão das ações de saúde mental no âmbito Atenção Básica foi preconizada pelo Ministério da Saúde apenas a partir do ano de 2001, quando a Coordenação de Saúde Mental promoveu os seguintes eventos: em março de 2001 a “Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, em Abril de 2002 o “Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica” e em Julho de 2003 a “Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), intitulada “Desafios da integração com a rede básica”” (BRASIL, 2003).

A partir dos eventos citados a Coordenação Geral de Saúde Mental, em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, lançaram em 2003 um documento que apontava princípios e diretrizes da saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2003). Em relação aos princípios dessa articulação foram citadas: a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível dos mesmos e de seus familiares. No que diz respeito às diretrizes temos o apoio matricial em saúde mental às equipes da atenção básica, a formação em saúde mental para os profissionais da atenção básica como estratégia prioritária e a inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica.

Em relação ao apoio matricial às equipes, destaca-se a importância de um trabalho compartilhado, de suporte, que deverá ser desenvolvido pelos profissionais do NASF de forma a potencializar o manejo em saúde mental realizado pela Atenção Básica. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Quanto a formação orienta-se que sejam estimulados momentos de educação permanente e não apenas capacitações pontuais. Quanto aos sistemas de informação, devem-se incluir indicadores de saúde mental, baseados no conceito de território, problema e responsabilidade sanitária, para evitar a exclusão do cuidado de casos graves na atenção básica e seu encaminhamento para a institucionalização, fortalecendo assim o monitoramento do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2003).

Partindo desta perspectiva, o Ministério da Saúde elaborou o Caderno de Atenção Básica Nº34, publicado em 2013, com o tema “Saúde Mental”, no intuito de estimular e compartilhar os conhecimentos acumulados no cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Neste material, o Ministério da Saúde (2013) apresenta ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas, reconhecendo as práticas em saúde mental que já são realizadas no cotidiano dos profissionais. Para exemplificar possibilidades de atuação para as equipes de saúde da família, esse caderno traz as seguintes discussões: principais demandas em saúde mental, fatores de proteção e de risco em saúde mental, os planos de intervenção e os métodos de acompanhamento dos casos (BRASIL, 2013).

Uma questão importante discutida pelo Caderno Nº34, que também é um dos pontos-chaves deste estudo, diz respeito aos *Instrumentos de Intervenção Psicossocial na Atenção Básica*. O documento dedica um capítulo para discorrer sobre essas questões, trazendo a intervenção psicossocial como importante estratégia para produção do cuidado em saúde. Apresenta, assim, um “cardápio” de ações em saúde mental para a Atenção Básica, contemplando necessidades e demandas surgidas do território, tendo como perspectiva de cuidado o conceito ampliado de saúde e a integralidade (BRASIL, 2013).

Um dos instrumentos descritos é a técnica de trabalho com grupos, que se fundamenta nas concepções de sujeito-coletivo, atenção integral e produção de autonomia, de forma a promover saúde mental (BRASIL, 2013). Outro Instrumento de

Intervenção Psicossocial é a criação e fortalecimento de redes de cuidado e de redes de suporte social com o objetivo de produzir intersectorialidades e transversalidades de saberes, através da criação de espaços de reuniões, de educação permanente, colegiados, rodas de conversa, que envolvam atores da Atenção Básica, demais equipes de Saúde e de outros serviços do território (BRASIL, 2013).

A técnica de trabalho com grupos teve entre os seus principais idealizadores o médico psiquiatra suíço Enrique Pichon-Rivière, sendo sua prática influenciada principalmente pela Psicanálise e pela Psicologia Social. Pichon-Rivière passou sua vida na Argentina e foi lá, no Hospital de Las Mercedes em Buenos Aires, que começou a trabalhar com grupos ao observar a influência que o grupo de família exercia sobre seus pacientes, desenvolvendo, assim, a técnica de grupos operativos (BASTOS, 2010). O principal objetivo dessa técnica é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos participantes do processo, procurando também causar nesses uma crítica a realidade a partir de uma postura investigadora que possa fazer surgir mudanças de posicionamento e novas inquietações (RIVIÈRE, 2005).

O modelo de organização dos grupos na Atenção Básica tem como base as ações programáticas orientadas pelo Ministério da Saúde com foco nos grupos prioritários de doenças/agravos como hipertensão, diabetes, gestantes, idosos, etc. O objetivo desses grupos é gerar impactos nos indicadores de saúde a partir da educação em saúde realizada de profissional para usuário, o que pode acarretar na centralização do saber da instituição em detrimento do saber dos sujeitos, esgotando-se a possibilidade de diálogo e de autonomia entre os mesmos. Para isso, faz-se necessário que os grupos realizados nas Unidades de Saúde da Família atendam aos objetivos de atenção integral e promoção de autonomia dos usuários podendo, assim, promover impacto na saúde da população (BRASIL, 2005).

Outro Instrumento de Intervenção Psicossocial necessário para o trabalho na Atenção Básica é o fortalecimento da rede de cuidados, sendo essa estratégia fundamental para a realização do cuidado em saúde mental. Assim, faz-se necessário entender o conceito de rede e a sua utilização dentro do campo da saúde. Para Fleury e Ouverney (2007, p. 8), redes são “estruturas policêntricas envolvendo diferentes atores,

organizações ou nódulos vinculados entre si por meio do estabelecimento e manutenção de objetivos comuns e de uma dinâmica gerencial compatível e adequada”.

Segundo os autores citados, o fenômeno de rede se apresenta em variados campos de gerenciamento como redes de empresas, de apoio psicológico, de políticas, etc, mas, apesar dessa diversidade, existem em todas elas a necessidade de estabelecer um modelo gerencial que cumpra com os objetivos pré-estabelecidos (FLEURY; OUVENEY, 2007). Assim, o termo “rede” tem sido utilizado em diversos campos como a psicologia social, a sociologia, a administração de empresas, etc,

A psicologia social, por exemplo, define “rede” como o universo relacional de um sujeito, sendo esse universo as estruturas de apoio socioafetivo que cada um constrói para sua vida. Nessa abordagem, a ênfase é dada aos *vínculos* estabelecidos entre os diferentes atores da rede. Segundo Rovere (1998, apud FLEURY; OUVENEY, 2007, p. 20) “as redes são constituídas de pessoas, pois somente essas são capazes de se conectar e criar vínculos entre si, o que não ocorre com os cargos e as instituições”. Deste modo, sendo o social constituído de diversas redes de relacionamento pessoal e organizacional as relações pessoais passam a ser objeto de análise das redes sociais, considerando também a influência que cada sujeito sofre sobre suas ações devido a estrutura e a posição que o mesmo ocupa dentro dessa rede.

Assim, o Ministério da Saúde (2011) orienta que as ações de saúde mental devem seguir o modelo de atenção em *rede* de forma a garantir o cuidado integral aos usuários focado nos territórios e na garantia de seus direitos através do investimento na autonomia e no exercício de cidadania das pessoas. Para isso, foi adotado o termo Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que se refere ao conjunto de ações e serviços que devem atuar de forma integrada e articulada para atender as pessoas com necessidade de intervenções em saúde mental, álcool e outras drogas, em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011). Neste sentido, a RAPS deve atuar na perspectiva territorial, dando ênfase aos serviços de base comunitária, como a Atenção Básica, realizando a articulação entre os serviços e o estabelecimento de ações intersetoriais de forma a garantir o cuidado integral de acordo com as necessidades de cada sujeito.

2.4 Atenção Psicossocial: do termo à utilização do conceito no campo da saúde mental

Considerando a importância das mudanças ocorridas na atenção à saúde mental através das tentativas de superação do modelo manicomial advindas da Reforma Psiquiátrica, pretende-se neste momento fazer um breve apanhado teórico e técnico acerca da *atenção psicossocial* e como esse termo vem se configurando enquanto um novo paradigma para as práticas de saúde mental.

Para iniciar essa discussão faz-se necessário situar as origens do termo “psicossocial” e a sua evolução enquanto conceito no campo da saúde, evolução essa que teve como principais acontecimentos as transformações da prática médica e, especificamente, da prática psiquiátrica.

O conceito de Medicina Integral, em meados dos anos 1940 e 1950, traz uma mudança na concepção global do indivíduo como uma totalidade bio-psico-social que não o reduz apenas as funções orgânicas e estruturas definidas. Posteriormente, a Medicina Comunitária agregou esse conceito da Medicina Integral juntamente com os da Preventiva, trazendo assim a dimensão ecológica e psicossocial do processo saúde-doença. Neste sentido, a Psiquiatria Comunitária herdou esse termo e o utilizou nas práticas de saúde mental a partir da década de 1970, durante a qual se desenvolvia o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (COSTA-ROSA, 2003).

A transformação das práticas psiquiátricas ocorreu de forma mais definitiva durante a Segunda Guerra Mundial, a partir da consolidação das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional. Naquele momento, surgiram diversas formas de exercer a psiquiatria fora do contexto do hospital através de instituições e estratégias terapêuticas que eram contrapostas ao modelo manicomial como: hospitais-dia e hospitais-noite, clubes terapêuticos, ambulatórios, atendimentos à família, etc (FIGUEIREDO, 1977:20, apud, COSTA-ROSA, 2003).

No entanto, essas ideias e práticas referidas anteriormente ainda concediam ao significante “psicossocial” o lugar de um termo que levava em consideração os aspectos psíquicos e sociais incorporados aos biológicos dentro do paradigma da Psiquiatria (COSTA-ROSA, 2003). Para Costa-Rosa (2003), o termo psicossocial começou a se

configurar como conceito apenas no momento em que dar-se início os movimentos de crítica mais radical à Psiquiatria, que foram: a Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática e alguns aspectos da Psicoterapia Institucional.

Em relação ao contexto brasileiro, essas transformações correspondem à década de 1980, momento no qual o termo Psicossocial passa a caracterizar os novos dispositivos institucionais de atenção à saúde mental (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS – NAPS), que passam a operar em outra lógica divergente do modelo psiquiátrico. Atualmente, o Ministério da Saúde (2011) fala em RAPS agregando dispositivos de diversos níveis de atenção à saúde que devem funcionar na lógica do cuidado em rede.

Para Costa-Rosa (2003), a Atenção Psicossocial, compreendida como um novo paradigma, abarca também os conceitos e práticas incluídas nas políticas de Apoio Psicossocial e Reabilitação Psicossocial. Este último, segundo o autor, traz em seu sentido a ideia de retorno, reversão, e volta a um estado anteriormente habitado, designando a recuperação das capacidades do indivíduo em um sentido ortopédico. Em relação ao termo “Apoio”, esse tende a inclinar-se precisamente ao termo “Atenção” dentro do contexto das políticas públicas, a exemplo disso temos os dispositivos que eram denominados como “Núcleos de Apoio Psicossocial” e passaram a ser chamados como “Núcleos de Atenção Psicossocial”.

Neste sentido, as ações de Atenção Psicossocial, no contexto das práticas de saúde mental, devem estar intimamente ligadas aos sentidos dos termos anteriormente discutidos (reabilitação, apoio e atenção), prestar atenção, acolher, escutar atentamente, que são partes fundamentais dessas ações. Assim, Atenção Psicossocial supera os termos “apoio” e “reabilitação”, mas o conserva como parte integrante e constituinte de suas práticas (COSTA-ROSA, 2003).

Para Costa-Rosa (2003, p. 10), “a Atenção Psicossocial [...] tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria”. Como discutimos anteriormente, sua origem vem das contribuições de uma série de transformações históricas ocorridas, principalmente, na Psiquiatria, assim como das

experiências brasileiras dos novos serviços de atenção à saúde como os CAPS e os NAPS.

Neste sentido, podemos dizer que a Atenção Psicossocial se coloca enquanto um campo capaz de agregar ações e práticas que devem substituir e superar o “modo asilar”. Assim, Costa-Rosa (2000) procura definir o “modo psicossocial” sob o olhar de quatro parâmetros básicos: 1. Concepções do processo saúde-doença; 2. Concepções da organização das relações intrainstitucionais; 3. Concepção da forma das relações da instituição com a população em geral; 4. Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos.

No que diz respeito à concepção do processo saúde-doença e dos meios teóricos-técnicos para lidar com esse processo, a Atenção Psicossocial considera os conflitos e contradições como partes constituintes do sujeito, assim, não devem ser removidos através de ações terapêuticas. O tratamento deve ter como foco a demanda do sujeito e não os sintomas. Deve-se enxergar o sujeito como sujeito e não como objeto. Nesta concepção, a clínica se dá pela escuta e não através da observação e do retorno ao estado anterior das crises. Deve-se, assim, *desinstitucionalizar* o paradigma “doença-cura” e substituí-lo pelo “existência-sofrimento”, de forma a dar lugar a subjetividade dos sujeitos. Exigências: desospitalização, desmedicalização, implicação subjetiva e sociocultural, clínica ampliada e transdisciplinar (COSTA-ROSA, 2000, p. 12).

Em relação a concepção da organização das relações intrainstitucionais, considerando também a divisão do trabalho interprofissional, o autor coloca como exigências do modo psicossocial: a horizontalização das relações, livre trânsito dos usuários e de seus familiares pelo serviço, co-gestão de usuários e familiares na instituição, divisão do trabalho de forma interprofissional e integrada. No modo psicossocial, o trabalho deve ser pautado através do conceito de transdisciplinaridade (COSTA-ROSA, 2000).

Quanto à concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral, no modo psicossocial as ações devem visar à integralidade no território levando em consideração a complexidade das demandas advindas do mesmo. A instituição não deve ser um espaço de isolamento dos usuários, pois ela é uma extensão do território, devendo permitir o livre trânsito de todos e as possibilidades

de interlocução entre as pessoas. Exemplos de instituições típicas: CAPS, NAPS, oficinas e Cooperativas de reintegração socioeconômica e cultural. O autor chama a atenção neste ponto para o conceito de *desinstitucionalização*, colocando-o como uma das mais importantes contribuições da Psiquiatria Democrática Italiana ao campo da Atenção Psicossocial. Para ele, os quatro parâmetros do Modo Psicossocial é uma proposta efetiva de desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico (COSTA-ROSA, 2000).

Por fim, no que diz respeito à concepção efetivada dos efeitos de suas ações e termos terapêuticos e éticos, o modo psicossocial propõe a ética da singularização, passando desde a recuperação dos direitos de cidadania perdidos e pelo retorno da capacidade de contratualidade social, até a implicação subjetiva do sujeito, a partir da qual poderá posicionar-se de forma ativa diante dos conflitos e contradições que os atravessam (COSTA-ROSA, 2000).

Em suma, a lógica de cuidado pautada na atenção psicossocial deve operar através de uma ação integral e realizada por equipe multiprofissional, com respeito à organização institucional, às relações horizontais, ocorrendo na forma de reuniões que possibilitem aumentar o poder de decisão coletiva, através da autogestão e da interdisciplinaridade. Na atenção psicossocial a meta principal é o reposicionamento subjetivo e sociocultural, sendo o espaço do tratamento um produtor de efeitos sobre os sujeitos envolvidos inseridos em território de acesso livre (COSTA-ROSA, 2000).

Dessa forma, considerando a ética da singularização, a subjetividade do sujeito e a importância da Clínica Ampliada, apresentamos a sessão seguinte.

2.5 A clínica ampliada na atenção básica

“O Ser do homem não pode ser compreendido sem sua loucura, assim como não seria o ser do homem se não trouxesse em si a loucura como limite de sua liberdade”.
(Lacan, Jacques. *Escritos*, 1998, p.177)

A palavra *clínica* remete ao grego *Klinikè*, que significa cuidados médicos a um doente acamado, e ao verbo *Klinò* que diz respeito ao ato de inclinar-se, debruçar-se sobre o paciente. Desse modo, a clínica é utilizada pela medicina como uma forma de observar, analisar e interpretar os sinais significativos do corpo do enfermo, colocar sobre esse corpo um olhar, classificá-lo e realizar procedimentos interventivos sobre ele. Entretanto, Foucault, em *O Nascimento da Clínica* (1987), afirmou que a clínica moderna, no final do século XVIII, não se debruçou em torno do corpo e de suas afecções, mas sim servia a uma legitimação social advinda do sistema jurídico, moral e religioso, assim como aos saberes empíricos, institucionais e teóricos da Medicina.

Já no início do século XX, contrapondo o discurso hegemônico da medicina tradicional, aparecem as contribuições do médico neurologista Sigmund Freud trazendo para dentro das consultas médicas a principal ferramenta da Psicanálise: a escuta. Freud, naquele momento, insistia em mostrar para a sociedade que as histéricas tinham o que dizer e as escutava sem *incliná-las* sobre elas com o olhar moralizante ao qual se referia Foucault. Desse modo, a consulta médica passa a ser um lugar para ver e para escutar, considerando o sujeito enfermo não só através de sua face biológica, mas também em sua dimensão subjetiva (ONOCKO CAMPOS, 2001).

Para Campos (1997), a reforma da clínica moderna deve fazer um deslocamento da ênfase na doença e direcionar o foco para o sujeito: tira-se o objeto ontologizado da medicina, a “doença”, e coloca-se no lugar o “doente” como também defende Basaglia a necessidade de “colocar a doença entre parênteses” (BASÁGLIA, 2005, p. 47). Assim, o autor propõe três categorias para pensar a clínica: a Clínica Oficial, a Clínica Degradada e a Clínica Ampliada (Clínica do Sujeito). A Clínica Oficial é a tradicional, pois trata as doenças enquanto ontologia, focada na cura, sendo o sujeito reduzido a uma doença e a prescrições técnicas de especialistas. No que diz respeito as outras duas clínicas estas

serão consideradas Degradada ou Ampliada, sempre, em relação àquela considerada oficial (CAMPOS, 1997).

A Clínica Degradada refere-se aos limites externos impostos à potência da Clínica Oficial, como a influência do contexto socioeconômico sobre a prática clínica, que gera para essa prática uma diminuição de sua potencialidade para resolver os problemas de saúde. Também se tornam uma clínica degradada aquelas que operam nos ambulatórios de saúde nos quais o trabalho é centrado na queixa-conduta, esta degradação é resultado da junção entre uma política de saúde inadequada com uma postura alienada dos profissionais, gerando, assim, a padronização dos sujeitos em detrimento de suas necessidades (CAMPOS, 1997).

Para Onocko Campos (2001, p. 101), a Clínica Degradada é a “*clínica da eficiência*”, pois produz muitos procedimentos, mas sem a reflexão sobre os mesmos e sobre sua eficácia. A autora chama a atenção para o fato de que após o surgimento do SUS a clínica passou a adquirir também um valor ideológico, no qual o acesso a mesma é diretamente ligado ao exercício de cidadania. O problema se concentra no fato de não haver sobre isso uma reflexão acerca de quais os tipos de cuidado que as pessoas estão tendo acesso. Portanto, para a autora, este seria o “*paradoxo da extensão de direitos*”: a estimulação por essa associação de valores, como o acesso do cidadão e a eficiência.

Neste sentido, ao enfrentar e derrotar os principais nós críticos que a Clínica Oficial não tem tido êxito em resolver podemos falar em Clínica Ampliada ou Clínica do Sujeito, ou seja, aquela centrada nos sujeitos, nas pessoas e em sua existência, considerando, também, a doença como constituinte dessa existência. Esta clínica propõe uma *ampliação* do objeto de saber e de intervenção da clínica, na qual deve-se incluir a doença, o contexto e o próprio sujeito, ou seja, uma ampliação da prática clínica e não uma troca entre objetos de estudos da mesma (CAMPOS, 1997). Em outras palavras, e lembrando novamente Baságlio: não se trata de excluir a doença do processo, mas *colocá-la entre parênteses* de forma a dar ênfase a um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído.

Para Onocko Campos (2001), o sujeito é também um ser histórico, pois seus valores, seus desejos, mudam de acordo com o tempo na medida em que são construídas novas necessidades que aparecem enquanto demandas. Desse modo,

segundo a autora, a Clínica Ampliada seria aquela que incorporasse em sua prática o risco social e subjetivo dos usuários, não apenas uma avaliação de riscos definidos como necessários pela epidemiologia, mas considerando as demandas concretas advindas dos sujeitos em questão. A autora nos chama a atenção para o fato de que essa proposta de clínica gera tensão nas barreiras disciplinares, pelo fato de estreitar a formação do super-especialista e incentivar o trabalho em equipe que vem operar como uma nova práxis.

E a Atenção Básica com isso? Em 2009, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Humanização (PNH) e coloca a Clínica Ampliada como uma importante diretriz de sua política. A PNH atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde em diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão, incluindo a Atenção Básica, direcionando estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, de forma a garantir, além de integral e resolutiva, uma atenção humanizada, valorizando a diversidade de sujeitos e sua implicação na produção de sua saúde. Assim, esta política é norteadada pelos seguintes valores: autonomia, protagonismo, co-responsabilidade, vínculo e participação coletiva (BRASIL, 2009).

Desse modo, Clínica Ampliada, no contexto do SUS, é definida como uma prática de atuação clínica na qual os profissionais devem levar em consideração a complexidade de cada sujeito, a sua singularidade, utilizar possibilidades diversas e ampliadas na atenção aos usuários, integrando abordagens variadas de forma multiprofissional, a fim de desenvolver uma prática mais eficaz no que diz respeito ao processo de produção de saúde das pessoas. Além de promover e incentivar os usuários na busca pela sua autonomia, um outro aspecto fundamental da clínica ampliada deve ser a capacidade de manter o equilíbrio entre o combate à doença com a produção de vida (BRASIL, 2009).

Se na clínica moderna o profissional deveria inclinar-se sobre os leitos dos pacientes, para Lancetti (2009) na clínica antimanicomial deve-se colocar as pessoas de pé como elucidado no trecho abaixo:

À medida que se desmontava os espaços-tempos manicomial e se ativava a relação do coletivo (pacientes, trabalhadores de saúde mental e dirigentes) com a sociedade, inventávamos cada dia empreendimentos que produzissem desejos de viver fora do hospício. Clinicávamos para pôr de pé os cidadãos psiquiatrizados e para promover uma intensa interação com a cidade, com pessoas e movimentos de diversas partes do Brasil e de outras partes do mundo (LANCETTI, 2009, p. 22).

Desse modo, é preciso e é possível “fazer” clínica ampliada e antimanicomial na Atenção Básica, modificando a escuta, os atendimentos, não restringindo as intervenções terapêuticas ao uso exclusivo de medicamentos ou de encaminhamentos desnecessários, direcionando a prática de cuidado para a prevenção e utilizando-se da educação em saúde, de forma a promover vida aos sujeitos considerando sua autonomia, suas complexidades e os modos de estar no mundo que cada um constrói para si.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

*“[...] pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas”.
(MERHY, 2005)*

O percurso metodológico que foi realizado nesta pesquisa não seguiu etapas rígidas durante o seu desenvolvimento e foi construído e reconstruído de acordo com cada momento vivenciado pela pesquisadora no campo investigado. Neste sentido, alguns percursos inicialmente traçados foram reconfigurados na medida em que a realidade estudada se apresentava com suas peculiaridades, complexidades e também obstáculos a serem enfrentados, prolongando algumas etapas e ampliando o caminho a ser seguido.

Na medida em que estes caminhos eram transitados buscava-se alcançar os objetivos deste estudo, procurando atender às necessidades da realidade estudada e aos limites e possibilidades da pesquisa, sempre em consonância com as orientações do método escolhido. Dessa forma, a produção dos dados e a interpretação dos mesmos ocorreram de modo processual e ao final de cada etapa, era realizado um movimento de reflexão-ação-reflexão, de forma a favorecer um conhecimento mais fidedigno sobre a realidade.

Para tanto, foi necessária a utilização de diferentes procedimentos para apreensão dessa realidade: estudos sobre o tema, visitas ao cenário de pesquisa, conversas informais com os trabalhadores, grupo focal, e ao final, como atividade de intervenção a partir do que foi apreendido, foi realizada uma Oficina de Trabalho.

3.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa apresenta estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa e do tipo pesquisa-ação.

A pesquisa qualitativa é uma abordagem que surgiu na Antropologia e na Sociologia e tem se consolidado nos últimos 30 anos, sobretudo em áreas como a Administração, Educação e Psicologia. Conforme Minayo, o método qualitativo é

o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...]. As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. (MINAYO, 2010, p. 57).

Neste sentido a pesquisa qualitativa procura explicar os fenômenos sociais através do estudo das pessoas inseridas em seu ambiente natural e por este motivo acaba lidando muito mais com as palavras e as falas do que com números. Contudo, isso não significa que esse tipo de pesquisa não trabalhe com a mensuração, pois essa está diretamente ligada à procura dos significados que os sujeitos atribuem à experiência e às suas compreensões acerca do mundo social. Desse modo, na pesquisa qualitativa pode-se utilizar diversas metodologias como: a observação direta ou participante, grupos focais, entrevistas, conversas informais, análises de textos ou documentos e análise de discurso (POPE; MAYS, 2009).

Para Meyer (2009), algumas formas de pesquisa qualitativa podem facilitar a influência da pesquisa sobre a prática cotidiana. A autora cita a pesquisa-ação como uma potente forma de se conseguir transformações na prática clínica através da identificação dos problemas relacionados a mesma. Por este motivo a pesquisa-ação está sendo cada vez mais utilizada no campo da saúde, pois procura envolver os profissionais nas atividades e empoderá-los quanto a sua própria prática.

Thiollent (2004) define a pesquisa-ação como:

um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (THIOLLENT, 2004, p.14).

É neste sentido que o autor vem afirmar que a pesquisa-ação não é um simples levantamento de dados, pois neste tipo de pesquisa é preciso que os pesquisadores desenvolvam um papel ativo e transformador na realidade estudada. Entre as principais características da pesquisa-ação o autor destaca:

- a) Há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada;
- b) Desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta;
- c) O objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação;
- d) O objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada;
- e) Há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações, e de toda a atividade intencional dos atores da situação;
- f) A pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o 'nível de consciência' das pessoas e grupos considerados. (THIOLLENT, 2004, p.16).

A pesquisa-ação constitui, portanto, um tipo de investigação-ação e pode ser definida como toda tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática (TRIPP, 2005, p. 443). De acordo com o autor, a pesquisa-ação busca a resolução de problemas através de propostas de transformação da práxis dos atores sociais envolvidos e da tomada de consciência dos mesmos sobre suas responsabilidades no contexto estudado.

Neste sentido, a pesquisa-ação ao mesmo tempo altera o que está sendo pesquisado e é limitada pelo contexto e pela ética da prática. Como no diz McNiff (2002 apud TRIPP, 2005), ela implica em tomar consciência dos princípios que nos conduzem em nosso trabalho, nos levando a ter clareza não só sobre o que estamos fazendo, mas por que estamos fazendo. Assim, a reflexão é essencial para o processo da pesquisa-ação não sendo uma fase distinta no ciclo da investigação-ação, pois ela se dá durante todo o processo, iniciando através de reflexões sobre a prática comum a fim de identificar o que melhorar. Isto é essencial para um planejamento eficaz, para a implementação e para o monitoramento das ações, pois permite que todo o processo seja discutido e direcionado conforme as necessidades que surgem (TRIPP, 2005).

Em se tratando de reflexão a pesquisa-ação não a coloca como uma fase distinta no ciclo da investigação-ação, pois ela deve se dar durante todo o processo, iniciando através de reflexões sobre a prática comum a fim de identificar o que melhorar. Isto é

essencial para um planejamento eficaz, para a implementação e o monitoramento, terminando o ciclo refletindo sobre o que sucedeu (TRIPP, 2005).

Para Meyer (2009), esse suporte filosófico relacionado a mudança e ao aperfeiçoamento da prática através da reflexão, é uma diferença crucial entre a pesquisa-ação e as outras abordagens de pesquisa. Isso faz com que a pesquisa tenha um caráter democrático na medida em que coloca o pesquisador como um facilitador da mudança consultando, inclusive, os participantes durante todo o processo. Sobre isso a autora coloca:

Um benefício de projetar um estudo em conjunto com profissionais é que isso pode tornar tanto o processo de pesquisa como os desfechos mais significativos para os profissionais ao referenciá-los na realidade da prática do dia a dia. (MEYER, 2009, p. 137).

A autora pondera, ainda, que a pesquisa-ação deve adotar o estilo informativo de pesquisar, compartilhando os achados que o pesquisador/facilitador for encontrando ao longo do percurso para serem validados pelos participantes, assim como para informá-los sobre as decisões dos próximos passos do estudo. Para McNiff (1988, apud MEYER, 2009) esse estilo de pesquisa resulta em “espirais colaborativas” que autor dividiu em algumas atividades que se ramificam entre si: planejamento, ação, observação, reflexão e replanejamento. Desse modo, sem perder o foco no aspecto principal, a pesquisa-ação tem a capacidade de responder a diversos problemas ao mesmo tempo.

Considerando que o objetivo central deste trabalho é investigar a prática de profissionais de saúde e contribuir para as transformações necessárias a uma atenção qualificada em saúde mental no âmbito da atenção básica, justifica-se a escolha da pesquisa-ação como um caminho metodológico para que pesquisadora e participantes juntos alcancem os objetivos delineados neste estudo.

3.2 Local e cenário de pesquisa

O estudo foi realizado no município de João Pessoa, capital da Paraíba, que apresenta uma população de 780.738 habitantes, sendo a 8ª cidade mais populosa da Região Nordeste e a 24ª do Brasil (IBGE, 2014). Em relação à Rede de Atenção à

Saúde, o município está organizado em 05 Distritos Sanitários (DS) cujos equipamentos, dispositivos e serviços intersetoriais atendem de forma descentralizada e territorializada, às suas respectivas populações.

Integrando esta Rede de Atenção à Saúde, destacamos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a atenção integral à saúde de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). No município de João Pessoa, a RAPS é constituída pelos seguintes dispositivos: 191 USF, 34 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 04 equipes de Consultórios na Rua, 02 CAPS III, 01 CAPS AD III, 01 CAPS Infantil, 01 Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, 01 Pronto Atendimento em Saúde Mental – PASM e 02 Serviços Residenciais Terapêuticos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015a).

Como cenário deste estudo foi eleita uma Unidade de Saúde da Família (USF) integrada do Distrito Sanitário III (DS III), onde estão instaladas quatro Equipes de Saúde da Família no mesmo espaço físico, porém atuando em territórios específicos. Essa USF está localizada no bairro de Mangabeira, na zona Sul da cidade de João Pessoa/PB, mais especificamente na comunidade Cidade Verde. De acordo com o Relatório Anual de Gestão (RAG) da USF, trata-se de uma comunidade em sua maioria alfabetizada, de classe média baixa, possuindo seus moradores diferentes fontes de renda, constituída de funcionários públicos e profissionais liberais, embora existam microrregiões onde há menor concentração de renda por parte da população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015b).

Trata-se de um território pouco provido de transporte urbano e farmácias, mas bem provido de pequenos comércios como panificações, lojas, salões de beleza, etc, além de possuir escolas com ginásio de esportes, creches, academias, igrejas e associação de bairro. No entanto, o território em grande parte é composto por áreas de difícil acesso, com a maioria das ruas não pavimentadas, com bastantes buracos que pioram com o processo do saneamento básico e dificulta a acessibilidade das pessoas que moram nessas áreas mais precárias (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015b).

A equipe convidada a participar do estudo acompanhava, no momento da pesquisa, cerca de 1.060 famílias cadastradas que totalizavam aproximadamente 3.840

pessoas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015b). No que diz respeito ao cuidado em saúde mental dos usuários deste território, os profissionais da referida equipe relataram suas necessidades e interesse em aprofundar o tema da saúde mental¹, visto que os Agentes Comunitários de Saúde informaram que apesar de, recentemente terem concluído um curso voltado para área², ainda encontravam muitas dificuldades para pôr em prática os conhecimentos apreendidos.

Outro aspecto importante sobre o perfil da equipe investigada diz respeito à atuação da psicóloga do NASF – apoiadora matricial - que acompanha a equipe: diferentemente da maioria dos profissionais do NASF no município de João Pessoa/PB que estão orientados para desenvolverem ações voltadas para a resolução de questões gerenciais e administrativas, a apoiadora realizava acompanhamento técnico-pedagógico e de apoio matricial conforme recomenda o Caderno da Atenção Básica Nº39, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o processo de trabalho das equipes do NASF (BRASIL, 2014).

A atuação diferenciada da apoiadora do NASF permitiu à equipe um acompanhamento dos casos de saúde mental e o estabelecimento de um fluxo interno dos encaminhamentos desses casos através de uma escuta qualificada antes de referenciar para outros níveis de atenção. Além disso, a ESF conta com uma ficha de cadastro para os usuários que fazem uso de psicotrópicos que foi construída por estudantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, mas que no momento da investigação estava em desuso.

Todas as características elencadas até aqui subsidiaram a escolha da equipe participante, pois consideramos que se trata de uma equipe potente e modelo para operar as transformações necessárias à qualificação da atenção à saúde mental na comunidade, ou seja, no âmbito da atenção básica.

¹ As informações citadas foram frutos da experiência da pesquisadora enquanto psicóloga do NASF do DSIII, assim como de visitas institucionais à USF devido as atividades acadêmicas do Mestrado.

² Projeto Caminhos do Cuidado do Ministério da Saúde realizado em 2013 que teve como meta oferecer formação para a totalidade dos Agentes Comunitários de Saúde do país e uma Auxiliar/Técnico de Enfermagem por Equipe de Saúde da Família.

3.3 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Foram convidados a participar da pesquisa todos os profissionais que fazem parte da USF referida, sendo critério de exclusão apenas os que não fazem parte desta equipe ou que não estão atuando no momento da pesquisa por motivo de afastamento. Segundo a Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006, são considerados como profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) os seguintes profissionais: enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006).

A equipe estudada é composta por 13 profissionais, sendo: 01 médico clínico-geral, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 cirurgiã-dentista, 01 auxiliar de saúde bucal e 08 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Contudo, o número de participantes variou de acordo com a atividade realizada, devido a demandas institucionais ou pessoais dos profissionais, como foi o caso do profissional médico, que foi mudado uma vez, e dos profissionais do NASF que foram mudados por três vezes durante a realização do estudo. No entanto, vale salientar que os momentos eram abertos para quaisquer interessados que fizessem parte da equipe participarem.

Os participantes eram, em sua maioria, do sexo feminino, sendo apenas 02 profissionais do sexo masculino e tinham uma idade que variou na faixa etária entre 25 e 52 anos de idade. Apenas um deles estava há menos de 01 ano nesta USF, como também haviam três profissionais que atuavam nessa equipe há mais de 10 anos. Em relação a escolaridade todos os participantes tinham ensino médio completo, sendo 02 com superior em andamento e 03 com pós-graduação, também em curso, nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Odontologia Legal e Ciências da Saúde.

Em relação à qualificação em temáticas da área de saúde mental tivemos as seguintes situações: os ACS e a técnica de enfermagem referiram ter concluído um curso de Formação em Saúde Mental, Crack e outras Drogas, pelo Projeto Caminhos do Cuidado; um dos ACS foi aluno da II Escola de Redutores de Danos de João Pessoa; e a dentista e um ACS informaram ter participado de um momento de matriciamento em saúde mental.

3.4 Produção dos dados

Considerando que se trata de uma pesquisa-ação e que, portanto requer imersão/aproximação do pesquisador no contexto investigado, a coleta de dados ocorreu em distintas etapas durante o período de novembro de 2015 a julho de 2016: inicialmente foi realizado um grupo focal para identificar a situação problema; posteriormente, a pesquisadora realizou visitas e observações do processo de trabalho da equipe; e finalmente foi realizada uma oficina como estratégia para o enfrentamento do problema reconhecido pela equipe.

Como vimos anteriormente, uma das metodologias para investigar a realidade na pesquisa-ação é a utilização dos grupos focais. Para Kitzinger (2009), o método do grupo focal é bastante utilizado pelos pesquisadores que atuam com a pesquisa-ação ou apenas por aqueles que se interessam pelo empoderamento dos participantes da pesquisa, visto que esses tendem a ocupar um lugar ativo no desenvolvimento e no processo de análise nesse tipo de técnica.

A técnica do grupo focal, conforme Trentini e Gonçalves (2000), está voltada para um determinado foco que consiste do tema de pesquisa em questão. O tema da saúde mental na atenção básica foi discutido pelo grupo que abordou diversos aspectos e dimensões possíveis dentro de um processo de interação e reflexão dos participantes. Desse modo, para atender aos dois primeiros objetivos específicos do estudo, buscou-se identificar necessidades, atitudes, valores, concepções e sentimentos dos participantes.

Pode ser definido também como um tipo de entrevista em grupo que valoriza a interação grupal, a comunicação entre os participantes, estimulando-os a falar uns com outros com a finalidade de gerar dados de análise. Na entrevista individual, as pessoas respondem individualmente aos questionamentos, já no grupo focal elas são incentivadas a trocar experiências entre si, fazer perguntas e comentar sobre os diversos pontos de vistas que surgem durante o debate grupal. Essa interação pode ser utilizada para ressaltar atitudes, identificar normas e valores culturais, assim como proporcionar um espaço que permita a expressão de críticas e estimule os participantes a construir sua própria análise sobre os assuntos (KITZINGER, 2009).

Outro aspecto a ser destacado diz respeito ao tamanho do grupo. Autores como Chiesa e Ciampone (1999, apud OLIVEIRA et al., 2008) afirmam que o número ideal de participantes deve variar entre seis a doze pessoas. Para as autoras, um número muito elevado de participantes pode diminuir as chances de garantir a participação de todos, assim como pode gerar saturação das respostas. Mas, para Kitzinger (2009), o tamanho do grupo vai depender dos objetivos da pesquisa e dos recursos disponíveis para a realização da mesma.

O número de encontros do grupo focal, assim como o seu tempo de duração, também pode variar de acordo com os objetivos da pesquisa e a complexidade da temática. Recomenda-se que esses momentos se deem em um ambiente adequado, confortável, que proporcione um ambiente capaz de promover o debate, assim como que a discussão seja gravada em áudio e transcrita posteriormente, ou se possível, tomar notas cuidadosas dos depoimentos proferidos pelos participantes (KITZINGER, 2009).

O facilitador do grupo possui um papel fundamental no desenvolvimento da discussão. Ele deve explicar aos participantes que o objetivo dos grupos focais é estimular as pessoas a se comunicarem entre si, dirigindo-se o mínimo possível a ele. Para que aja essa interação entre os participantes é preciso que o facilitador limite suas intervenções apenas para estimular o debate e encorajar os mesmos a discutir as divergências e elaborarem opiniões sobre elas. Outro ator relevante para a realização de uma coleta de dados adequada através dos grupos focais é o papel do observador, pois, além de registrar impressões verbais e não verbais dos participantes, ele deve colaborar com o moderador na condução do grupo (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Gondim (2003) orienta que o facilitador elabore um roteiro a ser seguido durante o desenvolvimento do grupo de forma a direcionar as questões que surgem na discussão e não perder o foco no tema em questão. Para tanto, é necessária flexibilidade e diretividade do facilitador para contemplar a dinamicidade inerente a cada grupo, devendo o mesmo estar atento aos desvios de alguns assuntos e ao esgotamento de outros.

O trecho abaixo chama a atenção para a escolha do grupo focal enquanto uma das técnicas de coletas de dados, destacando a importância desse método no que diz respeito a sua contribuição em determinados ambientes.

Usar um método que facilite a expressão de críticas e, ao mesmo tempo, a exploração de diferentes tipos de soluções é inestimável se alguém estiver tentando aperfeiçoar os serviços. Tal método é especialmente adequado para trabalhar com populações de pacientes particularmente desassistidas que, com frequência, relutam em oferecer uma devolução negativa. (DIMATTEO; BERRY, 1993 apud KITZINGER, 2009, p. 36).

O material produzido pelo grupo focal atendeu aos dois primeiros objetivos específicos do estudo, uma vez que permitiu a identificação das dificuldades e potencialidades em relação ao cuidado em saúde mental. Além disso, a discussão grupal abordou diversos aspectos relacionados a esse cuidado através de um processo de interação e reflexão entre os participantes que possibilitou também identificar atitudes, valores, concepções e sentimentos dos profissionais em relação a essa problemática.

3.4.1 Realizando o grupo focal

A pesquisadora compareceu a USF em novembro de 2015, em um momento de reunião técnica, para apresentar-se a equipe e realizar uma breve explanação sobre os objetivos da pesquisa. Procurou-se nesse encontro agendar com os profissionais uma data para a realização do grupo focal, mas até a execução do mesmo houveram diversos obstáculos, desde a dificuldade em contemplar o maior no número de participantes em determinada data, até a não liberação dos profissionais pela direção do Distrito para participarem do grupo em ambiente externo à USF. Vale salientar que esta foi uma sugestão dos profissionais, mas que não foi acatada pela gestão sob a justificativa de que os mesmos não poderiam ausentar-se do ambiente de trabalho durante o expediente.

Assim, o Grupo Focal foi realizado nas dependências da USF, na sala da odontologia, com a participação de 07 profissionais: médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e 02 ACS. A pesquisadora esclareceu os objetivos do grupo e as questões éticas envolvendo o mesmo. Foram entregues aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e uma Ficha do Perfil dos Participantes (APÊNDICE B), não nominal, solicitando alguns dados

considerados importantes para a pesquisa. Após assinados os termos e preenchidas as fichas deu-se início a discussão.

Para disparar o debate utilizou-se uma “situação-problema”, ilustrada através de dois casos clínicos comuns ao cotidiano de trabalho da Atenção Básica (APÊNDICE C) que convidou os profissionais a refletir sobre o cuidado em saúde mental realizado por eles. Para mediar a discussão a pesquisadora recorreu a um “Roteiro de Debate” (APÊNDICE D) previamente construído pela pesquisadora, com vistas a nortear a discussão e evitar a mudança do foco.

Durante todo o processo foi incentivada pela pesquisadora/facilitadora a participação de todos que estavam presentes, desenvolvendo uma discussão democrática, coletiva, em que cada um tinha um importante papel na contribuição do debate, independente de cargo que exercia na USF. No decorrer da discussão, a mediadora estimulou os participantes a identificarem as ações/estratégias de saúde mental desenvolvidas por eles, assim como as potencialidades e dificuldades na realização das mesmas.

Ao final do grupo, os profissionais foram convidados a refletir sobre qual seria a demanda de maior necessidade para a equipe no momento no que diz respeito ao cuidado em saúde mental. A pesquisadora explicou ao grupo que o tema escolhido serviria de base para a realização de outra etapa da pesquisa: a Oficina. Esclareceu-se, também, que essa oficina representaria intervenção requerida pelo método adotado no estudo, cujo objetivo seria provocar uma transformação na realidade identificada, e trazer subsídios que potencializassem a atenção à saúde mental realizada pela equipe à comunidade por eles acompanhada.

Assim, foi sugerido por um participante, e acatado pelo grupo, que fosse realizado um mapeamento dos casos de saúde mental do território, devido a fragilidade apontada pelos profissionais em conhecer e acompanhar de forma mais eficaz as pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental.

Os depoimentos dos participantes foram gravados e a dinâmica do grupo foi registrada por um observador que participou de todo o processo. Posteriormente, os depoimentos foram transcritos para o programa Word de modo a garantir a fidedignidade dos dados.

3.4.2 Oficina de Trabalho – planejamento e intervenção

A realização de uma intervenção na equipe pesquisada constitui um dos objetivos deste estudo que é a promoção de uma transformação no cotidiano das práticas profissionais a partir das necessidades reconhecidas pelos participantes. Para Pope e Mays (2009), na pesquisa qualitativa o processo de análise dos dados pode acontecer concomitantemente à sua coleta, o que pode levar a identificação de dados anteriormente não previstos e a novos pressupostos de pesquisa. Sendo assim, após a realização da primeira atividade, o grupo focal, a pesquisadora pôde colher e refletir sobre os primeiros resultados da pesquisa, o que a levou a repensar os rumos que a mesma deveria seguir.

Após alguns meses da data da realização do grupo focal, e a partir da exaustiva leitura das transcrições, a pesquisadora identificou uma contradição: os primeiros resultados apontaram para uma disparidade entre o tema mais recorrente do grupo focal, ou seja, aquele que condensou o maior número de queixas (fragilidade na RAPS) e o tema referendado pelos profissionais para a realização da Oficina (mapeamento de casos de saúde mental).

A pesquisadora sentiu, portanto, a necessidade de se reaproximar da equipe estudada para realizar um melhor planejamento da intervenção (Oficina de Trabalho) de modo que esta pudesse estar mais compatível com a realidade vivenciada. Para tanto, foram realizadas 04 visitas nas quais discutiu com os profissionais os resultados de suas reflexões, sendo uma dessas visitas uma vivência no momento de acolhimento da USF e as outras três o acompanhamento da reunião técnica. Todas as visitas e observações foram registradas no diário de campo³ da pesquisadora.

De acordo com a equipe, o acolhimento trata-se do momento em que o profissional escuta e avalia as demandas e necessidades do (a) usuário (a) e, a partir das possibilidades da equipe e da rede intersetorial de saúde, ele atende, escuta ou

³ O diário de campo possibilita o registro das observações do cotidiano e consiste em espaço propício para realização das reflexões e análises acerca das apreensões realizadas, contribuindo para a chamada sistematização da prática do pesquisador. Nesse, anotam-se todas as observações de fatos concretos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, suas reflexões e comentários. O diário facilita criar o hábito de escrever e observar com atenção, descrever com precisão e refletir sobre os acontecimentos (FALKEMBACH, 1987).

encaminha o usuário para atendimento médico, atendimento de enfermagem ou para outro serviço da rede.

Durante essas visitas a pesquisadora realizou algumas discussões em reunião, além de conversas informais no cotidiano da USF, e com isso pôde verificar que era unânime o reconhecimento de que a fragilidade na rede era o maior “empecilho” para a equipe realizar um cuidado de saúde mental adequado às necessidades dos usuários e à política de saúde mental vigente. Dessa forma, ficou acordado que a Oficina de Trabalho teria como tema central: a fragilidade na rede de atenção.

Para o agendamento da oficina, mais uma vez, surgiram as mesmas dificuldades encontradas na primeira etapa. Apesar do fato do primeiro pedido de liberação dos profissionais para a realização do grupo focal em espaços externo à USF ter sido negado, resolvemos redigir um documento à direção do DSIII solicitando a liberação dos mesmos para participarem da oficina na UFPB, explicitando os objetivos e a importância do momento. Entre diversos questionamentos sobre a necessidade da solicitação, ligações não atendidas, e-mails não respondidos, causando um longo período de espera, o pedido foi negado com a mesma justificativa de que os profissionais não poderiam ausentar-se da unidade em momento de trabalho, alegando que isso poderia causar tensionamentos com a comunidade.

Vale salientar que os profissionais estavam empolgados com a possibilidade de realizar um momento de formação na UFPB e, apesar de desacreditados, ansiosos pela resposta da direção. Ao informar que a solicitação de liberação foi negada iniciou-se, novamente, uma série de queixas direcionadas à direção do distrito proferidas pelos profissionais, acusando o mesmo de não reconhecer a importância de momentos de formação. A pesquisadora acolheu o momento de insatisfação dos trabalhadores, reconhecendo suas queixas, mas procurou acordar com os mesmos a realização da oficina na própria USF, garantindo que com a colaboração de todos poderíamos ter um momento bastante produtivo.

Assim, a oficina foi realizada no dia 06 de julho de 2016, na sala de atendimento médico, com o título “*Saúde mental na atenção básica: construindo nossa rede de cuidados*”. Este momento teve duração de 3h e participaram do mesmo 08 profissionais, sendo eles: 01 médica, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 Auxiliar de Saúde Bucal e 04

Agentes Comunitários de Saúde. Esta atividade foi facilitada pela pesquisadora e pela orientadora da pesquisa.

A Oficina de Trabalho se caracteriza como uma prática de intervenção psicossocial, podendo ser realizada no contexto pedagógico, clínico comunitário ou de política social, com foco em torno de uma questão central que o grupo se propõe elaborar, em um contexto social. O objetivo da Oficina de Trabalho nesta perspectiva não é a apenas trazer uma reflexão racional, mas sim envolver os participantes de maneira integral, intervindo em suas formas de sentir, pensar e agir (AFONSO, 2006 apud FONSECA e AMARAL, 2012).

Neste tipo de oficina se propõe a formação dos sujeitos, visa à valorização e transformação da realidade e considera as experiências de vida de cada participante, convergindo, assim, com a educação crítico-emancipatória de Paulo Freire (FREIRE, 2002). Neste sentido, optou-se por utilizar esta estratégia na tentativa de propor um espaço de diálogo aberto, no qual os participantes pudessem expressar suas questões, refletindo e discutindo sobre o próprio processo de trabalho de forma a realizar transformações sobre o mesmo.

Em consonância com o método escolhido, a oficina foi realizada com foco na reflexão como ferramenta de transformação, o que convidou os profissionais a refletirem acerca de questões que envolviam as crenças e os valores dos mesmos em relação à loucura, assim como a forma como se organizavam para atender as necessidades de saúde mental da população de seu território. Para isso, os profissionais foram convidados a refletir sobre dois questionamentos: “O que é loucura para você”?; “Do que uma pessoa em sofrimento mental necessita? ”.

Foram entregues aos participantes folhas de papel em branco para que pudessem responder essas questões a partir da associação livre, ou seja, o que surgisse no pensamento fosse escrito no papel. Enquanto os participantes refletiam as facilitadoras esclareciam que procurassem recordar situações vivenciadas pelos mesmos, tanto no âmbito pessoal quanto no cotidiano de trabalho. Após os participantes responderem aos dois questionamentos recolheu-se os papéis e as respostas foram escritas em papel madeira exposto na parede da sala de forma que todos pudessem visualizar.

Nesse momento, realizou-se um rápido apanhado sobre a loucura focando nas mudanças históricas e culturais do conceito, assim como as formas de tratamento das questões referentes à saúde mental na rede de atenção à saúde. Posteriormente, iniciou-se a leitura das respostas e os participantes foram incentivados a discutirem sobre as mesmas. O debate trouxe alguns estigmas e preconceitos em relação ao louco, à loucura e ao modo como profissionais e sociedade lidam com este fenômeno.

Na segunda etapa da oficina, os participantes foram convidados a identificar e a construir uma rede de cuidados, a rede de atenção psicossocial do seu território, levando em consideração as necessidades apontadas por eles. Para isso, utilizaram uma folha de papel madeira e canetas pilotos coloridas. Ao final da oficina, foi solicitado aos participantes que falassem sobre a rede que construíram e avaliassem a importância da atividade realizada. A oficina foi registrada através de fotos, lâminas de papel madeira para o registro das respostas e a construção da rede, assim como relatório da intervenção construído pela pesquisadora.

Desse modo, a estratégia de intervenção adotada objetivou proporcionar reflexões acerca da RAPS de forma a contribuir com a melhoria do cuidado em saúde mental realizado pelos profissionais da USF pesquisada conforme o material coletado no grupo focal, as visitas técnicas e observações realizadas e a pactuação com os profissionais participantes.

3.5 Análise dos dados

O material coletado foi devidamente transcrito e submetido à Análise de Conteúdo que, de acordo com Bardin (2011), trata-se de

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 47).

Segundo Godoy (1995), a análise de conteúdo na perspectiva de Bardin, é uma técnica metodológica que pode ser aplicada a todas as formas de comunicação e em

diversos discursos, na qual o pesquisador procura realizar uma compreensão do que está por trás das mensagens levadas em consideração para o estudo. Neste sentido, o autor afirma que o pesquisador executa um esforço duplo, pois ao mesmo tempo que procura entender o sentido da comunicação deve, através de um olhar flutuante, buscar também outras significações por trás do conteúdo analisado.

Sendo assim, a técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin (2011) como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A primeira etapa é uma fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação.

Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Para a execução dessas etapas e registro de seus produtos para posterior análise os dados coletados foram digitados no programa Microsoft Office Excel 2013.

Destaca-se que as três fases apontadas por Bardin (2011) apresentam os caminhos a serem seguidos para a análise, mas podem haver entre elas variações na forma de condução. As comunicações, as unidades de análise e a forma de tratar essas unidades podem variar de acordo com o pesquisador, pois alguns deles preferem utilizar palavras, enquanto outros escolherão sentenças, textos, etc., como também existem os que centram sua atenção em temáticas específicas (BARDIN, 2011; GODOY, 1995).

Após a realização do grupo focal os depoimentos dos profissionais foram transcritos a partir dos áudios gravados durante o momento da coleta. A partir disso, realizou-se a leitura do texto e foi iniciada a análise do mesmo identificando os temas relacionados ao objeto e aos objetivos do estudo, realizando o recorte e agrupamento dos textos de acordo com suas semelhanças. Assim, os temas que traziam semelhanças em seu conteúdo foram reagrupados em três grandes categorias de análise que serão discutidas no capítulo 4.

3.6 Considerações éticas

É importante ressaltar que este estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e aprovado em 23/07/2015 sob o Protocolo 0431/15, em cumprimento às recomendações da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e das Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a origem e os procedimentos a serem utilizados, sendo garantido o sigilo absoluto e privacidade das informações, seu anonimato e o voluntariado na participação da pesquisa. De forma oficializar a participação na pesquisa os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realizar o cuidado em saúde é necessária a utilização de técnicas, ferramentas e estratégias que possam dar conta em responder às demandas e necessidades advindas das pessoas de diversos territórios que procuram nos profissionais da Atenção Básica soluções para seus problemas de saúde/saúde mental. No percurso teórico realizado neste estudo, foram apontadas algumas mudanças ocorridas na forma de lidar com o sofrimento psíquico das pessoas; destacados os avanços em relação ao cuidado em saúde mental e identificados os principais desafios em articular os dois campos de estudo dessa pesquisa: a atenção básica e a saúde mental.

O processo histórico de transformação da práxis em saúde mental no âmbito da atenção básica foi estudado a partir do material empírico produzido nesta investigação e permitiu a elaboração de três categorias de análise que estão divididas nas próximas sessões que se seguem: 1) Estratégias de cuidado em saúde mental realizadas pelos profissionais; 2) Potencialidades no cuidado em saúde mental; e 3) Dificuldades no cuidado em saúde mental.

4.1 Estratégias de cuidado em saúde mental realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

O Ministério da Saúde aponta diversas estratégias para lidar com os problemas de saúde mental na atenção básica, como o acolhimento, o matriciamento, as visitas domiciliares, a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o apoio do NASF, a abordagem à família, a articulação de rede, o trabalho com grupos, entre outras (BRASIL, 2013). Os profissionais da equipe investigada referiram como estratégias utilizadas por eles a escuta, o acolhimento, o vínculo, a desmedicalização, o monitoramento do uso de psicotrópicos, as práticas Integrativas e Complementares, a visita domiciliar, o compartilhamento dos casos, o PTS, o Genograma, o apoio do NASF, a formação em saúde e a articulação de Rede de Atenção à Saúde.

Em relação à escuta, ao acolhimento e ao vínculo, considera-se que estes constituem os pilares do processo de trabalho realizado na atenção básica, pois possibilitam ao profissional desse campo uma maior aproximação com as pessoas e, conseqüentemente, o estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário, relação mais difícil de estabelecer em outro tipo de serviço. O depoimento abaixo revela que o “*mecanismo da conversação*” é capaz de promover saúde às pessoas:

“[...] essa parte curativa ela é fácil fazer, o acompanhamento, a educação, até com a família. Ter saúde é mais trabalhoso, precisa de mais detalhes, [...] uma infiltração nesse mundo da pessoa e essa infiltração a gente consegue através do mecanismo da conversação, da proximidade...” (P2)⁴.

O depoimento de P2 corrobora com a ideia de construção de um modelo de saúde mais dinâmico e não reducionista, superando as limitações da visão dualista do homem e dando lugar a novas práticas na área da saúde (BRASIL, 2013). Ele traz pontos importantes a serem discutidos no campo da saúde mental na atenção básica e dialoga com o conceito ampliado de saúde na perspectiva da Clínica Ampliada. Esse último considera que para realizar um cuidado adequado aos sujeitos é preciso uma ampliação do objeto de trabalho, enxergando o sujeito em seu meio social e incluindo a sua forma singular de lidar com a própria saúde (CAMPOS, 2011; BRASIL, 2009).

Para o profissional citado isso só é possível através do “*mecanismo da conversação*”, “*da proximidade*”, pois apenas quando entendemos a pessoa para além da sua doença é que nos colocamos em um lugar de escuta, de diálogo, procurando com essa aproximação entender o sujeito em seu contexto, com seus desejos, suas angústias e suas estratégias para lidar com a vida. Podemos ver abaixo outro exemplo da utilização da estratégia de escuta e de acolhimento referida por um profissional:

“[...] eu converso sobre como é que está a pessoa no seu ambiente de trabalho, como é que está a pessoa no seu ambiente da família, de relacionamento, e é um fator que desmonta muitas pessoas, leva ao choro facilmente e a gente identifica essas questões”. (P3)

⁴ Denominação atribuída aos participantes do estudo a fim de garantir o anonimato.

De forma a dar voz à pessoa, à família ou a um coletivo é preciso saber escutar, não uma escuta baseada apenas numa queixa-conduta, mas uma escuta cuidadosa e sensível às explicações do sujeito sobre os seus problemas e a suas tentativas de intervenção sobre os mesmos. Acolhimento diz respeito, também, a saber receber, e momentos como o relatado pelo profissional são fundamentais para a criação do vínculo, essa “relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa” como nos diz Mororó (2010).

Outra estratégia apontada para a realização do cuidado em saúde mental diz respeito ao uso de psicofármacos, que são medicamentos que agem sobre o sistema nervoso central alterando os pensamentos, sentimentos e comportamentos das pessoas que os utilizam. Não será utilizada aqui a expressão “medicamentos psiquiátricos”, pois, assim, estaríamos defendendo a ideia de que apenas psiquiatras poderiam prescrevê-los. Quando o profissional tem possibilidade e disponibilidade para desconstruir mitos e tabus em torno de algumas questões, procurando conhecer um pouco mais sobre algumas práticas, ele pode assumir com responsabilidade o acompanhamento longitudinal dos casos de saúde mental evitando, assim, referências e contrareferências desnecessárias (BRASIL, 2013). Como demonstrado no depoimento abaixo:

“[...] eu tento não encaminhar para psiquiatra justamente pela formação hospitalocêntrica que a gente tem e manicomial, eu sou da Luta Antimanicomial, também acho que não tem que ter manicômio! E a galera se eu mandar para o psiquiatra, o cara volta com três, quatro remédios, uma contenção química absurda! Então, a pessoa não tem o direito de expressar o que ela sente, não tem o direito de conseguir buscar outras terapias [...]”. (P3)

O tratamento medicamentoso, entre outros tratamentos, é um recurso utilizado para diversos casos de saúde mental, mas especificamente para aqueles que apresentam como principal queixa questões relacionadas às dimensões do comportamento, do sono, do pensamento, etc. Entretanto, é preciso ressaltar que o uso de psicofármacos só fará sentido se incluído em um contexto de vínculo e de uma escuta atenta que encoraje o usuário a co-responsabilizar-se pelo seu tratamento, evitando, assim, os pedidos de “renovação de receita” destituídos de escuta, situação bastante comum na atenção básica. No momento em que o usuário compreende o seu papel na

produção de sua saúde, ele poderá implicar-se mais sobre as queixas que traz ao profissional (BRASIL, 2013). Os depoimentos a seguir demonstram a frequência dessa prática.

“[...] a renovação de benzodiazepínicos é sempre tensa, eu sempre tento reduzir, às vezes troco”. (P3)

“[...] vamos dar fluoxetina, vamos medicalizar essa vida dela? Eu pelo menos, não concordo! [...] Qual é a solução, teoricamente? Ela tem que achar, não a gente! Qual é o problema? O marido é o problema? A mãe que está lá é o problema? A criança é o problema? A vida dela? Fazer com que ela tenha esses insights de qual é o problema. [...] Tentar um empoderamento”. (P3)

Podemos ver no relato acima que o profissional faz referência a renovação dos benzodiazepínicos como um momento “tenso”, assim como o uso da fluoxetina como uma forma de “medicalizar” a vida de uma pessoa. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que os benzodiazepínicos e os antidepressivos são os psicotrópicos mais vendidos no mundo. Os benzodiazepínicos agem sobre a tensão e a ansiedade, estando entre os medicamentos mais consumidos no mundo, inclusive no Brasil. No que diz respeito aos antidepressivos temos a fluoxetina, citada no depoimento, como o medicamento mais prescrito no Brasil e no mundo atualmente (OMS, 2003 apud ALFENA, 2015).

Ao proferir a palavra “medicalizar” o profissional faz referência ao processo de medicalização da vida pelo qual o discurso da medicina se apropria do modo de vida das pessoas interferindo nas normas, nas regras de higiene, nos costumes e nos comportamentos sociais (LUZ, 2005). Em consonância com essa definição, Sanches e Amarante (2014) afirmaram que o poder da medicina, ao buscar a normatização da vida social, apresenta soluções profiláticas para problemas que são relacionados a condições sociais e econômicas das pessoas. Dessa forma, distancia o sujeito do seu sofrimento colocando em destaque os sintomas, que passam a ser considerados os determinantes da doença e sinalizam a existência de uma patologia.

Apesar de essa prática ser atribuída aos profissionais médicos, o processo de medicalização não é restrito a ela, mas diz respeito ao ato de categorizar sofrimentos e sintomas em diagnósticos, naturalizando as explicações e reduzindo a complexidade do

sofrimento humano, realizada em todas as áreas de saúde (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

“[...] tentar alguma coisa diferente, diminuir, tentar fazer um desmame, mas tem um pessoal que já usa há 5, 10 anos, difícil, porque daí o cardiologista falou que você vai ter que tomar isso para a vida inteira e como que eu, médico do Postinho, vou contradizer o Senhor Cardiologista que atende de terno e manda a pessoa fazer as coisas? É uma relação muito difícil, mesmo assim eu já tive algumas vitórias, eu já consegui trocar reduzindo doses, consegui suspender alguns poucos, mas muito menos do que eu gostaria”. (P3)

O depoimento acima demonstra uma tentativa de fazer um “desmame” do medicamento através da redução da dose, mas que esbarra nas concepções de outros profissionais que não trabalham com essa lógica, fazendo, assim, uma comparação entre o “médico do Postinho” e o “Senhor Cardiologista”. A estratégia utilizada pelo profissional revela que a ESF tem adotado práticas fundamentadas em uma nova noção de cuidado pautada na promoção da saúde e na superação dessa tradição medicalizante. Os conceitos e as diretrizes da ESF apontam para essa direção através do empoderamento individual e coletivo, do acolhimento, da construção dos vínculos, da participação popular, da intersetorialidade, entre outros pontos. Contudo, é necessário compreender que essa proximidade com o usuário tanto pode ser potencial para a realização de um acompanhamento desmedicalizante e promotor de autonomia, como também corre o risco de configurar-se como uma poderosa força medicalizadora, à medida que pode promover a dependência das pessoas ao medicalizá-las sem proporcionar uma devida interpretação sobre o seu adoecimento (TESSER, 2006).

Para muitas pessoas o medicamento ou remédio representa uma solução rápida para os seus problemas e por este motivo o profissional deve estar atento e procurar fazer com que o usuário reflita sobre as suas questões e tente encontrar estratégias para lidar com elas. Não se trata de fazer do uso de psicofármacos uma solução mágica, nem tampouco ignorar a importância deles. É necessário ter clareza sobre quais situações precisam realmente do uso de medicamentos prolongados, pois muitas vezes uma escuta atenta pode evitar anos ou uma vida inteira de dependência de medicação.

Outra estratégia citada pelos profissionais diz respeito à utilização de Práticas Integrativas e Complementares como uma das formas de cuidado em saúde mental e de evitar também o processo de medicalização da vida.

“Eu não dou benzodiazepínico, eu tento buscar sempre práticas complementares, primeiro exercício físico, [...] tentar mandar para o Equilíbrio do Ser, eu prefiro trabalhar com alguma coisa de Fitoterapia ou dar algum remédio que é sedativo, mas não sendo controlado”. (P3)

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Outros aspectos compartilhados pelas diversas abordagens incorporadas por esse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Estas práticas foram institucionalizadas nos serviços do SUS a partir da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em 2006, com o objetivo de ampliar o acesso da população a esses serviços nos diversos níveis de atenção, sendo prioritariamente desenvolvidas na Atenção Básica (BRASIL, 2006).

O serviço citado por P3 é o Centro de Práticas Integrativas e Complementares Equilíbrio do Ser que faz parte dos dispositivos de atuação dessa política e foi inaugurado no ano de 2012 pela Prefeitura Municipal de João Pessoa, através da Secretaria Municipal de Saúde e está situado no território do Distrito Sanitário III. Para ter acesso aos serviços desse Centro, o usuário pode ser encaminhado pela USF ou por qualquer outro serviço da Rede, ou até mesmo procurar de forma espontânea a unidade. Entre as práticas integrativas oferecidas estão: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, arteterapia, terapia floral, reiki, aromaterapia, gestalt terapia, biodança, terapia comunitária, yoga, meditação, círculo de gestantes, entre outras.

Em sua fala, o profissional fez referência a Fitoterapia que diz respeito a “terapia caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes apresentações e formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (LUZ NETTO, 1998 apud BRASIL, 2006, p. 18). Os fitoterápicos apresentam algumas indicações terapêuticas para os transtornos mentais como estados depressivos leves, ansiedade leve e distúrbios do sono associados à mesma, além de casos de astenia (fadiga) em geral (ANVISA, 2008; BRASIL, 2011 apud BRASIL, 2013).

As Práticas Integrativas e Complementares estão entre as diversas estratégias de cuidado em saúde mental que podem ser utilizadas na Atenção Básica, sendo referida pela equipe estudada como ferramenta para a realização de uma atenção humanizada, singularizada e integral em uma dimensão mais ampla do cuidado à saúde das pessoas. Desse modo, reconhecemos que a qualificação dos profissionais para desenvolver tais práticas em suas comunidades provocaria a redução da demanda de pessoas nos centros de práticas integrativas, a promoção de qualidade de vida e a prevenção de agravamentos no processo saúde/doença.

Outra prática que os profissionais identificaram como sendo uma estratégia utilizada para os casos de saúde mental diz respeito à visita domiciliar. Desde a década de 1990, através das mudanças ocorridas no modelo de atenção à saúde que levaram o enfoque para a promoção da saúde, a visita domiciliar começou a ganhar visibilidade e teve como cenário o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, a Estratégia Saúde da Família. A PNAB estabeleceu como atribuição comum a todos os profissionais da equipe de saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário (BRASIL, 2012).

Para a ESF, a visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar (CUNHA; GAMA, 2012, p. 336).

A PNAB orienta, ainda, que os ACS devem realizar as visitas domiciliares dos usuários sob sua responsabilidade no mínimo uma vez ao mês, programando-se de acordo com as necessidades do território e aquelas definidas pela equipe (BRASIL, 2012). Para Lancetti (2011, p. 93 e 94), o fato dos ACS visitarem as pessoas no mínimo uma vez ao mês tornam estes profissionais “afetivos fundamentais” e quando essas ações acontecem de forma conjunta com os outros trabalhadores da equipe transformam-se em uma potente “máquina de produzir saúde e saúde mental”. Com isso, esse profissional pode ter a possibilidade de intervir em alguns casos como o citado no depoimento abaixo:

“[...] na área, no momento, estava tudo armado para dar nele, só que ele, um paciente mental, estava em crise devido à ausência de medicamento e aí na mesma hora que a gente soube fomos até a casa da família se certificar do que estava acontecendo”. (P6)

O relato do profissional refere-se a uma situação na qual um usuário teve um surto devido à falta de medicamentos e estava na rua realizando atos reprováveis pelos moradores. Diante do comportamento, a comunidade se reuniu para espancá-lo na tentativa de puni-lo pelo que estava fazendo. Mas, ao saber do que estava acontecendo o profissional da USF rapidamente compareceu ao domicílio do usuário, em companhia da ACS da área, e impediu que o fato acontecesse conversando com os moradores e explicando sobre as condições nas quais se encontrava o usuário.

Difícilmente um profissional de outro nível de atenção realizaria esse tipo de intervenção, pois, apesar dos profissionais da ESF vivenciarem situações bastante complexas no território, contam com estratégias simples, mas potentes como a visita domiciliar, para estabelecer vínculo, confiança e resolver diversas situações. No depoimento abaixo, verifica-se outro exemplo da importância do ACS como agente do cuidado em saúde mental:

“[...] quando eu cheguei, comecei a conversar com esse menino, [...] como eu já conheço, eu fui tendo intimidade, fui adentrando, eu fui a única pessoa que entrou (no quarto). Gente, ele extremamente nervoso!!!” (P1)

Lancetti (2011) afirma que o ACS é uma peça preciosa para o cuidado em saúde por ocupar na ESF um lugar paradoxal, pois, ao mesmo tempo que está dentro da comunidade também faz parte de um serviço sanitário, o que ele chamou de “uma espécie de polícia médica revolucionária”:

Polícia (no velho sentido da polícia médica, uma das fontes históricas da medicina sanitária), pois se inserem no ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas. E revolucionária, porque ali onde somente a TV Globo ou as emissoras de rádio se inserem como componentes de produção de subjetivação, com suas consequências infantilizantes, os agentes comunitários criam germes [...]. (p. 93-94).

Nesse contexto, os agentes de saúde “criam germes” (LANCETTI, 2011, p. 94) dentro dos domicílios, adentrando na intimidade das famílias, se “infiltrando nesse mundo das pessoas” e produzindo subjetividades como nos disse P2. Por outro lado, esse profissional representa o “dedo do Estado” na comunidade, podendo, assim, ocupar um lugar de controle dessas pessoas como nos disse Guilles Deleuze, sobre a sociedade de controle: “ela opera ao ar livre, não mais nos hospícios, mas em todo lugar e, fundamentalmente, nos domicílios” (DELEUZE, 1992, apud LANCETTI, 2011). Portanto, é preciso que a visita domiciliar, assim como as outras estratégias de cuidado, seja realizada de modo a produzir vida nos usuários, levando em consideração sua autonomia, seus costumes e sua maneira singular de produzir a própria saúde.

Outra estratégia referida pelos profissionais que também chama a atenção para a importância do ACS foi o compartilhamento dos casos entre os profissionais da equipe como mostram os depoimentos a seguir:

“[...] porque o papel do agente de saúde é justamente esse, é ir em busca e trazer para os demais componentes da equipe, [...] que são os nossos colegas, e nós termos uma fala globalizada. A gente partilha com os outros colegas para que quando esse personagem chegar na Unidade e precisar do cuidado, nós colegas estejamos sabendo da situação dele”. (P1)

“[...] é uma obrigação do ACS fazer isso, ter esse vínculo, ele é o elo da comunidade com os demais profissionais e eu acho que isso na nossa equipe funciona muito bem”. (P3)

Novamente, os profissionais destacam um aspecto da Clínica Ampliada, orientada pelo Ministério da Saúde: a construção compartilhada e corresponsável de diagnósticos e estratégias terapêuticas que promovam um cuidado interdisciplinar e integral (BRASIL, 2009). Tal compartilhamento não constitui função única e exclusiva do ACS, mas de todo profissional da equipe na busca de respostas às demandas e necessidades complexas dos casos que acompanham, mas que muitas vezes se sente desamparado ou despreparado para lidar com a diversidade de problemas da comunidade. Nesse sentido, considera-se que o saber-fazer compartilhado, fundamentado na interdisciplinaridade e na intersetorialidade e que inclui o usuário como protagonista nesse processo pode ser uma ferramenta mais potente do que uma intervenção pontual e individualizada (BRASIL, 2009).

Algumas estratégias não foram citadas pelos profissionais, como por exemplo, a utilização da técnica de grupos como uma estratégia para o cuidado em saúde mental. Tendo em vista a aposta de que essa ferramenta produz impacto na produção de saúde das pessoas a utilização da mesma é bastante recorrente na saúde pública. Para Pichon-Rivière (2005), aprendizagem nos processos grupais é sinônimo de mudança na medida em que o sujeito vivencia uma transformação de si, dos outros e do contexto em que está inserido. Segundo o autor, isto não acontece de forma unilateral e estereotipada, mas a partir de uma relação dialética entre sujeito e objeto.

Neste sentido, na medida em que os participantes de um grupo compartilham objetivos comuns os seus integrantes passam a estabelecer relações grupais. Desse modo, a aprendizagem centrada nos processos grupais tem como foco uma nova elaboração do conhecimento no qual comunicação e interação são processos inseparáveis, visto que esse aprendizado se dá na relação entre os sujeitos. Portanto, é neste sentido que a técnica de intervenção com grupos pode auxiliar nos processos de cuidado dentro do campo da saúde e da educação, na medida em que saúde mental e aprendizagem andam em conjunto procurando realizar uma transformação ativa da realidade colocando os sujeitos como protagonistas na produção de sua saúde.

Um dos problemas identificados sobre a utilização de grupos pela equipe estudada diz respeito à desvalorização desse tipo de técnica em decorrência da priorização do atendimento individual. Em uma das visitas realizadas ao campo, foi possível registrar de

uma profissional o seguinte questionamento: “[...] a gestão só se preocupa com produção, com número de atendimentos, como a gente vai poder fazer grupos assim? (sic)⁵.” A profissional referia-se a dificuldade em realizar atividades grupais com os usuários, alegando que a gestão municipal se preocupava apenas com produção mensal, na qual maior parte dos indicadores, dizem respeito às atividades realizadas nos consultórios através do atendimento individual.

Para Oliveira (2008), a gestão de muitos municípios provoca uma tensão nos serviços devido à adoção dessas políticas de produtividade, contribuindo para o que chamou de “produtivismo” voltado para o aumento de produção de procedimentos, sem, necessariamente, implicar em produção de saúde e qualidade de vida. Dessa forma, se produz uma prática burocrática, enrijecida e pouco participativa, causando insatisfações nos profissionais e contribuindo para o engessamento das práticas de saúde.

Outra questão importante de destacar em relação à utilização da técnica de grupos pela equipe diz respeito a uma contradição no que se refere aos princípios e diretrizes do trabalho realizado na Atenção Básica (BRASIL, 2012), assim como pelas orientações dadas pelas políticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) no que diz respeito ao cuidado em saúde mental que deve ser realizado pela ESF. Afirma-se que se bem estruturado em sua finalidade e em seus manejos, um grupo pode permitir transformações subjetivas, interações sociais e um significativo impacto na saúde dos sujeitos, que dificilmente seria atingido durante um atendimento individual (BRASIL, 2013).

Neste sentido, a utilização da técnica de grupos é tão importante quanto os atendimentos que são realizados dentro dos consultórios, tendo em vista que esse tipo de paradoxo há muito tempo já deveria ter sido superado nos serviços de atenção à saúde, principalmente, naqueles cujos trabalhos são pautados pela perspectiva da prevenção e da promoção da saúde, como a Atenção Básica.

⁵ Informação registrada no Diário de Campo da pesquisadora.

4.2 Potencialidades na realização do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Sabemos que saúde mental e saúde da família são dois campos que convergem entre si, como vimos no decorrer desta pesquisa, mas que ainda enfrentam muitos desafios para realizar essa junção na prática, seja no que diz respeito à própria noção de loucura que existe na sociedade, seja por dificuldades com questões relacionadas a gestão dos serviços. Mesmo assim, existem muitas experiências exitosas que nos mostram a potencialidade das equipes de saúde da família em lidar com essa demanda, assim como diversas recomendações para que isso seja possível. Dessa forma, destacaremos neste momento as estratégias apontadas pelos profissionais que demonstram a potencialidade da equipe estudada para lidar com as demandas de saúde mental do seu território de atuação.

Um ponto que chamou atenção neste estudo diz respeito à identificação do processo de escuta como uma importante estratégia de cuidado para lidar com os casos de saúde mental. Assim, a escuta representa para esses profissionais uma estratégia fundamental para lidar com algumas situações, como podemos ver no depoimento abaixo:

“[...] quando entrei na equipe todos já tinham uma escuta muito mais voltada para identificar esses casos, ao longo dos anos se desenvolveu isso, mas não sei dizer se foi em educação permanente ou em conversa mesmo individual, mas o fato é que a equipe já tem uma sensibilidade um pouco mais apurada para isso”. (P3)

É necessário, nesse momento, chamarmos atenção para a importância do ato de escutar. Com isso, lembramos aqui de um trecho que o escritor Rubem Alves traz em seu texto “Escutatória”:

Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir. Pensei em oferecer um curso de escutatória. Mas acho que ninguém vai se matricular. (ALVES, p. 65, 1999).

O escritor nos faz refletir sobre a dificuldade, ou melhor, a falta de interesse das pessoas em escutar, pois, segundo ele, aprender a falar é mais importante do que aprender a ouvir. Ninguém se matricularia em um curso de “Escutatória” devido ao fato de que as pessoas não estão dispostas ao ouvir o outro, muito menos, quando esse outro traz problemas sobre si mesmo. Vimos no referencial teórico deste estudo que, na época de Freud, ninguém queria ouvir as histéricas e colocavam como cerne do seu sofrimento apenas causas orgânicas. Mas, Freud ao pensar que talvez aquelas mulheres tivessem algo a dizer sobre as suas angústias, fez surgir dentro dos consultórios, engessados pelo discurso da medicina tradicional, a ferramenta da “escuta”.

Neste sentido, podemos dizer que para ouvir é preciso, também, saber “calar-se”, no sentido de silenciar o discurso medicalizante e institucionalizante arraigado em nossas práticas pelo modelo biomédico e possibilitar uma escuta atenta ao que o outro tem a nos dizer sobre a sua existência. No entanto, saber “ficar devidamente calado requer anos de prática”, como afirmou Mia Couto (2009, p. 14) em seu texto “O Afinador de Silêncios”. Devidamente calado na prática clínica diz respeito ao ato de silenciar para dar lugar a fala do outro, não fazendo desse silêncio uma ausência de respostas, muito menos uma falta de interesse no que está sendo dito, mas como uma forma de colocar a demanda do sujeito como o centro do diálogo.

Esta é uma forma de exercitar a “Escutatória” e os profissionais das equipes de saúde da família, especialmente a que estudamos nesta pesquisa, sabem bem do que se trata. Pelo fato de fazerem parte do cotidiano das pessoas que residem nos territórios de atuação dessas equipes os profissionais acabam, por muitas vezes, sendo a pessoa pela qual é direcionado o “famoso desabafo”. Isto pode ser ilustrado pelo depoimento que segue:

“[...] muitas vezes o psicólogo dessa família é o agente de saúde que nem técnico de enfermagem é, a gente as vezes acaba sendo o ouvido daquela pessoa que quer desabafar, esse choro que vocês escutam nos consultórios a gente escuta quase todos os dias nas portas.... Sabe, tem gente que pára você no meio da rua e (diz) posso chorar com você? ” (P1)

A partir deste depoimento podemos dizer que o usuário encontrou no profissional uma oportunidade para falar sobre o seu sofrimento, apostando que o mesmo poderia ser uma pessoa interessada em ajudá-lo com suas questões. Neste sentido, a escuta é uma primeira estratégia que pode ser utilizada pelo profissional de saúde de forma a fazer o usuário relatar sobre o seu sofrimento a partir de uma outra perspectiva: através de um interlocutor disponível e atento para ouvir o que ele tem a dizer (BRASIL, 2013).

Neste “desabafo” o usuário pode se dar conta de algumas questões relacionadas aos seus conflitos que, muitas vezes, não é possível fazer quando se está sozinho. Por isso, a importância de um profissional nesse processo, como podemos ver no trecho abaixo:

Ter o profissional de saúde da Atenção Básica como um interlocutor pode ser uma via para lidar com esses sofrimentos cotidianos, muitas vezes responsáveis por somatizações ou complicações clínicas. O exercício de narrar seus sofrimentos, ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos. (BRASIL, 2013, p. 24).

Sendo assim, a estratégia da escuta enquanto prática terapêutica dos profissionais de saúde, não deve ser comparada ao ato de escutar do senso comum, que faz do ouvir apenas um momento corriqueiro do dia a dia, no qual não existe nenhuma implicação ética de quem ouve, sendo muito comum nos encontros cotidianos. A escuta, enquanto estratégia de cuidado, quando realizada com ética e implicação do profissional nesse processo, transforma-se em uma potente ferramenta de trabalho que pode servir de suporte emocional para muitos casos.

Outra estratégia referida pela equipe e identificada como uma potencialidade da mesma no cuidado em saúde mental foi a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) realizado a partir de um caso de transtorno mental. A complexidade do caso e de sua família chamou atenção da equipe e fez com que os profissionais utilizassem diversas estratégias para lidar com a situação, que serão pontuadas durante essa discussão.

O PTS é uma ferramenta que vem tomando destaque desde o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica e do SUS como um importante dispositivo de organização do processo de trabalho das equipes de saúde (OLIVEIRA, 2008). Nesse contexto, começaram a surgir dispositivos de cuidado que visavam à consolidação da rede, os vínculos e a corresponsabilização entre usuários, profissionais e gestores, como a Clínica Ampliada, as equipes de referência e os Projetos Terapêuticos Singulares, de forma a garantir uma atenção integral, resolutive e humanizada (BRASIL, 2009).

Neste sentido, PTS é definido como um conjunto de propostas que visam ao cuidado do indivíduo por meio de condutas terapêuticas articuladas e direcionadas às suas necessidades individuais ou coletivas. Esta ferramenta vem sendo bastante utilizada em espaços de atenção à saúde mental como forma de valorizar aspectos do tratamento para além dos diagnósticos e da medicação, através de um trabalho integrado entre equipe, usuário e familiares (BRASIL, 2009). Neste sentido, para a construção do PTS

cabe à equipe e ao usuário algumas práticas de aproximação. Ir ao campo e provocar momentos de encontro. Reconhecer e afirmar as identidades das pessoas em seus territórios existenciais. Ofertar contatos, encontros, momentos de conversa, seja nos espaços do serviço, na rua ou no domicílio das pessoas. O significado desses encontros não se dá apenas pela necessidade da equipe de *coletar* informações, mas, além disso, será o de oportunizar o vínculo e a formação de algo em *comum*. (OLIVEIRA, 2008, p. 277).

Sendo assim, para a realização do PTS é preciso que a equipe esteja em contato direto com o usuário e sua família, construindo e produzindo as estratégias de condução da situação. Para isso, é necessário que os profissionais estejam interessados em disponibilizar tempo para a sua construção e criem em seu cotidiano de trabalho um espaço na agenda para que possam discutir os casos, apesar do excesso de demanda que chegam às Unidades todos os dias (OLIVEIRA, 2008).

“[...] aí foi feito o genograma e a gente começou a desmontar isso, [...] o trabalho foi feito o trabalho de formiguinha que ia lá a enfermeira, o médico, o técnico de enfermagem...” (P1)

O depoimento citado acima diz respeito ao acompanhamento do caso referido, no qual o trabalho foi realizado por diversos membros da equipe, como a dentista, a enfermeira, o agente de saúde, etc. Sobre o caso em questão trata-se de um jovem de 22 anos, que aqui chamaremos de R. P., com diagnóstico de esquizofrenia paranóide⁶ que se encontrava isolado em um quarto com ideias delirantes de que sua família tinha planos de matá-lo. Dessa forma, não se alimentava, não tomava banho, não permitia que ninguém se aproximasse dele.

Diante disto, foram realizadas diversas visitas ao usuário na tentativa de estabelecer um vínculo com o mesmo que pudesse dar alguma pista sobre como a equipe poderia ajudá-lo. Assim, “foi feito o trabalho de formiguinha”, como referido pela profissional, e no decorrer desse trabalho a equipe construía a história de R. P., planejava e replanejava as intervenções, utilizando-se das estratégias que fossem possíveis. Além do PTS foi construído, também, um Genograma Familiar.

O Genograma Familiar é uma representação gráfica da família que possibilita uma melhor compreensão da mesma, pois nele são registradas informações sobre todos os membros da família e as relações que estabelecem entre si. Trata-se de um instrumento bastante utilizado na Terapia Familiar, em pesquisas sobre família e na Atenção Básica à Saúde (CARTER; MCGOLDRICK, 1995; MINUCHIN, 1999, apud BRASIL, 2013). Com isso, o genograma auxilia os profissionais da equipe de saúde da família a identificar as relações familiares que se estabelecem com o passar do tempo, em diferentes fases da família, e como elas influenciam no processo saúde-doença de seus membros.

“[...] nós começamos com dezessete pessoas na família, morando na mesma casa, que nunca teve essas dezessete pessoas, hoje a gente sabe que tem cinco pessoas”... (P1)

Como dito anteriormente, esta ferramenta permite aos profissionais enxergar a dinâmica familiar, identificando contradições e “desmontando” algumas questões, como relatado em um depoimento anterior. Durante vários momentos nos quais a pesquisadora

⁶ De acordo com a *Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)*, a esquizofrenia paranóide se caracteriza essencialmente pela presença de ideias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações e de perturbações das percepções.

esteve com a equipe os profissionais sempre se referiam a família de R. P. como “complexa” colocando a mesma entre as famílias que consideram de alto risco no território, pois entre os seus membros possuem três idosos, inclusive um deles com 93 anos de idade, os outros dois com morbidades como hipertensão e diabetes, uma jovem com deficiência auditiva e mental em situação de cárcere privado e um jovem com transtorno mental, a respeito do qual foi construído o PTS.

Diante disso, a equipe solicitou o acompanhamento do caso pela psicóloga do NASF, que no momento era a apoiadora da equipe. Com isso, a mesma iniciou uma série de visitas semanalmente ao usuário e foi aos poucos conseguindo uma aproximação. R. P. começou a sair do quarto para conversar com a psicóloga que percebeu que o mesmo respondia aos questionamentos quando o diálogo se dava através da escrita. Iniciou-se, então, uma tentativa de realizar um acompanhamento conjunto do caso com o CAPS da região, mas como R. P. não saía de casa e o CAPS nunca pôde realizar uma visita domiciliar ao mesmo, isso não teve êxito.

Mesmo assim, R. P. continuou sendo acompanhado pela equipe e pelo NASF, no “trabalho de formiguinha” que deu novos contornos a vida dele, como podemos confirmar através do depoimento abaixo:

“[...] R. P. que era o tido ‘problema mental de último grau’, que ninguém cuidava, que ninguém tinha acesso, (hoje) ele vem conversa com Dr^a. E., que é a dentista, já faz tratamento dentário, conversou com Dr. F. tranquilamente, conversou com J., que é a psicóloga, chegou aqui pedindo para tirar foto, a gente sabe a dificuldade que é uma pessoa dita normal chegar e pedir para ser fotografado, e ele chegou e disse ‘eu quero tirar uma foto’, [...] então essa pessoa que a gente tinha como caso que era isolado dentro de casa, a gente viu que eram as pessoas que o isolavam, ou seja, o problema psiquiátrico estava nas pessoas que a gente vive sã”... (P1)

Ao acreditar que no emaranhado das palavras ditas, e muitas vezes não ditas por R. P., havia um sujeito que resistia a uma família adoecida fazendo do seu isolamento uma tentativa de proteger-se disso, os profissionais possibilitaram a ele uma nova configuração de sua existência. R. P. voltou a circular pela comunidade e a frequentar a USF, inclusive, em uma dessas idas “*chegou pedindo para tirar foto*”, como podemos ver no depoimento. Neste sentido, podemos dizer que através do cuidado realizado pelos

profissionais da equipe R. P. pôde realizar um enlaçamento social que o “amarrou” ao mundo externo como um *ponto de capton*⁷, tirando-o da condição de isolamento social e trazendo-o para a condição de sujeito. Essa “amarração” parece ter sido demonstrada, simbolicamente, através do pedido de R. P. para ser fotografado com a equipe, como se o registro da imagem pudesse captar esse enlaçamento que trouxe a ele um novo lugar social.

A necessidade de ilustrar esse caso, mesmo que não seja objetivo desse estudo trazer uma análise aprofundada sobre o mesmo, parte da importância de destacar aqui um acompanhamento de um usuário “*que era dito como problema mental de último grau*” que trouxe inúmeros aprendizados para essa equipe. A partir de R. P. os profissionais puderam questionar sobre a “loucura” em um jovem inserido em uma família que o isolava e em uma sociedade que o rotulava. Isso possibilitou, também, novos arranjos para o caso, produzindo efeitos em cada encontro realizado entre usuário e equipe.

É de suma importância também destacar aqui uma outra potencialidade da equipe percebida não apenas através do caso discutido, mas pela realização de outros manejos de cuidado. Trata-se da atuação da apoiadora do NASF que acompanhava a equipe no momento da pesquisa que fez uma diferença significativa no que diz respeito ao acompanhamento dos casos de saúde mental do território. O Caderno da Atenção Básica Nº 39 (BRASIL, 2009), que institui as diretrizes do NASF, orienta a realização de um trabalho compartilhado entre NASF e ESF através do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental. Para Campos e Domitti (2007), o apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que tem como função a ampliação da clínica, de forma a superar a lógica de encaminhamentos desnecessários apontando para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de saúde da família e de saúde mental, possibilitando, assim, uma maior resolutividade na atenção à saúde.

As estratégias identificadas neste estudo, apontadas pelos profissionais, que referiam ao trabalho do NASF em relação ao acompanhamento dos casos de saúde mental foram as seguintes: construção de PTS, visitas domiciliares, escuta qualificada,

⁷ *Ponto de Capton* é uma técnica de confecção em tecido ou outros materiais que oferece desenho gráfico produzida através de quadrados retilíneos riscados e costurados para delinear formas geométricas ou orgânicas. Este ponto caracteriza-se por possibilitar uma amarração entre o tecido externo e o interno de um estofado, como almofadas, poltronas, etc.

interconsulta. Seguem abaixo depoimentos que fazem referência a uma dessas ferramentas:

“[...] geralmente eu tento uma interconsulta com J., na grande maioria das vezes eu peço uma interconsulta com ela e solicito o retorno para o paciente, aí fico acompanhando”... (P4)

“[...] no caso dela eu não vejo que pede uma intervenção maior, a gente consegue resolver aqui, faz uma interconsulta com J., a gente tem preceptor da residência também que é muito atuante, a gente tem os professores que vem, os alunos, a gente pode pegar um caso fazer um PTS, tentar se inserir na família para ver, dando um cuidado um pouco maior”. (P1)

O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011) traz entre os instrumentos do processo de matriciamento os que acabamos de citar neste estudo, como o PTS, o Genograma, a interconsulta e as visitas domiciliares. Este material aponta para a necessidade desses instrumentos de forma a realizar uma prática conjunta entre NASF e ESF. Em relação a interconsulta, citada no depoimento acima, trata-se de uma ação colaborativa que acontece entre profissionais de áreas distintas, podendo ocorrer através de consultas e visitas domiciliares conjuntas ou até mesmo durante uma discussão de caso. Estes instrumentos possibilitam a construção de uma atenção integral aos usuários, assim como produz uma troca de conhecimentos entre os profissionais, configurando-se, assim, como uma potente ferramenta de educação permanente (BRASIL, 2011).

Outros exemplos de atuação do NASF junto aos casos de saúde mental foram identificados durante as visitas realizadas pela pesquisadora a USF⁸, nas quais foram possíveis estabelecer alguns diálogos com a apoiadora da equipe sobre o assunto. Pelo fato da apoiadora ser psicóloga foi possível para mesma implantar na unidade um fluxo interno para os casos de saúde mental no quais os profissionais da equipe referiam necessitar de uma atenção especializada, como psiquiatria, psicologia, etc. Desse modo, existia na USF um horário fixo no qual a apoiadora realizava escuta

⁸ Informações contidas no Diário de Campo da pesquisadora.

qualificada a esses usuários e avaliava a necessidade dos mesmos procurarem uma atenção especializada.

Segundo relato da apoiadora, diversos casos que chegavam para ela tinham demanda apenas de alguns momentos de escuta, outros foram encaminhados para os Centro de Práticas Integrativas e Complementares ou para alguma atividade na própria comunidade, etc. O fato é que esse fluxo interno funcionava como uma espécie de “triagem” na qual os usuários passavam antes de procurarem outro serviço, que pode ter evitado que os mesmos entrassem numa extensa fila de espera sem necessidade, além de poder proporcionar na atenção básica a resolutividade dos casos que estão sob sua responsabilidade territorial.

Sabemos que todas essas estratégias que foram apontadas dizem respeito ao papel do NASF, segundo suas diretrizes para atuação (BRASIL, 2014), mas em relação ao município de João Pessoa elas merecem destaque especial devido ao fato dos profissionais deste serviço possuírem outras funções no seu processo de trabalho. O NASF no município de João Pessoa assume, entre outras funções, a função de gerência das USF, acarretando em diversas queixas proferidas pelos profissionais que esperam que o mesmo exerça apoio matricial e clínico como orientado pelo Ministério da Saúde. Sobre isso, discutiremos com mais detalhes na próxima sessão, visto que essa função de gerente do NASF foi colocada pelos profissionais enquanto uma dificuldade enfrentada por eles.

Sabemos que para a consolidação da Reforma Psiquiátrica não basta apenas que reorientemos a rede de atenção à saúde, disponibilizando serviços que possam atender as demandas de saúde mental baseados na lógica territorial. Como vimos no referencial teórico deste estudo, a Reforma Psiquiátrica vai para além da desospitalização, partindo da superação do modelo médico-centrado para um modelo psicossocial que leva em conta o sujeito e o seu contexto. Neste sentido, requer uma nova forma de pensar sobre os sujeitos, pensar a saúde e, inclusive, a própria prática cotidiana. Para isso, os processos de formação, baseados na proposta de educação permanente, são estratégias fundamentais para garantir o avanço desse modelo.

Neste mesmo sentido, Bezerra Jr (2007) coloca a formação de recursos humanos como um dos desafios fundamentais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois,

segundo o autor, para combater os “manicômios mentais”⁹ é preciso incentivar os profissionais a desenvolverem um trabalho crítico e criativo, não apenas executando os modelos propostos pelas políticas, mas exercendo a auto-reflexão e a constante reavaliação que a prática cotidiana tem sobre a sua subjetividade. O autor coloca ainda que

as novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito, todos esses são temas cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista. (BEZERRA Jr, 2007, p. 245).

Concordamos com o autor e destacamos a importância da formação teórico-crítica para os profissionais da Atenção Básica, entendendo a potencialidade deste campo de atuação, e dos atores nele inseridos, na consolidação dos ideários da Reforma Psiquiátrica e dos princípios do SUS. Com isso, solicitamos aos profissionais desse estudo que referissem se já haviam participado de algum tipo de formação como capacitação, curso, entre outros, voltados para a área de saúde mental e identificamos os seguintes: Projeto Caminhos do Cuidado, Escola de Redutores de Danos e Matriciamento em Saúde Mental.

É preciso chamar atenção nesse momento que não estamos identificando como “formação” apenas momentos técnicos de ensino-aprendizagem que são realizados através de cursos e capacitações pontuais. Estamos apenas destacando, também, as atualizações técnico-científicas como sendo um dos aspectos da formação e não o seu foco central, como afirmou Ceccim e Feuerwerker (2004). Para os autores, a educação

⁹ Conceito desenvolvido pelo filósofo Peter Pál Pelbart, bastante utilizado nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, que diz respeito a forma de lidar com a loucura na construção cultural, independentemente da existência de manicômios. “Também não basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente esticado através de uma revolucionária plástica sócio-política, se encarregaria de abolir. Nada disto basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão” (PÁL PELBART, p. 134, 1990).

aplicada ao trabalho deve ser realizada, mas não somente ela como também uma educação que pensa o trabalho e a produção do mundo.

Neste sentido, a formação não deve ter como foco apenas a busca de evidências sobre o tratamento, sobre as doenças, os agravos, etc., mas deve englobar aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento, além do conhecimento do SUS. Assim, deve se estruturar a partir da problematização do processo de trabalho, transformando as práticas profissionais de forma a realizar um cuidado voltado às várias dimensões e necessidade de saúde das pessoas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

“[...] nós fizemos um curso, que é a Redução de Danos, que não pudemos botar em prática e a gente sabe o quanto isso iria ser bom para essa realidade psiquiátrica hoje, porque a gente sabe que o paciente para chegar a ser mental ele foi um usuário, ele foi filho de um usuário, foi filho abandonado, foi filho de alguém que desprezou, filho de um alcoolista...” (P2)

“[...] essa qualificação, que é uma coisa que a gente sabe que tem necessidade, eu hoje acho que eu e meus colegas, a gente tem outra visão, hoje eu consigo na escuta identificar [...]” (P2)

Os depoimentos acima trazem relatos de um profissional que se referia a um curso de Redução de Danos que participou no qual, apesar de afirmar que não pôde colocá-lo em prática, demonstra que com isso houve uma ampliação de sua visão sobre o “usuário”, que no contexto do qual falava referia-se ao usuário de drogas. O profissional afirma no depoimento que para uma pessoa se tornar “mental” ela pode ter passado por vários problemas anteriores, como problemas familiares e abandono, enxergando, assim, a questão do uso de drogas a partir de um olhar mais amplo, que leva em consideração o contexto de vida do sujeito, não focando apenas o uso de drogas por si só. Dessa forma, o profissional parece demonstrar que o curso proporcionou essa reflexão, sendo confirmado também no segundo depoimento no qual se refere a escuta, convergindo com as ideias de formação que estamos discutindo, aquela que pensa o próprio trabalho com o objetivo de transformá-lo.

O depoimento abaixo também traz essa ideia de reflexão da prática proporcionada pelos momentos de formação em serviço.

“[...] aqui tem Residência de Medicina de Família e Comunidade já há quatro anos, isso eu acho que é um diferencial muito grande, quando entrei na equipe todos já tinham uma escuta muito mais voltada para identificar esses casos. [...] O fato é que a equipe já tem uma sensibilidade um pouco mais apurada para isso”. (P3)

Neste depoimento podemos ver, mais uma vez, um exemplo que coloca a formação em serviço, nesse caso a Residência de Medicina e Comunidade, como um “diferencial” na medida em que pode proporcionar momentos de educação permanente tanto para os estudantes quanto para a equipe. Além dessa Residência também estão inseridos na USF profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, assim como estudantes de Medicina e Fonoaudiologia em estágios curriculares. Neste sentido, temos um campo bastante rico no que diz respeito a formação, levando em consideração que essa integração deve se realizar a partir da lógica da educação permanente em saúde.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde, publicou a “Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde” que traz o seguinte trecho:

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. (BRASIL, 2004, p. 10).

Neste sentido, a educação permanente em saúde deve ser realizada a partir dos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que os profissionais e a comunidade já possuem. Não só na atenção básica, como também nos serviços específicos de saúde mental, as relações terapêuticas são sustentadas muito mais pelos recursos humanos do que por equipamentos tecnológicos. Sendo assim, para Merhy (2005), a habilidade dos profissionais é fundamental para a continuidade dos tratamentos, visto que esses influenciam diretamente nas escolhas dos usuários, através de um trabalho com grande

envolvimento psico-afetivo, necessitando, dessa forma, de apoio e investimento permanente.

Pudemos discutir nesta seção diversos aspectos relacionados a equipe estudada que demonstram o seu potencial na realização do cuidado em saúde mental da sua comunidade. Sabemos que estes foram apenas alguns pontos relatados pelos profissionais em um momento específico desta pesquisa e que, muito provavelmente, os mesmos devem produzir cotidianamente inúmeras outras ações para lidar com a saúde mental dos usuários que acompanham. Discutidas as estratégias relacionadas a potencialidades partiremos agora para a próxima sessão que tem como foco a análise das dificuldades apontadas pela equipe no que diz respeito ao cuidado em saúde mental.

4.3 Dificuldades na realização do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Alguns pesquisadores, como Gama e Campos (2009), Paulon e Neves (2013), Lima e Macedo (2013), têm reconhecido em seus estudos as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da Atenção Básica no que diz respeito às demandas de saúde mental que chegam as Unidades. Estas dificuldades são apontadas, muitas vezes, pela falta de capacitações, qualificações, que são muito escassas quando se trata de saúde mental. Outra questão também apontada diz respeito ao fato de a dimensão da saúde mental não ser reconhecida como um aspecto ligado ao adoecimento, ao sofrimento daqueles que procuram as USF por alguma necessidade de saúde, e por este motivo, alguns profissionais acabam encaminhando as situações de saúde mental para outros níveis de atenção à saúde.

Neste sentido é que temos afirmado ao longo deste estudo que as equipes de saúde da família realizam, cotidianamente, ações de saúde mental, visto que produzir saúde significa também produzir saúde mental, pois entendemos o ser humano a partir de uma visão integral, com suas questões subjetivas, sociais, biológicas, espirituais, etc. Sabemos que o trabalho realizado na atenção básica deve ser orientado por esta visão integral do cuidado, o que significa lidar com questões bastante complexas que demandam intervenções igualmente complexas neste contexto. Sendo assim, lidar com

a saúde mental das pessoas, com o sofrimento, a subjetividade e a complexidade que é o ser humano não é tarefa simples. Por este motivo, os profissionais da atenção básica têm enfrentado diversas dificuldades no que diz respeito à realização desse cuidado nos serviços.

Uma grande dificuldade apontada pelo grupo, diz respeito à identificação do que seria uma pessoa com “problemas de saúde mental”. Vale ressaltar que a saúde mental não está dissociada da saúde geral e, portanto, podemos dizer que todo “problema” de saúde é também um “problema” de saúde mental (BRASIL, 2013). Uma dimensão comporta a outra. Mas, as questões de saúde mental envolvem uma diversidade de fenômenos que requerem dos profissionais um conhecimento e um manejo específicos para diferenciá-los dos demais problemas de saúde como mostra o depoimento abaixo:

“[...] eu acho que é diferente as pessoas que tem problemas, distúrbio mental, para quem precisa de medicamento para dormir e se intitula ‘o doido’ que precisa do CAPS. A gente precisa também saber diferenciar isso aqui dentro para que nós não tratemos todo mundo como problema psiquiátrico. Tanto é verdade que tem pessoas que tomam medicamento a vida inteira, mas já teve a oportunidade de passar dois, três dias sem tomar e dormiu do mesmo jeito...” (P1).

O profissional está se referindo ao que devemos considerar como um problema “grave” de saúde mental ou um problema “leve”, exemplificando através de uma pessoa que precisaria frequentar um serviço especializado em saúde mental, como um CAPS, daquelas que necessitam de medicamento para dormir, mas que na ausência do mesmo não desencadeia uma crise, por exemplo. É evidente que nem todo caso considerado grave será única e exclusivamente demanda para os CAPS, como também nem toda dificuldade relacionada ao sono deve ser considerada como uma questão mais simples. Por isso é fundamental saber identificar os problemas (sinais, sintomas, expressões) para uma melhor condução dos mesmos.

Quem atua na Atenção Básica sabe que as pessoas que buscam as USF com sofrimento mental trazem, geralmente, como queixa a tristeza, a ansiedade, a irritabilidade, o desânimo, e às vezes tudo isso junto (BRASIL, 2013). Também é possível que estas questões sejam identificadas mesmo que não haja uma queixa ou um

sofrimento explícito neste sentido. O fato é que quando as pessoas procuram as USF elas estão com alguma necessidade de saúde que pode agregar ou não algum tipo de sofrimento psíquico e elas acreditam que os profissionais que ali estão poderão ajudá-la de alguma maneira.

Existem também outras situações de saúde mental que chegam até as USF que são as necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, e também as que são denominadas de transtornos mentais graves e persistentes, que são as esquizofrenias, os transtornos bipolares, etc. Estas situações não são tão frequentes quanto as que foram citadas anteriormente, mas continuam sendo de responsabilidade da atenção básica no que diz respeito ao acompanhamento do tratamento. Sendo assim, no que diz respeito ao sofrimento mental as situações mais comuns na atenção básica são a depressão, a ansiedade e as somatizações, que são as chamadas queixas físicas sem explicação médica (BRASIL, 2013).

Portanto, quando o profissional fala em “distúrbio mental”, “doido que precisa de CAPS” e “problema psiquiátrico”, é possível que esteja se referindo aos *transtornos mentais graves e persistentes*, e quando informa sobre a pessoa que precisa de medicamento para dormir, mas dorme mesmo na ausência do mesmo, pode estar se referindo a um *transtorno mental leve*. Os serviços da rede de atenção são divididos de acordo com demandas específicas, dessa forma os termos em destaque são utilizados para referenciar os perfis de atendimento dos serviços que compõem a RAPS, descritos na Portaria N° 3.088 (BRASIL, 2011).

No entanto, a utilização de expressões como “distúrbio mental”, “doido”, “transtorno mental” confere a essa pessoa um sofrimento adicional: o de carregar o estigma que estas expressões trazem. Além de reduzirmos o sofrimento a uma causa biológica, ao considerá-lo como doença ou distúrbio, esta expressão pode se transformar em um rótulo que ocasiona a modificação do lugar do sujeito na comunidade, na família e, inclusive, na unidade de saúde.

Sendo assim, optamos por utilizar neste estudo a expressão “*pessoa que sofre*” conforme nomenclatura do Caderno N°34 da Atenção Básica, específico sobre saúde mental, pelo fato de entendermos que lidamos com sujeitos e não com doenças. Não estamos desconsiderando a doença enquanto o fenômeno humano, apenas destacando

que o cuidado em saúde não é mobilizado por ela e sim por pessoas que, doentes ou não, procuram os serviços, como podemos verificar no trecho abaixo:

As pessoas procuram ajuda na AB porque sofrem e não porque têm uma doença. Muitos dos que sofrem e procuram atendimento, estão de fato doentes, mas dificilmente a doença explica todo seu sofrimento. O maior desafio dos serviços de Saúde, no entanto, é cuidar daqueles que estão doentes sem sofrer e dos que sofrem sem estar doentes. São os que estão doentes sem sofrer que fazem do diabetes *mellitus*, da hipertensão e da obesidade os fatores de risco mais comuns para as doenças cardíaco e cerebrovasculares. São os que sofrem sem estar doentes que lotam as agendas da AB e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e de ansiedade. (BRASIL, 2013, p. 89).

Nesse enfoque, podemos dizer que para caracterizar um caso de saúde mental como severo, ou persistente ou leve, é necessário realizar uma escuta atenta e cuidadosa que leve o sujeito/usuário a refletir sobre o que diz e sobre os possíveis caminhos que ele poderá percorrer na busca pela produção de sua saúde. Diagnósticos são importantes para dar um norte à condução do tratamento, mas não devem ser o foco de quem trabalha com pessoas e suas complexidades.

A identificação de casos de saúde mental se realizada a partir das orientações que discutimos até aqui, promoverá um acompanhamento efetivo no que diz respeito à produção do cuidado das pessoas na atenção básica. Mas, outra questão que coloca em xeque esse acompanhamento e que foi apontada como mais uma dificuldade na realização do cuidado refere-se ao acompanhamento sistemático dos casos. Os participantes deste estudo afirmaram não conseguir acompanhar de forma sistemática os usuários que necessitam de seus cuidados, justificando isso pelo fato de haver uma extensa demanda para isso. Leiamos os depoimentos abaixo:

“[...] eu não posso cuidar de 5.200 pessoas! Não tenho condições, eles não têm condições, ninguém tem condições de fazer isso com qualidade, a gente vai ter que abrir mão de algumas pessoas para dar um cuidado melhor para outras”... (P3)

“[...] a gente também não tem perna para dar conta!” (P5).

“[...] aqui a gente não dá essa questão preventiva, a gente é essencialmente curativo, a gente age na questão, no problema, na hora, não consegue se programar para fazer um processo preventivo de acompanhamento. Para mim esse é o grande nó.” (P3)

Sobre as especificidades da ESF, a PNAB recomenda que cada equipe deve ser responsável por em média 3.000 pessoas, podendo chegar no máximo até 4.000 pessoas. Essa variação deve levar em conta critérios de equidade e o grau de vulnerabilidade das famílias de cada território, ou seja, quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deve ser a quantidade de pessoas que aquela equipe deverá acompanhar (BRASIL, 2012). De acordo com o Relatório Anual de Gestão (2015) da USF pesquisada, a equipe possui 4.500 pessoas cadastradas, ultrapassando o número máximo de pessoas que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Isso reflete diretamente nas dificuldades que estes profissionais apontaram: baixa na qualidade da atenção, foco no trabalho curativo em detrimento do preventivo e dificuldade em realizar um planejamento.

Em relação à predominância do modelo curativo, podemos dizer que tanto profissionais quanto comunidade estão acostumados a esse tipo de atendimento devido ainda aos resquícios desse modelo de atenção à saúde. Os profissionais ainda adotam posturas e práticas tradicionais que se baseiam na queixa-conduta, assim como os usuários requerem respostas rápidas e resolutivas, como uma receita ou a realização de um exame, por exemplo. Portanto, em equipes nas quais o número de usuários sob sua responsabilidade sanitária é extremamente maior do que o serviço pode suportar, agir no modelo curativo acaba sendo a solução mais rápida, mas nem sempre resolutiva. Isso acaba acarretando em uma prática distorcida dos princípios da atenção básica, não priorizando seu enfoque na prevenção e promoção da saúde, inviabilizando um cuidado mais ampliado que deve investir na produção de vida e de autonomia dos sujeitos.

Nesse contexto, destacamos o papel dos gestores na garantia das condições humanas e materiais para que o trabalho das ESF ocorra de modo compartilhado (envolvendo trabalhadores, usuários, comunidade e gestores), eficiente e com qualidade. Os impasses e os avanços que dizem respeito à qualidade da atenção oferecida nos

serviços, além de causarem impactos na saúde das pessoas, influenciam diretamente no funcionamento da Rede de atenção, como demonstram os relatos a seguir:

“[...] nós mesmos deixamos muitas vezes a dever por essa falta de condições oferecida, [...] olhe, capacidade nós temos, nós não temos condições de fazer esse trabalho, fazer a coisa acontecer. Até somos capacitados, mas muito pouco oferecido condições para que nós trabalhemos”. (P1)

De acordo com Merhy (1997, apud CECCIM; FEUERWERKER, 2004), um dos grandes nós críticos dos serviços que apostam em uma mudança do modelo técnico-assistencial em saúde é exatamente a forma como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho nos mesmos. Uma equipe de saúde da família que pauta seu trabalho ainda no modelo curativo, acaba realizando um cuidado fragmentado, sem integração entre diferentes saberes e com pouca frequência de reuniões de equipe, de planejamento, de avaliação da própria prática, tão potentes para a realização de um acompanhamento eficaz aos usuários. Além disso, a falta de apoio da gestão causa na equipe um sentimento de impotência diante das inúmeras demandas que surgem nos territórios, pois os profissionais não têm “pernas para dar conta”.

Sabe-se que assim como o planejamento das ações, a organização do processo de trabalho influencia na qualidade de atenção oferecida à comunidade. Quando esse trabalho é realizado sistematicamente e decorre de um processo reflexivo dos membros da equipe, poderá contribuir significativamente para a qualidade da atenção em saúde dispensada à comunidade.

No entanto, é preciso também reconhecer que há um limite na capacidade de resposta das equipes à diversidade e às especificidades das necessidades apresentadas pelos usuários, uma vez que essas dependem de um contexto socioeconômico, cultural e singular para cada ser humano. Mesmo assim, os usuários esperam que o profissional as solucionem e, muitas vezes, ficam frustrados quando se deparam com as limitações da equipe e da rede. Nesse enfoque, ousamos dizer que “dar conta” de todas as demandas do território é “da ordem do impossível” de ser realizado, mas requer um manejo respeitoso e implicado com os sujeitos, de modo que esses novos arranjos de cuidado em saúde envolvam a autonomia, a responsabilidade e a cidadania dos usuários.

Peduzzi (2002) considera que o trabalho em saúde é complexo uma vez que se constitui como um trabalho reflexivo, composto por incertezas e descontinuidade, com impossibilidades de normatizar *a priori* e por completo funções técnicas, que assume critérios rígidos de produção de saúde. Nesse sentido, as novas modalidades de organização do trabalho acrescidas da cobrança por maior produtividade, por garantia da qualidade da atenção e permeada por um constante avanço tecnológico têm provocado profundas mudanças no processo de trabalho em saúde relacionadas não só à organização dos serviços, mas, principalmente, à subjetividade dos trabalhadores envolvidos (PEDUZZI, 2002).

O trabalho ocupa um lugar importante na vida das pessoas seja na construção de sua subjetividade e de suas relações sociais, seja para formação da noção de coletividade e de pertença a um grupo e, dependendo das condições nas quais ele é realizado poderá se caracterizar como um espaço de realizações ou de sofrimentos diversos. Os relatos a seguir demonstram como o processo de trabalho dos participantes do estudo tem afetado a sua saúde mental:

“[...] num vou te dizer que nós estamos nas melhores condições psicológicas para trabalhar, para aceitar essas situações, e tem outro agravante, é... assim... de tanta sobrecarga.” (P1)

“[...] a gente consegue cuidar muito bem de umas poucas pessoas, isso na verdade angustia muito, porque a gente sabe que tem um número maior [...] e acaba varrendo para debaixo do tapete se não nós é quem vamos surtar”. (P3)

Os relatos revelam a sobrecarga de trabalho a qual os profissionais estão submetidos e como as situações vivenciadas no cotidiano comprometem a sua saúde mental, levando-os, muitas vezes, a fazerem “vista grossa” para situações que lhes causam sofrimento.

Para Dejourns (1999, apud MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2014), o primeiro fator que influencia a saúde e o adoecimento pelo trabalho é o ambiente no qual ele é realizado. O trabalho nunca é neutro, inclusive, quando se trata de relações sociais, o ambiente de trabalho e o privado confundem-se tornando mais difícil uma separação. Para o autor, as relações que os trabalhadores desenvolvem com o trabalho não são apenas de cunho salarial, pois se trata de uma atividade dirigida ao outro, e desse modo influencia nas

questões subjetivas de cada um. Para ele, a subjetividade do trabalhador aparece como uma “fenda” que se constrói entre o trabalho prescrito e o trabalho real, dando espaço para que o mesmo possa exercer a sua criatividade na lida cotidiana entre o que é preconizado fazer e o que é possível de ser realizado.

No Brasil, é frequente identificar prejuízos à saúde causados por agentes biológicos, como vírus e bactérias, substâncias químicas ou por ruídos. Mas, as agressões à saúde dos trabalhadores podem ser provocadas também pela relação que esses estabelecem com os seus instrumentos de trabalho, assim como pelas condições ergonômicas e ambientais. Através das mudanças ocorridas no campo do trabalho, as formas de gestão dos serviços de saúde também sofreram modificações, a exemplo disso é a utilização do assédio moral como instrumento banalizado de gestão que provoca a “desumanização” dos sujeitos assediados (MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2014). Esta prática de assédio moral é bastante comum nos serviços municipais e estaduais durante a época de campanhas eleitorais.

Outra questão referente à saúde mental do trabalhador diz respeito ao fato dos trabalhadores da saúde estarem, frequentemente, em contato com o sofrimento das pessoas, sobretudo os que atuam na atenção básica, onde o convívio diário permite o conhecimento da dinâmica das famílias, de seus sonhos, desejos, problemas e conflitos. Isso pode causar nos profissionais uma sobrecarga muito grande, pois, ao se envolverem com as histórias das pessoas podem desenvolver um sofrimento significativo e conseqüentemente um processo de adoecimento. Sobre essa situação relatou um participante do estudo.

“[...] mentalmente falando, se você for observar, nós estamos um tantinho também adoecidos, vamos trazer para nós também essa dor [...] e é muito difícil você também doente e cuidar de outro”. (P1)

Portanto, os profissionais também necessitam de cuidados, não só em relação ao ambiente de trabalho (estrutura, processo, relações interpessoais), mas também de estratégias que os instrumentalizem para lidar com seus sofrimentos e com os dos outros de modo que isso potencialize seu trabalho e não traga ônus para os usuários. Cuidar dos profissionais também significa proporcionar momentos nos quais eles possam expressar as dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho, trocar saberes com os

outros colegas e refletir sobre as questões diárias que os angustiam. Assim, esses momentos constituem uma oportunidade para dirimir as angústias dos profissionais e fortalecê-los na construção de respostas positivas para o usuário. É preciso sim afetar-se com o outro, com o seu sofrimento, com a sua dor, mas não carregá-la consigo, pois não é possível cuidar do outro se está adoecido também.

Assim, destacamos novamente a importância da formação como um instrumento de produção de subjetividade, de reflexão sobre o processo de trabalho e de permanente construção da prática de cuidado. É comum os profissionais da atenção básica referirem dificuldades para lidarem com a saúde mental dos usuários devido à falta de qualificação nessa área, como foi apontado no depoimento que se segue:

“[...] eu acredito que está precisando mais de pessoas especializadas, qualificadas, [...] necessita de alguém que tenha um conhecimento maior, dentro da área mental, para que venha ajudar essas pessoas diretamente”.
(P6)

O depoimento acima traz uma noção do cuidado em saúde mental como algo diferenciado, no sentido de que necessita de um conhecimento específico para uma atenção de qualidade e resolutiva. Ou seja, na concepção desse profissional somente os especialistas em saúde mental estão habilitados para lidar com tais demandas. No entanto, destacamos que a proposta da estratégia de Saúde da Família não é o cuidado especializado, pelo contrário! O objetivo desse nível de atenção é responder a mais de 80% das demandas e por isso espera-se que a equipe multiprofissional esteja preparada para lidar com a diversidade e a complexidade de situações que chegam “à porta do sistema”, ou seja, à USF.

Para realizar um pré-natal de qualidade às gestantes nas USF é necessário ser um especialista em obstetrícia? Para cuidar dos usuários hipertensos e diabéticos na atenção básica é preciso ter especialização no assunto? Embora em alguns casos seja recomendado o encaminhamento ao especialista, a ESF tem a responsabilidade de acompanhar a saúde dos usuários em todo o seu processo e em qualquer serviço ou dispositivo da rede em que esteja vinculado também.

Vejamos outro depoimento sobre a importância da formação:

“[...] capacitando os profissionais que trabalham no ‘Saúde da Família’ tem como resolver isso”. (P2)

Nesse depoimento identifica-se uma aposta do profissional na capacidade das equipes de saúde da família em resolver as questões de saúde mental, desde que qualificadas para tal. Para Lancetti (2010), todo trabalhador de saúde é também um trabalhador da saúde mental, evidenciando a necessidade dos processos formativos para potencializar a prática desses profissionais pautadas nos preceitos da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização.

Neste sentido, Lancetti (2010) afirma que o primeiro passo para operar a Reforma Psiquiátrica deve se dar a partir de uma violência a respeito de si mesmo e nesse sentido o autor coloca a formação enquanto um processo de combate. Segundo ele, para operar em saúde mental é necessário deformar-se, estar aberto para pensar, superando o senso comum e permitindo novas configurações a respeito do mundo e das pessoas. O profissional de saúde mental deve defender a transformação e se preocupar com o que ainda não sabe, pois ele atua no campo da complexidade e é nesse campo que estão os serviços de bases territoriais, como as equipes de saúde da família.

Desse modo, é preciso aprender novos saberes, destituir-se do saber que aprisiona as pessoas, deformar-se do saber que fez surgir inúmeros hospitais psiquiátricos dirigidos por aqueles que se diziam saber de tudo. É nesse enfoque que Franco Rotelli, em uma palestra na qual foi solicitado a falar sobre formação, afirmou: “a formação que precisamos é a formação para se construir novas instituições (ROTELLI, 2008 p. 40)”. Para ele, é necessário construir instituições que tenham relação com as necessidades das pessoas, que possam construir espaços e projetos coletivos, produzindo a vida, a multiplicação dos afetos, preocupando-se com a liberdade dos sujeitos e a importância do protagonismo dos mesmos em sua própria história.

Portanto, a formação técnico-científica através de cursos, capacitações, qualificações é importante e deve fazer parte do processo formativo das equipes. Mas, esses momentos só terão impacto no trabalho dos profissionais se estiverem diretamente relacionados à realidade vivenciada por eles, ou seja, se acontecer em lócus, na prática cotidiana, produzindo saúde e conhecimento ao mesmo tempo. Isto significa que para

lidar com os casos de saúde mental não é requisito obrigatório ser um especialista da área, mas conceber o cotidiano de trabalho como um espaço permanente de formação, no qual a especialidade que não pode faltar é a de executar, cotidianamente, a reflexão da própria prática enquanto principal instrumento de trabalho.

Outra dificuldade apontada pelos participantes diz respeito à atuação dos profissionais do NASF como gerentes da USF. De acordo com P3, ocorre o desvio de função desses profissionais junto às ESF, como podemos ver no depoimento a seguir.

“[...] a gente não tem matriciamento, o NASF é um cargo político, o NASF é um cargo gerencial em João Pessoa, o NASF não é NASF, o NASF é apoiador, isso é uma coisa muito particular daqui”. (P3)

O depoimento faz referência a uma particularidade da atuação do NASF no município de João Pessoa/PB, que foi criado em meados de 2005 para realizar uma mudança radical no organograma de atividades da secretaria, de forma a promover uma mudança nas práticas de atenção à saúde dos serviços, baseando-se numa construção de compromisso com os coletivos. Com esse objetivo adotou o matriciamento como um dispositivo de mudança que operasse tanto na própria gestão, entre secretaria e distritos sanitários, quanto entre gestão e equipes de saúde da família (BERTUSSI, 2010).

Assim, foram designados representantes da gestão para acompanhar e apoiar o trabalho realizado dentro dos distritos sanitários. Além das estruturas de gestão era objetivo também da secretaria de saúde matricular as equipes de saúde da família e, assim, foi instituído o lugar de *apoio* a essas equipes. Tratava-se de profissionais de saúde inseridos nas equipes técnicas dos distritos que tinham como responsabilidade acompanhar e apoiar o trabalho realizado nas USF, por este motivo eram chamados de *apoiadores técnicos*. Nesse contexto, os apoiadores representavam o elo entre a gestão e a atenção, onde se buscava a construção de uma nova compreensão sobre o cotidiano das equipes a partir da identificação dos problemas que emergiam no cotidiano das mesmas (BERTUSSI, 2010). Por este motivo, o trabalho dos apoiadores técnicos compreendia um apoio institucional, mas que exercia também uma função administrativa dentro das USF.

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Portaria Nº 154 de 2008 que institui as equipes NASF na Atenção Básica. Os NASF são equipes multiprofissionais que tem como objetivo dar retaguarda especializada para as equipes de saúde da família, atuando de maneira integrada e buscando dar apoio na resolução de problemas clínicos e sanitários, assim como agregando práticas que ampliem o escopo de ofertas dessas equipes. Neste sentido, deve desenvolver um trabalho compartilhado e colaborativo com os profissionais da Atenção Básica atuando sobre a clínica direta com os usuários, assim como produzindo ações de apoio educativo com e para as equipes, a depender das necessidades do território (BRASIL, 2011).

A partir do advento do NASF a nível nacional o município de João Pessoa/PB adotou a proposta e, em 2009, implantou dez equipes NASF que se distribuíram nos distritos sanitários e se integraram aos apoiadores que já atuavam nesses espaços. Desse modo, os *apoiadores técnicos* passaram a ser reconhecidos como *apoiadores matriciais* ampliando o escopo de suas ações através do somatório das funções administrativas e institucionais com as indicadas pela Portaria, agregando às equipes os saberes dos núcleos específicos de cada profissão (GARCIA Jr.; NASCIMENTO, 2012).

A concepção sobre apoio técnico se aproxima com a de *apoio institucional*, pois opera mais precisamente nos processos de trabalho das equipes, tendo por esse motivo um caráter de gerenciamento, como podemos ver na definição abaixo:

Apoyo Institucional é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume como objetivo a mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Opera o apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. Considera que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. (OLIVEIRA, 2011, p. 34).

Quanto ao *apoio matricial* esse pode ser definido enquanto um arranjo técnico-assistencial que trabalha através da corresponsabilização entre equipes de saúde da família e equipes matriciais e que tem como função ampliar a clínica superando a lógica do encaminhamento e aumentando o poder de resolução dos casos acompanhados

(CAMPOS; DOMITTI, 2007). De acordo com os autores, a relação entre essas duas equipes, a equipe de apoio matricial e a equipe de saúde da família, que nesse caso funcionam como equipes de referência interdisciplinares, configura-se enquanto um novo arranjo do sistema de saúde:

apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Considera-se que tanto o apoio institucional quanto o apoio matricial compartilham um campo de atuação e envolvem um trabalho bastante complexo realizado através de diversas ações, estratégias e núcleos de saberes, etc., mas com funções distintas. Além de tudo isso, somaremos aqui as funções administrativas da USF, que além de matriciar as equipes e atuar na clínica com os usuários, deverá também articular a resolução de problemas na estrutura física das USF, verificar as “folhas de ponto” dos profissionais observando e reprimindo faltas, entre outras funções que um “gerente administrativo” deve operar em uma instituição¹⁰.

Nesse contexto, verifica-se que no município de João Pessoa, já havia um modelo de *apoio* vigente que foi incorporado ao modelo de apoio matricial do NASF proposto pelo Ministério da Saúde. Isso fez com que os profissionais integrantes do NASF e apoiadores técnicos em exercício, condensassem em seu processo de trabalho as funções advindas dos dois modelos e o apoiador passou a integrar o papel administrativo, institucional e matricial. Essa situação descaracteriza o papel do NASF e gera diversos conflitos entre trabalhadores e apoiadores e de identidade profissional.

Os participantes relataram ainda o interesse de alguns apoiadores em acompanhar e discutir casos de saúde mental do território com a equipe, mas essa atitude dependia muito do perfil de cada apoiador e das determinações da gestão local. Sobre isso, um profissional da equipe referiu que uma apoiadora, que era psicóloga, realizava apoio nas situações de saúde mental, mas ainda esse era mínimo diante das

¹⁰ Estas informações decorreram da experiência da pesquisadora como psicóloga do NASF do município de João Pessoa/PB.

necessidades. Essa situação foi identificada pela pesquisadora que registrou durante a realização do estudo, três mudanças de apoiadores desta equipe.

Sabemos que a Portaria que institui o NASF coloca a cargo do município a definição dos critérios sobre o modo de atuação de suas equipes de modo que ele possa se organizar de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2008). Na perspectiva de Bertussi (2010), a flexibilidade do documento é muito saudável para o SUS, pois permite diversas iniciativas e amplia as possibilidades de atuação dessas equipes. No entanto, pode provocar lacunas e tensionamentos na operacionalização do NASF, uma vez que os gestores desse processo podem assumir uma postura rígida e centralizadora de determinações de tarefas para atender parâmetros e metas nacionais imprimindo um caráter produtivista ao processo de trabalho das equipes.

Dissemos no início que o NASF deve realizar um trabalho em *conjunto* com os profissionais da ESF, através da *cogestão* das responsabilidades e *ampliando* o escopo de suas ações. No entanto, no momento em que os apoiadores são designados a executar funções de gerenciamento centralizadoras e verticalizadas, as equipes, os usuários, e ainda mais, o SUS, perdem, além da potencialidade do matriciamento, a oportunidade de se construir um novo trabalho pautado na superação de antigos modos de produzir saúde. Além disso, insere nos serviços um campo de forças entre apoiadores e trabalhadores, gestão e serviço, no lugar onde deveria estar sendo construídas estratégias de um trabalho conjunto e motivado pelo desejo de produzir saúde e vida às pessoas que procuram as Unidades.

Nesse campo de forças, entre a reprodução do discurso da gestão central e os diferentes perfis de apoiadores, surge uma questão importante sobre o trabalho dos apoiadores, que foi trazida por Bertussi (2010, p. 155) em sua tese: “como ser interinventor e não interventor?”. Acredita-se que a construção de um trabalho possível entre apoiadores e trabalhadores dessas equipes se dá na potência do encontro que se opera no dia a dia desses serviços, no qual é possível fazer surgir “brechas” entre o trabalho que é prescrito pelo discurso institucional e o que é possível de se realizar no cotidiano, de modo a romper com as práticas de trabalho autoritárias e só assim (re)inventar um processo de trabalho pautado na coletividade e na autonomia dos sujeitos envolvidos.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem defendido a extinção dos hospitais psiquiátricos através da construção de uma rede de serviços substitutivos de saúde mental. De acordo com a Lei 8.080, as redes de serviços do SUS devem operar de forma regionalizada e hierarquizada, o que vem demonstrar a importância que a noção de rede possui dentro desses campos. Essa discussão sobre “Rede” tem sido bastante relevante nos campos da saúde coletiva e saúde mental, sendo alvo de diversas críticas no que diz respeito ao enrijecimento, a burocratização e a fragmentação da atenção à saúde realizadas nas mesmas (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

No que diz respeito às dificuldades enfrentadas pela equipe estudada para realizar do cuidado em saúde mental aos usuários, a questão da rede foi o tema mais recorrente durante a discussão no grupo focal e trouxe diversas críticas e exemplos de fragilidades vivenciadas pelos profissionais. Essa questão foi apontada pelos mesmos como a maior dificuldade que tem se apresentado para a equipe na condução dos casos de saúde mental: *“A rede tá aquém, tá muito pobre, muito aquém das nossas necessidades”*. (P1)

Dados do Ministério da Saúde (2015) demonstram um avanço significativo no que diz respeito à cobertura de serviços substitutivos, assim como uma diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos. Mas, de acordo com Zambenedetti e Silva (2008), concomitante aos avanços do processo de Reforma Psiquiátrica emergem também novos problemas no campo da saúde mental, como as dificuldades em adequar os serviços e as ações em saúde mental à lógica do SUS. Alguns autores apontam para a contradição do princípio de hierarquização em relação aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Para Campos (2000, apud ZAMBENEDETTI e SILVA, 2008), a hierarquização presente no SUS obrigou os novos serviços de saúde mental a incorporarem-se na rede básica de saúde, classificando-os como primários, secundários ou terciários, o que, para o autor, dificultou o acesso e fragmentou os serviços em “crises e tipos de crises”. Os CAPS, por exemplo, são dispositivos que podem e devem atuar em diferentes níveis de atenção, indo da prevenção e atuação territorial até o acolhimento das situações de crise, e essa lógica verticalizada, e compartimentalizada dos níveis de atenção tem gerado tensionamentos dentro da lógica dos serviços orientados pela Reforma Psiquiátrica. Alves (2004, apud ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008) afirma que essa hierarquização tem demandado uma lógica de encaminhamentos, disfarçados como sistema de referência e

contra-referência, que ele denominou de “uma assistência partida” que destitui a noção de vínculo e tende à desresponsabilização.

O relato a seguir demonstra a dificuldade da equipe para articulação de rede durante uma crise de um usuário no território.

“Eu liguei para a polícia e o policial disse: ‘Ligue para o SAMU’. [ela respondeu] Esse é um trabalho que vocês que vão fazer quando chegar aqui porque eu liguei para o SAMU e o regulador do SAMU disse que são vocês quem vão pedir.” (P1)

Existe no município de João Pessoa um acordo realizado entre gestão e serviços para atender às situações de crises. Nos casos em que as pessoas apresentam agressividade é recomendado acionar a polícia e o SAMU. A polícia foi incorporada a esse fluxograma pelo fato do SAMU alegar não ter qualificação para atuar nesse tipo de situação e, portanto, reivindicou a presença da polícia como condição para intervir nesses casos¹¹.

No entanto, o relato de P1 evidenciou a fragilidade dessa pactuação e demonstrou a fragmentação do cuidado, no qual se verifica uma desresponsabilização por parte dos profissionais da polícia e do SAMU, pelo fato de nenhum dos setores assumirem a responsabilidade de intervir rapidamente no caso, ficando num “jogo de empurra” e priorizando os processos burocráticos enquanto o usuário permanecia em sofrimento. Ainda sobre esse caso, foi relatado:

¹¹ Estas informações foram possíveis de serem apreendidas durante a atuação da pesquisadora como assessora técnica da coordenação de saúde mental do município de João Pessoa/PB.

“[...] gente, quando a polícia chegou, eles não chegaram para levar uma pessoa com problema psicológico, (...) esse menino ele foi esbofeteado, eu cheguei na porta e disse ‘Calma, não precisa disso!’, o policial, a fala dele foi essa ‘homem, se dane! Esse é o trabalho da gente!’ É triste, mas quando é um problema psicológico não adianta pedir polícia e SAMU, se for no horário de atendimento você tem que ter todo um cuidado, todo um jogo de cintura, porque quando eles vêm eles, vêm preparados para atender um bandido, não é um mental, infelizmente”. (P1)

O trecho revela dois grandes problemas no que diz respeito à atenção aos usuários com sofrimento mental que necessitam de intervenção de serviços de outros setores. O primeiro deles diz respeito à periculosidade relacionada diretamente a esses casos. Na maioria das situações de crise que apresentam agressividade, não se configura como um caso de polícia, mas continua sendo uma situação pela qual o setor saúde deve se responsabilizar porque diz respeito a uma urgência subjetiva que necessita naquele momento, de escuta qualificada e, muitas vezes, intervenção medicamentosa para sair do quadro de crise.

No entanto, no senso comum, a agressividade significa que o usuário com sofrimento mental é perigoso, e, portanto, costuma-se acionar a polícia para resolver a questão, quando as intervenções em crise devem ser realizadas por profissionais qualificados para isso, entendendo as condições do usuário e sabendo intervir nesse processo sem violar os direitos da pessoa que sofre. Nesse enfoque reside o segundo problema: a gestão definiu o fluxograma para o atendimento à crise e não promoveu qualificação para os envolvidos nesse atendimento, favorecendo a ocorrência de situações de violência e desrespeito aos direitos das pessoas no momento em que seria imprescindível uma intervenção cuidadosa que pudesse apaziguar o sofrimento do usuário, permitindo ao mesmo ser acolhido em suas necessidades.

A atenção à saúde mental no Brasil foi marcada historicamente por ações desarticuladas com o conjunto das políticas públicas e, por isso, presenciamos ainda hoje o “ranço” desse modo de operar nesse campo. No cotidiano dos serviços, podemos compreender o quanto a articulação intersetorial é indispensável para a realização de um cuidado adequado aos usuários, e como ela se constitui um movimento estratégico e fundamental para ampliar o cuidado em saúde mental.

Para Severo e Dimenstein (2001 apud SCHEFFER; SILVA, 2014), isso seria enxergar o usuário a partir de uma nova ótica, visando políticas sociais que considerem a integralidade a partir do fortalecimento das redes. Segundo os autores, a construção de parcerias com outros grupos traz para a questão da loucura um novo lugar social, sendo fundamental que os serviços pautados pela atenção psicossocial considerem a intersetorialidade como estratégia prioritária na produção de saúde dos sujeitos. No entanto, a realidade investigada demonstrou a dificuldade para construir tais parcerias:

“[...] o CRAS a gente não tem quase nenhum dialogo, todas [assistentes sociais] que eu tentei não tive sucesso”. (P3)

O relato diz respeito à tentativa de fazer uma articulação intersetorial através do diálogo com um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) que se configura enquanto o principal programa de Proteção Social Básica, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esses serviços têm como objetivo desenvolver ações e serviços básicos continuados para famílias em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2009). Assim como a Estratégia Saúde da Família é considerada a “porta de entrada” preferencial do SUS, os CRAS se configuram enquanto a “porta de entrada” preferencial do SUAS. Nesse sentido, podemos dizer que se tratam de serviços que devem operar na lógica da prevenção de situações de riscos sociais, intervindo nos campos familiares e comunitários, através da articulação do território. Assim, é indispensável que os mesmos possam realizar estratégias conjuntas e articuladas na condução dos casos oriundo das comunidades sob sua abrangência.

Por mais que o CRAS tenha sido evidenciado pelo participante, percebe-se que não há êxito da equipe ao tentar articular outros setores na condução dos casos que acompanham. Além disso, em nenhum outro momento foi citado pelos participantes outras formas de intersetorialidade, ou até mesmo, o reconhecimento da importância dessa estratégia para o cuidado em saúde mental. Sobre a importância da intersetorialidade, Azevedo et al. (2014) afirma que

como meio de atuação profissional, trata da articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades que visem enfrentar problemas complexos. Como possibilidade para gestão torna-se uma forma de construir políticas públicas que pretendam possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Desse modo, entende-se que a ação intersetorial necessita ser construída sob situações concretas no que diz respeito ao estilo de vida das pessoas, pois são elas que criam o espaço possível de interação e ação (p. 614-615).

Em outras palavras para produzir efeitos significativos na produção de saúde das pessoas é necessário sair do campo da saúde e atravessar outros setores e campos, adentrar em outras políticas sociais e não apenas no SUS. Neste sentido, Dimenstein (2009), propõem que para desinstitucionalizar é necessário ultrapassar fronteiras sanitárias conduzindo uma Reforma que não se restrinja apenas a uma rede de serviços de saúde. Para os autores, os problemas da saúde mental são decorrentes da falência das políticas públicas de bem estar social que deveriam dar a todos os cidadãos a efetivação de seus direitos não só de acesso à saúde, mas também a moradia, ao trabalho, a cultura, etc.

Lutamos por reinserção, reabilitação e cidadania para portadores de transtornos mentais quando essa questão se refere ao fato de que a constituição da cidadania em um país como o Brasil é menos uma questão relacionada à condição de louco e, mais uma questão social, tendo em vista a grande parcela da população brasileira que não desfruta das condições de vida identificadas com a cidadania. (DIMENSTEIN, 2009, p. 6 e 7)

Nesse sentido, é comum identificarmos depoimentos de profissionais sobre a necessidade de ampliar a rede de serviços para atender às crescentes demandas em saúde mental. O aumento da oferta de serviços que possam atender a população deve fazer parte também das estratégias de atenção à saúde, mas essa concepção hegemônica entre trabalhadores da RAPS demonstra uma noção ainda limitada sobre o sentido e a função da rede, além de uma visão simplista sobre o processo da Reforma Psiquiátrica, pois as necessidades das questões de saúde mental ultrapassam esse limite da saúde.

Um aspecto fundamental para discussão sobre a rede diz respeito aos serviços CAPS como dispositivo estratégico para atenção em saúde mental. Sabemos da importância desses serviços para o processo de desospitalização das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e para aquelas nas quais se tenta evitar essas internações manicomial. Em relação a isso, segue o depoimento abaixo:

“[...] chegou lá [no CAPS] o pessoal mandou direto para o Juliano. No CAPS não tinha como, não teve acesso, não queria descer nem do carro mais, não tinha quem o tirasse, daí levaram para o Juliano e lá foram fazer a remoção daquela forma bem simpática. Foi a única forma que tiraram ele do carro”. (P2)

O relato demonstra a incapacidade dos serviços especializados para atender às demandas de saúde mental do seu território e o reforço do modelo manicomial que a atual política de saúde tenta superar. Destaca-se que os CAPS foram criados para atender às situações graves, persistentes e severas, como a do caso em tela e para evitar internações em hospitais psiquiátricos, contribuindo para o acolhimento das crises no próprio território. A situação permite refletir sobre os seguintes questionamentos: Será que a equipe do CAPS se utilizou de estratégias de aproximação com esse usuário de forma a fazê-lo aceitar ficar no serviço? Será que foi dado ao usuário o tempo necessário para que pudesse entender o que estava fazendo ali? Será que foram esgotadas todas as possibilidades de intervenção nesse caso que pudessem evitar que esse usuário, que chegou até o CAPS, ir “parar” em uma internação psiquiátrica?

Um primeiro questionamento sobre esse relato diz respeito ao fato de ter sido aceito pela família que o hospital psiquiátrico pudesse remover o usuário do carro à força, como se estivesse naturalizado essa forma de intervir que esses locais se utilizam, dando a autorização à instituição de resolver essas questões à maneira deles. Não estamos dizendo que em alguns casos, mesmo nos CAPS, não se pode utilizar da força para intervir em um momento de crise, algumas vezes isso é necessário, mas não significa que isto deva ser feito de forma violenta e desrespeitosa.

Sabemos que essas questões não são possíveis de serem respondidas agora, mas devemos afirmá-las enquanto indispensáveis de serem realizadas e refletidas por aqueles que atuam nos serviços de atenção à crise. Entendemos as dificuldades que se operam dentro dos serviços CAPS, pois lidam com demandas diversificadas que vão

desde o atendimento diário através de oficinas e consultas, até o acolhimento das situações de crise. Entendemos, também, que o processo de implantação dos leitos 24h nos CAPS, muitas vezes, tem sido feito sem qualificações devidas para os profissionais que atuam nesses serviços. Mas, é preciso que esgotemos todas as possibilidades de acolhimento desses usuários, para que os serviços substitutivos realmente substituam os hospitais psiquiátricos e não se operem enquanto um complemento dos mesmos.

É preciso chamar a atenção, também, para o fato de que nenhum serviço poderá dar conta sozinho das demandas de saúde mental e que os CAPS são apenas um ponto da rede, não a solução para todos os casos. Vejamos os depoimentos abaixo:

“[...] no caso tentar também trazer algum psiquiatra via visita domiciliar que é absurdamente difícil, o CAPS Caminhar tem uma área muito, muito, muito grande, né?” (P1)

“[...] não tem, a gente não tem outros mecanismos, um CAPS, mais CAPS, ou outras formas de inserção social, essas pessoas estão a margem da sociedade, porque ninguém quer trabalhar, atender com elas”. (P1)

É interessante perceber que os profissionais reconhecem o serviço CAPS como um parceiro no acompanhamento dos casos, como o citado no depoimento sobre a visita domiciliar conjunta com o psiquiatra, pois tais dispositivos tem, entre outros objetivos, trabalhar na lógica do matriciamento, que discutimos anteriormente. Mas, percebe-se que há uma dificuldade no que diz respeito a esse acompanhamento conjunto, sendo uma visita domiciliar colocada como “absurdamente difícil” de ser realizada. Podemos dizer que um dos motivos pelos quais isto tem acontecido é o fato de que os CAPS têm sido implantados sem nenhuma problematização acerca das práticas de saúde mental atreladas com os preceitos da reforma psiquiátrica, dessa forma acabam produzindo uma lógica ambulatorial que “engole” tanto usuários quanto profissionais, não sendo possível uma articulação para fora dos muros institucionais. Neste sentido, produzem-se CAPS fechados em si mesmos, sem nenhuma articulação territorial, impossibilitando um trabalho em conjunto com outros atores, como as equipes de saúde da família.

É necessário chamarmos a atenção para o depoimento do profissional que afirma que, além dos CAPS, é preciso outras formas de “inserção social”, pois, segundo ele, as pessoas que são consideradas loucas estão “à margem da sociedade”. Ao afirmamos

que é preciso inserção das pessoas na sociedade estamos considerando que elas estão em um lugar “fora” desse social. Cabe aqui questionarmos essa ideia chamando a atenção para o fato de que essas pessoas não estão fora do social, mas sim inseridas em lugar “à margem” desse social por aqueles que se consideram estar dentro de uma normalidade socialmente aceitável. Neste sentido, não se trata de “reinsserir” os sujeitos na lógica social que consideramos a correta, mas sim produzir novas formas de sociabilidade, que possam incluir todos os modos de estar mundo que cada um constrói para si.

Entre as diversas dificuldades relatadas pelos profissionais durante o estudo, a questão da fragilidade na rede de atenção foi colocada como o “ponto nevrálgico” para realização de um cuidado adequado em saúde mental. Durante a realização do grupo focal os participantes proferiram vários depoimentos que traziam queixas as questões que envolviam a rede de cuidados aos usuários. Isso também foi percebido através das visitas realizadas ao serviço, nas quais os profissionais relatavam diversas situações vivenciadas em seu cotidiano que demonstrava essa dificuldade. Dessa forma, como já dito neste trabalho, em conjunto com os profissionais da equipe foi planejada uma oficina com o título: “Saúde mental na atenção básica: construindo nossa rede de cuidados”, na qual se procurou contribuir com a prática dos mesmos a partir da dificuldade apontada por eles. Veremos como se deu esse processo na sessão seguinte.

4.4 Oficina de trabalho: “Saúde mental na atenção básica: construindo nossa rede de cuidados”

A segunda etapa da pesquisa diz respeito à realização de uma oficina de trabalho e foi elaborada a partir das necessidades identificadas no campo e discutidas com os participantes. Este momento foi norteado por duas questões fundamentais que levaram os profissionais a refletirem e a repensarem sobre alguns posicionamentos, de forma a potencializar a prática de cuidado em saúde mental. Para isso foram elaboradas duas questões disparadoras: O que é loucura para você e o que uma pessoa em sofrimento psíquico necessita.

Inicialmente, o objetivo da oficina foi identificar e problematizar as concepções dos profissionais acerca da loucura, do louco e de suas instituições porque entendemos que tal conceito é fundamental para nortear as práticas dos profissionais. Uma das noções mais frequentes sobre essa condição concebeu a *loucura enquanto desvio da norma, irracionalidade e periculosidade*. Isso significa que mesmo sofrendo diversas mudanças no decorrer da história - a depender da época o louco era considerado um “desviante”, um “doente”, ou até mesmo “anjo” inocente e sem autonomia sobre si mesmo - a concepção sobre a loucura ainda está arraigada no preconceito, na exclusão social e depende do padrão de comportamento socialmente determinado.

De acordo com Goffman (1980), o estigma é um termo derivado do grego “*steizen*” e se refere a uma marca que era gravada no corpo das pessoas que eram consideradas como membros da sociedade de menor valor, como os escravos e os criminosos. Dessa forma, o derivado desse termo em latim, *stigma*, passou a designar uma “marca de infâmia ou ignomínia” (GOFFMAN, 1980). No caso da loucura, o estigma não constitui necessariamente uma marca física no corpo, mas encrava na vida desse sujeito uma marca social e subjetiva que pode provocar diversos obstáculos na vida do mesmo, dificultar sua sociabilidade, influenciar na percepção sobre si mesmo e, muitas vezes, funcionar, inclusive, enquanto uma barreira de acesso a um cuidado em saúde adequado e focado nas suas reais necessidades.

Erving Goffman, sociólogo canadense, foi um dos pioneiros a estudar o tema estigma e o define como a identificação que um grupo social faz de uma pessoa ou grupo de pessoas, a partir de determinado problema físico, comportamental ou social, sendo entendido como diferente e negativo (GOFFMAN, 1980). Essa identificação foi demonstrada através de algumas definições utilizadas pelos participantes: “*um comportamento diferente*”, “*o que não é normal para a sociedade*”, uma “*desordem*”, até mesmo palavras como “*agressividade*” e “*inconsequência*”.

Verifica-se que as concepções tradicionais são hegemônicas e que ainda é necessário superar muitos estigmas em relação às pessoas com problemas mentais. É preciso que os profissionais reflitam sobre os padrões de normalidade ditados pela sociedade e reconheçam a loucura enquanto uma condição humana, pois como nos diz Brodsky (2013, p. 2), “cada um, na intimidade de sua vida, mantém sua maluquice

pessoal, sua loucura própria”. Essa loucura pessoal nos constitui enquanto sujeito e pode levar, ou não, a situações de estigmatização. Nesse sentido, defendemos a necessidade de promover “saúde para todos”¹², mas reconhecendo que a “saúde” não está sendo contemplada em sua plenitude se não há “espaço” para a loucura de cada um nesse processo.

Outro conceito apresentado pelos participantes sobre a loucura foi a de *um estado de alteração da mente* no qual predomina a desrazão, exemplificada pelas alucinações, pelo descontrole, pelo desequilíbrio e pela fuga da realidade, entre outros. Essa é uma concepção amplamente utilizada pelo discurso da saúde através dos manuais de diagnósticos, como o DSM-V e o CID-10¹³, que reforçam a ideia de doença, distúrbio, transtorno, etc. Ao consultar esses manuais verifica-se que existe um excesso de diagnósticos que patologizam comportamentos ou sintomas que muitas vezes são transitórios, criando assim, um transtorno mental para cada sintoma. Foucault (1972) ao fazer referência à personificação da loucura elucidada por Erasmo de Roterdã em relação à sociedade e seus sistemas de governos, afirmou “tantas formas de loucura nelas abundam, e são tantas e novas a nascer todo dia, que mil Demócritos não seriam suficientes para zombar delas”. (FOUCAULT, 1972, p. 24).

Dessa forma, segundo Amarante e Carvalho (2000), as questões que envolvem aspectos comuns da subjetividade vêm sendo transformadas em supostos transtornos, fenômeno pelo qual consideram estar diretamente ligado a um jogo de interesses corporativos envolvendo a medicina e a indústria farmacêutica. Este fenômeno diz respeito à medicalização da vida, conceito que debatemos em outro momento deste trabalho, que legitima intervenções profiláticas para questões mais amplas da vida

¹² Em 1977, a 30ª Assembleia Mundial de Saúde estabeleceu como principal meta dos governos e da OMS nas décadas seguintes o alcance por parte de todos os povos do mundo de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Tal meta ficou conhecida como “Saúde para Todos”. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/saude-para-todos-e-todos-pela-equidade-sera-a-cmdss-uma-nova-alma-ata/>>. Acesso em 10/09/2016.

¹³ O DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) é um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los. A seção de desordens mentais do CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) é outro guia comumente usado, especialmente fora dos Estados Unidos. Entretanto, em termos de pesquisa em saúde mental, o DSM continua sendo a maior referência da atualidade.

relacionadas aos contextos de vida das pessoas (ALFENA, 2015; SANCHES; AMARANTE, 2014; TESSER, 2006; TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Amarante e Freitas (2012), nos alertam para o fato de que há cinquenta anos atrás o DSM era dividido em seis categorias de diagnóstico psiquiátrico, enquanto hoje temos mais de trezentas categorias. Segundo os autores, esse manual representa a medicalização crescente do nosso cotidiano na medida em que transforma os comportamentos humanos de nossa época em patológicos sustentando, com isso, indispensáveis prescrições psicofarmacológicas, o que produz um mercado fértil para as intervenções psiquiátricas. Dessa forma, cabe a sociedade, aos profissionais que lidam com as questões do sofrimento das pessoas, recusar esse projeto medicalizante/patologizante evitando que estas iniciativas sejam cada vez mais reproduzidas no cotidiano das práticas de saúde.

No campo da saúde mental, é preciso considerar os diversos saberes que dialogam nesse campo e entender que eles nem sempre darão as respostas esperadas por pessoas que desejam a cura para o sofrimento psíquico. No entanto, tais saberes são de suma importância e cada vez mais exitosos na promoção da saúde mental, no resgate da autonomia e da cidadania das pessoas/famílias/comunidade, pois, consideraram e proporcionam experiências singulares onde cada ser humano se reconhece como sujeito de seu processo de saúde-doença.

Um relato frequente que chamou a atenção da pesquisadora foi o fato dos profissionais afirmarem que não sabiam lidar com os casos que apresentam sinais de alucinações, delírios e agressividade. Segundo eles, se trata de situações graves que necessitam de uma intervenção a nível hospitalar ou do serviço de referência para atendimento à crise, mas que eles não sentem segurança, pois já encaminharam alguns de seus usuários que, segundo eles, voltaram em uma situação pior do que a que se encontravam antes.

A situação justifica o tema da oficina e corrobora com as dificuldades apresentadas durante a realização do grupo focal, com destaque para a fragilidade da RAPS e a insegurança técnica para lidar com as situações de crise. Foram relatadas dificuldades para se conseguir vagas nos serviços especializados, encaminhamentos aos hospitais

psiquiátricos realizados pelo PASM, assim como a ausência de um trabalho em conjunto com o CAPS de referência do território.

Essas dificuldades apontadas estão relacionadas à segunda questão discutida na oficina que diz respeito às necessidades das pessoas em sofrimento psíquico. O intuito desse questionamento foi levar os profissionais a identificarem no território os diferentes serviços e dispositivos que poderiam ser articulados para atender à diversidade de necessidades que as pessoas com problemas mentais podem apresentar. Nesse momento, surgiram respostas bastante variadas que vão desde necessidades ligadas aos serviços de saúde até questões relacionadas ao convívio social e afetivo.

Os profissionais afirmaram que as necessidades de uma pessoa em sofrimento psíquico estão relacionadas ao acesso aos serviços da rede de atenção, referindo como sendo importante o acompanhamento profissional, com destaque a área “psi”, assim como a utilização de medicamentos para esses casos. Identificaram, também, como sendo de suma importância a presença da família, dos amigos e da espiritualidade, independente de religião, como recurso de cuidado em saúde mental. Essas respostas revelam o reconhecimento dos profissionais da importância da rede de apoio social, da escuta qualificada e do acolhimento para as pessoas com necessidades de saúde mental.

Portanto, verificou-se que a equipe além de conseguir identificar as necessidades de saúde e de cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, também reconhece a intersetorialidade como importante estratégia de gestão e de cuidado dentro do campo da saúde mental. Isso demonstra que mesmo “inconsciente”, ela desenvolve uma prática baseada na clínica ampliada e no paradigma da atenção psicossocial, conceitos-chave para a saúde mental e para saúde coletiva.

Os profissionais foram bastante contundentes em suas queixas sobre a atual gestão do serviço, evidenciando situações com a atual direção do DSIII e com os apoiadores do NASF. Trouxeram, mais uma vez, o fato de não terem sido liberados para realizar as atividades desta pesquisa em ambientes externos à USF, alegando “intransigência” da gestão em relação as atividades fora da Unidade. Exemplificaram essa questão referindo uma época na qual havia na equipe um grupo de ACS que realizavam peças de teatro como ferramenta de educação em saúde e que foi extinto

devido às dificuldades em manter a atividade educativa em consonância com as cobranças por produtividade advindas da gestão.

Ainda sobre essa questão, os profissionais afirmaram que há uma cobrança por produção de atividades realizadas apenas no consultório, não sendo estimuladas, inclusive pelos apoiadores, atividades de educação permanente, oficinas, etc. Nesse momento denunciaram a burocratização do processo de trabalho, em detrimento a qualidade da atenção realizada, alegando que a atual gestão se preocupa apenas com números de atendimentos e não na qualidade do mesmo.

As equipes de saúde da família são cobradas, mensalmente, a responderem inúmeros documentos que contabilizam sua produção durante todo o mês, o que acaba gerando um produtivismo de forma atender às demandas da gestão central da instituição. Na concepção dos participantes deste estudo, isso tem ocasionado uma falta de estímulo para as atividades que não fazem parte dessa produtividade, o que faz com que os mesmos se concentrem mais em procedimentos internos em detrimento das atividades coletivas.

Assim como no grupo focal as queixas relacionadas aos apoiadores do NASF como coordenadores da USF foram frequentes. Segundo os participantes, os apoiadores deveriam complementar a equipe e não realizar um papel de fiscalização do trabalho da mesma. Essas questões só vêm reafirmar os resultados que tivemos do grupo focal sobre o processo de trabalho do NASF, demonstrando que algumas posturas desses profissionais só contribuem, ainda mais, para o surgimento de tensões dentro desse campo. Não estamos fazendo aqui dos apoiadores um bode expiatório, nem tampouco esquecendo as contribuições que os mesmos podem trazer para o trabalho realizado na ESF, estamos apenas evidenciando as contradições que o lugar de apoiador no município de João Pessoa tem demonstrado a partir das relações que esses profissionais estabelecem com as equipes de saúde da família que deveriam apoiar.

Neste sentido, Bertussi (2010) entende o encontro como da ordem micropolítica e destaca o agir do apoiador como fundamentalmente micropolítico operando em um território atravessado por diversas relações de poder. Assim, acreditamos que no cotidiano das USF apoiadores e trabalhadores se encontram e se afetam, podendo

produzir nesse campo de forças encontros potencializadores, “interinventando” as funções de cada um, de forma a possibilitar novas práticas de cuidado em saúde.

Outra questão que foi colocada pelos profissionais diz respeito a falta de reconhecimento do trabalho que os mesmos têm desempenhado cotidianamente e que não são consideradas as dificuldades enfrentadas por eles para atender as demandas da comunidade. Assim, relataram diversas situações nas quais não receberam nenhum apoio da gestão e acusaram a mesma de apenas cobrar trabalho, mas não reconhecer os esforços para a realização do mesmo.

Dessa forma, o ritmo exaustivo de procedimentos dentro dos prazos estabelecidos, a fiscalização do processo de trabalho, a cobrança por resultados que correspondam à realidade e as dificuldades na comunicação entre gestão e serviço revelam um enfoque em um trabalho pautado na produtividade, o que vem ocasionar em um processo de trabalho reduzido ao cumprimento de normas e metas orientadas pela gestão. Durante a discussão essas questões ficaram muito evidentes nos relatos dos profissionais que procuravam revelar através disso sua condição de submissão diante de um poder totalitário que inviabiliza uma prática pautada na autonomia dos sujeitos envolvidos e na possibilidade de construção de um trabalho compartilhado.

Essas questões podem gerar nos trabalhadores um desgaste, além de cognitivo, afetivo em relação ao trabalho que desenvolvem no cotidiano. Os participantes, durante todo o tempo da oficina, demonstraram bastante insatisfeitos e desestimulados a realizar quaisquer que fossem as sugestões de mudança colocadas pelas facilitadoras em relação a essa problemática. Resistiram durante um tempo significativo a construir a rede de cuidados do território que sugerimos afirmando que sabiam identificar essa rede, mas que a mesma não sairia nunca do papel, alegando que não havia nenhuma interlocução entre os dispositivos. Diante disso, as facilitadoras esclareceram aos profissionais que os mesmos deveriam construir essa rede evidenciando as contradições que eles identificavam nela.

Assim, os profissionais desenharam em uma folha de papel madeira os dispositivos que conseguiram identificar como sendo parte de uma rede de cuidados que pudesse atender as demandas de saúde mental do território. Dessa forma, foram citados os seguintes equipamentos: USF, CAPS, PASM, Centro Cultural de Mangabeira,

Associação de Moradores e algumas moradias próprias da comunidade. Uma das coisas que chamou a atenção diz respeito à falta de interligação entre a USF e os serviços CAPS e PASM, sendo justificada pelo fato de não terem nenhum retorno dos casos quando os usuários passam por esses locais. Segundo uma participante, a equipe apenas tem conhecimento que esses usuários passaram por esses serviços devido as receitas médicas que eles trazem de lá.

Dessa forma, percebemos uma contradição no que diz respeito ao funcionamento da rede de atenção, que ao invés de operar de forma interligada e conectada revela serviços fechados em torno de si mesmos, dificultando, assim, o desenvolvimento de um trabalho pautado no cuidado integral atendendo as necessidades de saúde das pessoas nos diversos níveis de atenção. Como vimos no decorrer deste trabalho, em 2011 o Ministério da Saúde lançou a portaria que institui a RAPS (BRASIL, 2011) de forma a orientar os profissionais dos diversos serviços de atenção para operar as práticas de saúde mental em rede, entendendo que os cuidados devem ir desde a atenção básica até o hospital, através da interlocução entre os dispositivos. Mas, o que se verificou foi uma fragmentação do cuidado e um número significativo de internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos devido ao não acolhimento dessas pessoas nos serviços que compõem a RAPS.

Outra questão também apontada pelos profissionais durante a oficina diz respeito à falta de atividades com foco na saúde mental, os mesmos afirmaram que a apoiadora anterior ainda realizava algum apoio nesse sentido, por mais que ainda fosse insuficiente, mas que agora não havia nenhum tipo de referência ao tema da saúde mental. Mais uma vez verifica-se a dificuldade de realizar uma prática em saúde voltada também para as questões de saúde mental, uma vez que esse tema não tem sido incluído nas discussões, nas oficinas, nas qualificações que se dão dentro ou fora do serviço.

Sendo assim, durante a realização da oficina, procurou-se refletir junto com os profissionais as possibilidades de mudança que os ajudassem na resolução das problemáticas trazidas por eles. Esse movimento permitiu a identificação de algumas atividades que poderiam ser realizadas com foco na saúde mental, como iniciar um grupo voltado para essas questões, fazer um levantamento dos casos da área, identificar os usuários do território que frequentam os serviços CAPS, resgatar o grupo de teatro dos

ACS e programar alguma atividade cultural voltada para o tema, etc. Ainda que apontassem algumas possibilidades, essas eram automaticamente atravessadas pelas insatisfações que referimos anteriormente, colocando a gestão como desestimuladora desse processo ao afirmarem que não teriam nenhum tipo de apoio da mesma para realizar essas atividades.

Entendemos que o processo de trabalho nos serviços de saúde tem demonstrado que as práticas estão sendo, cada vez mais, voltadas para o foco da produtividade, dos resultados rápidos e da eficiência numérica, gerando uma sobrecarga nos profissionais e desestimulando-os a realizar o seu trabalho com prazer e entusiasmo. Mas, precisamos também atentar para o fato de que dentro desse campo de forças existe o componente da subjetividade dos sujeitos que estão envolvidos nesse processo e essa subjetividade poderá operar enquanto uma força transformadora dessa realidade.

Desde o início desse trabalho procuramos evidenciar que a prática que se opera dentro dos serviços de saúde é carregada de potencial para a mudança, mesmo que não seja de interesse da “gestão” a realização de algumas transformações que são identificadas como cruciais por quem está no campo. O que estamos dizendo com isso é que o trabalho realizado no cotidiano, no encontro entre profissional e usuário, pode ir para além do cumprimento do que é formalmente esperado, pois a potência desse encontro, as afetações que se estabelecerão nele, tem um grande poder transformador difícil de ser alcançado pelo poder da instituição quando o profissional acredita ser um ator fundamental para essa transformação.

Durante a oficina procuramos dialogar com os profissionais tendo como norte essas ideias e com isso poder evidenciar com os mesmos as problemáticas que emergem de suas práticas de forma a pensarmos em possibilidades de transformação. Com isso, surgiram falas que apontavam para a necessidade de continuarmos a discutir sobre o tema da saúde mental, evidenciando o que temos discutido no decorrer desse trabalho, sobre a importância de debater as questões desse campo com os profissionais da ESF.

Assim, elucidamos nesse momento a importância da educação permanente em saúde que, a partir das ideias dos autores que discutimos em outras sessões, como Bezerra Jr. (2007) e Ceccim e Feuerwerker (2004), deve atravessar toda a prática, desde qualificações até nas reuniões de equipe. Dessa forma, evidenciamos o limite da

presente pesquisa que procurou identificar uma realidade com o intuito de realizar alguma transformação na mesma. Assim, foi possível estabelecer diversos diálogos, levantar debates, promover discussões acerca da realidade que se apresentava a cada momento, mas em nível de transformação é preciso que esse processo se dê de forma cotidiana, no dia a dia das equipes sendo parte do processo de trabalho das mesmas.

5 CONSIDERAÇÕES “INCONCLUSAS”

A partir das questões que nortearam e motivaram este estudo foram estabelecidos objetivos de pesquisa para que pudéssemos responder às interrogações que surgiram de experiências de trabalho e de estudos sobre a saúde mental e a atenção básica. No entanto, em uma pesquisa implicada com uma realidade complexa e em constante transformação de suas práticas não se pode ter a pretensão de obter todas as respostas, pois, mais importante que concluir os questionamentos é abrir novas possibilidades de indagações que possam ampliar os caminhos e apontar estratégias possíveis para a transformação da prática.

Durante o percurso de construção deste trabalho foi possível perceber, a partir das reflexões e da inserção da pesquisadora na realidade investigada, que a saúde mental e a atenção básica são campos que convergem entre si. Isso porque ambos os campos têm conduzido suas práticas a partir de objetivos comuns, como a produção de saúde e de vida às pessoas. Apesar de reconhecer as possibilidades da realização de um cuidado efetivo em saúde mental na atenção básica, reconhecemos também os limites da junção entre os dois campos.

Sabemos que a RPB proporcionou avanços inegáveis no que diz respeito ao cuidado as pessoas consideradas “loucas” pela sociedade. Durante séculos essas pessoas permaneceram abandonadas nos “porões da loucura”, afastadas do convívio comunitário, aprisionadas pelos saberes médicos institucionalizantes dos hospitais psiquiátricos. Eram os “ninguéns”, os “sem história”, os “sem voz”, “sem desejos” e “sem direitos”; aqueles sobre os quais as pessoas falavam por eles e sobre eles. A partir das lutas propostas pelo ideário da RPB muitas dessas pessoas puderam resgatar a sua dignidade e usufruir de seus direitos através da oferta de uma rede de serviços comunitários e substitutivos aos manicômios. Desde então, as políticas de saúde têm avançado e atuado mais proximamente da vida das pessoas, com os princípios da universalidade dos direitos, da equidade da atenção, da promoção de autonomia dos usuários, da integralidade, entre outros, a ESF assumiu um lugar estratégico para a consolidação dos ideários da RPB.

A ESF tem demonstrado um enorme potencial para o cuidado em saúde mental, devido a maior possibilidade de construção do vínculo com os usuários, ao trabalho realizado nos territórios, além de configurarem em sua prática estratégias de cuidado que priorizam a autonomia das pessoas e a promoção de vida. Os resultados dessa pesquisa mostraram que há um leque diversificado de estratégias que podem dar conta das questões relacionadas à saúde mental dos usuários, como: a realização de uma escuta qualificada, o investimento no vínculo construído diariamente com a população, o trabalho realizado de forma compartilhada e em equipe, a articulação entre os serviços da RAPS, o matriciamento, as discussões de caso, entre outras.

O estudo permitiu demonstrar que quando os profissionais se utilizam dessas estratégias de forma efetiva e implicada com os sujeitos o campo da saúde mental e da atenção básica se encontram, fazendo avançar práticas de saúde inovadoras e comprometidas com o cuidado integral dos usuários. Os resultados da pesquisa evidenciaram algumas experiências exitosas e iniciativas realizadas pela equipe nas quais os profissionais se utilizaram de ações e práticas inerentes ao seu processo de trabalho, o que vem demonstrar que as ferramentas para o cuidado em saúde mental na atenção básica estão dadas, necessitando a potencialização das estratégias que já vem sendo realizadas.

Dessa forma, elucidamos que o trabalho realizado pelos profissionais da ESF é essencialmente, também, um trabalho de saúde mental, demonstrado através dos dados coletados neste estudo que apontaram para a produção de um cuidado em saúde diretamente ligado às práticas, ações e estratégias imprescindíveis para a promoção de saúde mental das pessoas. Tais dados evidenciam a potencialidade da ESF para o cuidado em saúde mental, uma vez que constituem um campo fértil para fazer avançar os princípios da desinstitucionalização, da atenção psicossocial e da clínica ampliada.

O estudo permitiu evidenciar, também, que quando o acolhimento do usuário é efetuado em seu território, através de um trabalho que inclui a família, os vínculos sociais, o apoio comunitário, a ESF demonstra sua efetividade ao considerar a rede de apoio das pessoas na realização do cuidado em saúde mental. Porém, os dados empíricos apontaram para diversas fragilidades na consolidação dessa rede, demonstrando a dificuldade da equipe em se articular com outros serviços, o que reforça a manutenção

da lógica fragmentada do cuidado e aponta limitações para além das possibilidades de alcance dos profissionais da atenção básica.

Desta forma, destacamos a importância da efetivação de iniciativas como o apoio matricial que devem apontar para novas possibilidades de cuidado e facilitar a inserção dos usuários na rede de atenção. Sabemos que o apoio matricial, realizado pelas equipes do NASF, tem entre suas funções romper com essa fragmentação do cuidado superando a lógica da especialização e dos encaminhamentos desnecessários. Porém, o estudo demonstrou que os profissionais do NASF inseridos na realidade investigada não assumiram de forma efetiva essa função de apoiadores matriciais, elucidadas pelas dificuldades relacionadas a construção do lugar desses profissionais no contexto dos serviços de saúde do município de João Pessoa/PB. Assim, esta configuração do apoio matricial acaba dificultando a realização de um cuidado efetivo aos usuários, pois os resultados da pesquisa apontaram que os profissionais da ESF necessitam constantemente de suporte técnico e pedagógico para a condução dos casos de saúde mental de forma implicada com as orientações das políticas de saúde mental.

Sendo assim, evidenciamos a necessidade de iniciativas que possam colocar em debate o papel do NASF em João Pessoa/PB, destacando as potencialidades do trabalho que já vem sendo realizado e reconfigurando as práticas que desviam a sua função na ESF. No entanto, reconhecemos que uma mudança na lógica de trabalho não é tarefa fácil de ser realizada e não ocorre de forma automática, ela deve ser processual e em respeito as práticas já construídas nesse caminho. Mas, para que isso seja possível de acontecer é preciso que o processo de reconfiguração do papel do apoiador no município seja adotado enquanto projeto de gestão, que deve assumir e implementar um novo modelo de NASF que se aproxime das necessidades de saúde da ESF e das orientações das políticas de saúde.

Assim, reconhecemos os limites do campo da saúde mental na atenção básica ao elucidarmos, através dos resultados do estudo, as dificuldades que se apresentam no cotidiano dos profissionais da equipe de saúde da família estudada. Os dados coletados e as pesquisas que citamos no decorrer do trabalho apontaram para resultados semelhantes. Além das fragilidades relacionadas ao apoio matricial e a rede de atenção, identificamos também o excesso de demanda na USF, a escassez de qualificação em

saúde mental, a burocratização do processo de trabalho e a falta de autonomia dos profissionais, o que representa um serviço de saúde ainda arraigado em práticas hegemônicas do modelo biomédico tradicional, apesar de reconhecer os esforços dos profissionais deste estudo em superar essa dicotomia.

Com isso, destacamos que para a efetivação do modelo psicossocial é preciso promover a construção de práticas inovadoras em saúde, não aquelas que apenas cumprem metas e resultados cobrados por um poder institucional. É preciso “reinventar as instituições”, não focando o trabalho das equipes apenas na aquisição de novas tecnologias, como insumos e qualificação técnica, na busca exaustiva por resultados esperados, mas sim (re)inventando práticas inovadoras de cuidado a partir de novas formas de relacionar-se com as pessoas em sofrimento. Neste sentido, acreditamos que a formação teórico-crítica é um dos pontos chaves para a consolidação dessas práticas, uma vez que o processo formativo contínuo é uma importante ferramenta impulsionadora de um trabalho reflexivo, problematizador e transformador na construção do cuidado. A partir dos resultados obtidos evidenciamos a importância de concebermos o cotidiano da ESF como um espaço permanente de formação que pense a própria prática e possibilite aos profissionais a construção de novas estratégias de cuidado.

É inegável o avanço que o sistema de saúde obteve através da ampliação da rede de serviços de atenção a população, como o aumento da RAPS e a progressiva diminuição dos hospitais psiquiátricos. No entanto, ainda existe um grande desafio em relação ao modo pelo qual a sociedade lida com a loucura, com o sofrimento psíquico, com a diversidade cultural das pessoas. Neste sentido, acredita-se que a pesquisa pôde contribuir para a reflexão acerca de alguns conceitos relacionados a “loucura” e as suas necessidades, pois oportunizou aos profissionais o debate sobre suas concepções, crenças e valores éticos, morais e religiosos e contribuiu para a tomada de consciência sobre as mesmas e a construção de novas concepções.

Ao identificar as estratégias de cuidado realizadas, destacando as potencialidades e as dificuldades, o estudo permitiu reconhecer, a partir do processo de trabalho dos profissionais, diversas formas de realização do cuidado em saúde mental na atenção básica, evidenciado os arranjos que a equipe tem construído para lidar com essas demandas no território. Destacamos, portanto, a importância da pesquisa na medida em

que os conhecimentos adquiridos em seu percurso partiram da própria prática, reconhecendo os saberes produzidos nela, e procuraram retornar ao contexto investigado de forma a produzir novos saberes coletivos.

Neste sentido, destacamos um dos objetivos da pesquisa-ação que busca, além de transformar a prática, proporcionar o conhecimento da realidade vivenciada a partir da identificação dos problemas enfrentados na mesma. Nesse sentido, este tipo de pesquisa não se preocupa apenas em resolver os problemas que se apresentam no contexto pesquisado, o que é extremamente difícil quando se trata de momentos com tempos pré-determinados. Mas, o diferencial deste tipo de pesquisa consiste, também, na possibilidade de evidenciar a problemática que se apresenta nesse contexto, colocando os problemas no centro das discussões.

Dessa forma, elucidamos a limitação dessa pesquisa reconhecendo que a investigação e a intervenção realizada durante o seu percurso não permitiram, naquele momento, realizar uma transformação das práticas. Muito provavelmente, o cenário no qual nos inserimos continua sendo palco para os problemas que identificamos durante o estudo, mas acreditamos que a pesquisa pôde contribuir para que essas problemáticas fossem evidenciadas e colocadas como centro do debate através dos encontros que se estabeleceram entre pesquisadores e profissionais implicados em uma possibilidade de mudança.

Assim, levantamos essas considerações “inconclusas” sobre dois campos de saúde em constante transformação de suas práticas, atravessados por diversas forças de poder contraditórias, que paradoxalmente buscam produzir saúde as pessoas ao mesmo tempo em que excluem os principais atores desse processo. Por fim, acreditamos que na complexidade da busca por produção de saúde emergem, também, forças potencializadoras que atuam no campo relacional das instituições, que podem fazer com que os atores envolvidos no cuidado em saúde se destituam do saber-poder que aprisiona e institucionaliza os sujeitos, e proporcionem, assim, espaços de acolhimento para o sofrimento psíquico das pessoas e um novo lugar social para a loucura.

6 REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. **O amor que acende a lua**. 8ª edição. Ed: Papyrus, 1999, p. 214.

ALFENA, Márcia Dias. **Uso de psicotrópicos na Atenção Primária**. 1994. 69f. Dissertação [Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. Forças, diferença e loucura: Pensando além do princípio da clínica. In P. Amarante (Org.), **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000. p. 41-52.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. (Org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003, p. 45-65.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASCHIDAMINI, Ione Maria; SAUPE, Rosita. **Grupo focal estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico**. Cogitare Enfermagem. (Curitiba, PR). v. 9, n. 1, p. 9-14, jan/jun 2004.

AZEVEDO, Elisângela Braga de. et al. **Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico**. Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, v.4, n. 3, p. 612-623, jul./set. 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASÁGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASTOS, Alice Beatriz B. Izique. **A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon**. Psicólogo *in* Formação, ano 14, n. 14, jan./dez. 2010.

BEZERRA JR., Benilton. **Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 2, n. 17, p. 243-250, 2007.

BRASIL. **LEI Nº. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência

psiquiátrica. Diário oficial da República federativa do Brasil, Brasília, 9 abr. 2001. Seção 1, p.2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** Brasília, DF, 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. **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, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 648/GM de 28 de março de 2006.** Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf.> Acesso em abril de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS.** 1. ed. – Brasília, DF, 2009c.

_____. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV. Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.** 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2011, 210f.

_____. Ministério da Saúde. **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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em maio de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 110 p.: il. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental / Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde Mental**. Brasília, DF, 2013.

BRODSKY, Graciele. **A loucura nossa de cada dia**. Opção Lacaniana online. Nova série, Ano 4, n. 12, Novembro, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio Matricial e Equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

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

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003, p. 13-44.

COUTO, Mia. **Antes do Nascer do Mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. **Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; GAMA, Mônica Elinor Alves. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: MALAGUTTI, William. (Org.). **Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

DIMENSTEIN, Magda; LIMA, Ana Izabel Lima; MACEDO, João Paulo. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In. PAULON, Simone.; NEVES, Rosana. (Org). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede**. Cad. Bras. Saúde Mental, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

FALKEMBACH, Elza Maria Fonseca. **Diário de campo: um instrumento de reflexão**. Contexto & Educação. Ijuí, v. 2, n. 7, p. 19-24, jul./set. 1987.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLLOZI, Arlêude. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil**. Curitiba: Editora UFPR, n. 17, p. 31-41, 2009.

FLEURY, Sônia Maria; OUVÉNEY, Assis Luiz Mafort. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 24ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FONSECA, Rosa Maria Godoy da Serpa; AMARAL, Marta Araújo. **Reinterpretação da potencialidade das Oficinas de Trabalho Crítico-emancipatórias**. Rev. Bras. Enferm., set-out; 65(5): 780-7, Brasília, 2012.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil**. Comunicação apresentada no XXVIII Congresso Internacional da Associação Latino-Americana de Sociologia (ALAS). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Set/2011.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Perspectiva, São Paulo, 1978.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1987.

_____. **Ética, política, sexualidade**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004 (Ditos e escritos; V). p.196-197.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 28 de agosto de 2015. Disponível em <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2972>. Acesso em 24 de agosto de 2016.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatrização da vida e o DSM V: Desafios para o início do século XXI**. Março, 2012. Disponível em <http://cebes.org.br/2012/03/psiquiatrizacao-da-vida-e-o-dsm-v-desafios-para-o-inicio-do-seculo-xxi/>. Acesso em 12 de setembro de 2016.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; ONOCKO CAMPOS, Rosana. **Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007)**. Cadernos Brasileiros de saúde mental, 1 v., Florianópolis, 2009.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação**. (Ribeirão Preto, SP), v.12, n.24, p.149-161, 2003.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais**. Revista de Administração de Empresas, 35(4), 65-71, 1995.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Brasil: Zahar Editores, 1980.

JORGE, Marco Aurélio S. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), 1997.

KITZINGER, Jenny. Grupos Focais. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. (org). Tradução Ananyr Porto Fajardo. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Editor Fiocruz, 2007.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2009.

_____. A formação como combate. In: LOBOSQUE, Ana Marta. (org). **Caderno Saúde Mental 3**. Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação, Belo Horizonte: ESP-MG. v. 3, 2010.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LOBOSQUE. Ana Marta. **Experiência da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUZ, Madel T. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX.** Physis: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 15 (suplemento) 145-176, 2005.

MCGOLDRICK, Mônica; GERSON, Randy; PETRY, Sueli. **Genogramas: avaliação e intervenção familiar.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. et al. Distritos sanitários: conceitos chave. In: MENDES, Eugênio Vilaça. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde.** 3 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1995, p. 159-185.

MERHY, Émerson Elia. **Engravidando palavras: o caso da integralidade.** Palestra proferida no Congresso da Rede Unida, Belo Horizonte, 2005. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2016.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; BOTEGA, Carla Garcia; PEREZ, Karine Vanessa. **Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora: cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS).** Porto Alegre: Avergraf, 2014.

MEYER, Julienne. Pesquisa-ação. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. (org). Tradução Ananyr Porto Fajardo. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 12ª edição. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial.** 2010. 110p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

NEVES, Rosane. et al. Rastreamento o cuidado em saúde mental pela mão dos Agentes Comunitários de Saúde: um percurso de pesquisa. In. PAULON, Simone; NEVES, Rosane. (Org). **Saúde Mental na atenção básica: a territorialização do cuidado.** Porto Alegre: Sulina, 2013.

NICACIO, Maria Fernanda de Silvio. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.** Tese [Doutorado] - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERREIRO, A.P. (org.). **Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild (Hucitec), v. 1, 2008.

OLIVEIRA, Naiana Alves. et al. **Contextualizando o grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativa**. XVII Congresso de Iniciação científica. X Encontro de Pós-graduação. Novembro, 2008.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. **Clínica: a palavra negada** – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Biblioteca da OMS, Geneva. 2001.

PAULON, Simone Mainieri; NEVES, Rosane. **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. (Org). Porto Alegre: Sulina, 2013.

PELBART, Peter Paul. **Manicômio mental – A outra face da clausura**. In: Revista Saúde & Loucura, n. 2, 3ª ed., p. 131-138. Editora Hucitec, 1990.

PICHÓN-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. Secretaria municipal de saúde. **Relatório Anual de Gestão**. João Pessoa, PB, 2015.

_____. Secretaria municipal de saúde. **Relatório Anual de Gestão da USF Cidade Verde IV**. João Pessoa, PB, 2015.

ROTELLI, Franco. et al. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, p. 17-59, 1990.

ROTELLI, Franco. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (org). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo. **Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental**. Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 506-514, jul-set, 2014.

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Edusp, 2002.

SCHEFFER, Graziela, SILVA; Lahana Gomes. **Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 118, p. 336-393, abr./jun., 2014.

TESSER, Charles Dalcanale. **Medicalização Social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde.** Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.10, n.19, p. 61-76, 2006.

TESSER, Charles Dalcanale; NETO, Paulo Poli; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3): 3615-3624, 2010.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. **Michel Foucault e a “história da loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, V. 3, n. 6, p. 41-64, 2012.

THIOLLENT, Michael. **Metodologia da pesquisa-ação.** 14^aed. São Paulo: Cortez. 2004.

TRENTINI, Mercedes; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase. **Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem.** Texto e Contexto em Enfermagem (Florianópolis, SC), v. 9, n. 1, p.63-78, 2000.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica.** São Paulo: Educação e pesquisa, São Paulo; v.31, n.3, p. 443-466, 2005.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. **Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações.** Interface - Comunic. Saúde, Educ., v. 13, n. 28, p. 151-64, jan./mar. 2009.

YASUI, Sílvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa/PB e está sendo desenvolvida pela pesquisadora MARÍLIA MOURA DE CASTRO, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a. Anna Luiza Castro Gomes.

O estudo tem por objetivo analisar as ações/estratégias de saúde mental realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa/PB. A finalidade deste trabalho é contribuir para o fortalecimento das práticas de cuidado em saúde mental realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Solicitamos a sua colaboração para participar da realização de 01 (um) grupo focal como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica (*se for o caso*). Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (*se for o caso*). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador Responsável: MARÍLIA MOURA DE CASTRO
Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador no telefone: (83) 99853-1353 ou ainda pelo email: mariliamouracastro@gmail.com
Ou no Comitê de Ética do CCS-UFPB no e-mail: eticaccsufpb@hotmail.com
Campus universitário I
Castelo Branco I.
CEP: 58051-900
3216-7791

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE B – FICHA DO PERFIL DOS PARTICIPANTES

PESQUISA: Saúde Mental na Atenção Básica: limites e possibilidades de uma prática em comum

PESQUISADORA: Marília Moura de Castro

ORIENTADORA: Profa. Dra. Anna Luiza Castro Gomes

Ficha de Perfil dos Participantes (responder individualmente)

1. Sexo: M () F ()

Idade: _____

2. Escolaridade:

() Fundamental incompleto

() Fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Superior incompleto

() Superior completo

() Pós-graduação

Em quê? _____

3. Que cargo/função exerce nesta USF? _____

4. Há quanto tempo trabalha nesta USF?

a) Menos de 1 ano b) 1 a 2 anos c) 2 a 3 anos d) 3 a 4 anos

e) 5 a 10 anos f) Mais de 10 anos g) Mais de 15 anos

5. Já participou de algum curso, capacitação, oficina, da área de saúde mental (incluindo os da área de álcool e outras drogas)?

APÊNDICE C – CASOS CLÍNICOS

Caso Marlene

Marlene, 27 anos, casada, trabalha numa lojinha no comércio do bairro de Mangabeira, mora com a mãe, marido e seu filho de 05 anos. Há cerca de dois meses Marlene vem procurando, toda semana, o atendimento da ESF, sendo atendida por diversas pessoas da equipe, sempre dizendo que está “passando mal”, embora nunca se verificasse nenhuma alteração de pressão ou de qualquer outro sinal vital. Devido às queixas persistentes, Marlene foi encaminhada para uma consulta médica, em que revelou apresentar sensações de nervoso, de medo sem objeto definido, cansaço e desânimo que ela ainda consegue combater a duras penas e ir trabalhar. Chorou durante a consulta, relatando problemas com o marido que perdeu o emprego há seis meses e que voltou a beber demais. Relata que “ele é um homem bom, mas quando bebe fica agressivo.” Apresenta história de crises de enxaqueca há vários anos, que pioraram há uns seis meses. A mãe de Marlene ajuda na criação do seu filho, mas como é hipertensa e diabética acaba sendo mais uma pessoa para Marlene cuidar. Não tem conseguido dormir direito.

Caso Evandro

Evandro, 47 anos, é frequentador assíduo da USF Cidade Verde IV, chamando a atenção pelo tom de voz muito alto e relatos bizarros de relacionamentos com estrelas de telenovelas. É tratado com carinho pela equipe e se compraz em realizar pequenas tarefas, como varrer a calçada da unidade de saúde. No entanto, às vezes “entra em surto” e fica internado no hospital psiquiátrico Juliano Moreira por dois ou três meses. Dessa vez, no entanto, apesar da notícia de alta, Evandro não reapareceu na unidade. A ACS de sua área resolveu então visitá-lo e descobriu que foram colocadas grades em seu quarto: ele agora fica preso em casa. Sua mãe, uma senhora idosa, diz que não aguenta mais enfrentar suas crises, está decidida a não mais interná-lo e, por isso, decidiu mantê-lo sempre em casa.

APÊNDICE D - ROTEIRO DE DEBATE DO GRUPO FOCAL

PESQUISA: Saúde Mental na Atenção Básica: limites e possibilidades de uma prática em comum

PESQUISADORA: Marília Moura de Castro

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Anna Luiza Castro Gomes

Apresentação: O moderador convidará a todos para sentarem-se em círculo e apresentará o processo das entrevistas, seguido da Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Logo após os participantes responderão os dados de identificação.

Local: _____

Início: _____

Término: _____

Parte I - Explicação sobre os objetivos do grupo focal, assinatura dos termos e preenchimento da Ficha de Perfil.

Parte II – Leitura da “situação-problema”.

Parte III – Identificando as ações/estratégias de saúde mental utilizadas no cotidiano de trabalho dos profissionais

- 1) Quais as necessidades de saúde que os profissionais identificam na situação-problema trazida?
- 2) Que outras demandas, além das identificadas na “situação-problema”, os profissionais identificam em sua realidade cotidiana de trabalho como sendo de saúde mental?
- 3) Como os profissionais lidam com essa demanda de saúde mental? Quais estratégias utilizam? Quais serviços acionam e como se articulam com os mesmos para resolver os casos?

- 4) Os profissionais identificam a rede de apoio social dos usuários como parte desse cuidado em saúde mental? Como se articulam com essa rede?

Parte IV – Refletindo sobre as dificuldades e as potencialidades no acompanhamento das demandas de saúde mental do território

- 1) Quais os sentimentos que os profissionais identificam quando numa situação como essa? Como agiu diante disso?
- 2) Quais as dificuldades que os profissionais encontram ao se deparar com uma demanda que ele identifica necessitar de intervenção em saúde mental?
- 3) Entre as ações/estratégias utilizadas em seu cotidiano de trabalho quais os profissionais identificam sendo prioritária para a realização do cuidado em saúde mental da sua comunidade?
- 4) Qual o suporte necessário para lidar com as demandas de saúde mental da sua comunidade?

APÊNDICE E - ROTEIRO DA OFICINA DE TRABALHO

OFICINA DE TRABALHO: “SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUINDO NOSSA REDE DE CUIDADOS”

Objetivo: proporcionar reflexão acerca do cuidado em saúde mental com foco na rede de atenção psicossocial de forma a contribuir com a melhoria do cuidado em saúde mental realizado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Público-alvo: profissionais da Equipe de Saúde da Família Cidade Verde IV.

Material necessário: papel ofício, fita-adesiva, canetas pilotos coloridas, folhas de papel madeira, data-show, notebook, caixa de som.

Facilitadoras: Marília Moura de Castro (pesquisadora); Anna Luiza Castro Gomes (orientadora)

Duração: 13:00h às 16:00h.

1ª parte

- Dinâmica da associação livre de palavras. Distribuir tarjetas coloridas para os participantes e solicitar que respondam, em três palavras, os seguintes questionamentos:

- O que é loucura para você? 10 minutos para responder. Recolhe as tarjetas.
- Do que uma pessoa com sofrimento psíquico necessita? Pense em situações que você já vivenciou como profissional e como pessoa. 10 minutos.
- Escrever todas as palavras respondidas, eliminando as repetidas, em um mural visível a todos.
- Ler as palavras e discutir com o grupo.

- Convidar os participantes para construir uma rede de cuidados em saúde mental a partir do que foi identificado pelo grupo durante a discussão.

2ª parte

- Construção da rede;
- Video RAPS (4 minutos);
- Entrega dos folders “Conheça a RAPS”;
- Fechamento: comparar a rede construída com o que traz no vídeo. Faltou algo? O que acrescentar? Como podemos melhorar nossa rede?
- Avaliação do momento;
- Lanche coletivo.