



Laura Regia Oliveira Cordeiro

**Produção de sentidos sobre cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia de
Saúde da Família**

Teixeira de Freitas

2021

Laura Regia Oliveira Cordeiro

**Produção de sentidos sobre do cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia de
Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Lina Rodrigues de Faria

Coorientador Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos

Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Teixeira de Freitas

2021

Catálogo na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)
Sistema de Bibliotecas (SIBI)

C794p Cordeiro, Laura Regia Oliveira, 1985-

Produção de sentidos sobre do cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde da Família / Laura Regia Oliveira Cordeiro. – Teixeira de Freitas: UFSB, 2021. -

130f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia, Campus Paulo Freire, Centro de Formação em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.

Orientadora: Dra. Lina Rodrigues de Faria.

1. Saúde mental. 2. Saúde da família. 3. Estratégia Saúde da Família – Vitória da Conquista (BA). I. Título.

CDD – 353.6

Laura Regia Oliveira Cordeiro

Produção de sentidos sobre cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família– PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Sul da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em:

Banca Examinadora



Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães (UFSB)

Membro interno



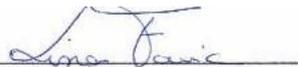
Dr Rafael Andres Patino Orozco (UFSB)

Membro interno



Dra. Rozemere Cardoso de Sousa (UESC)

Membro externa



Dra. Lina Rodrigues de Faria (UFSB)

Presidente da Banca

Teixeira de Freitas

2021

Dedico este trabalho e todo o meu processo de
construção de saberes à minha família maravilhosa:
papai, mamãe, minha irmã, meus filhos e ao meu
esposo. E para eles este poema que nos significa!
“Para ser grande, sê inteiro: nada Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és No mínimo que
fazes.
Assim em cada lago a lua toda Brilha, porque alta vive.”
(Fernando Pessoa)

AGRADECIMENTOS

Sou Laura Regia Oliveira Cordeiro, nome foi escolhido por minha mãe em homenagem a minha bisavó, sendo a minha mãe a primeira Laura em homenagem a sua avó. Somos de uma família de Lauras. Nosso nome tem sua origem no termo em Latim Laurus, no qual o significado é “louro” ou “loureiro”. O Loureiro na antiguidade era símbolo de força, honra, vitória e de imortalidade. E para os romanos representava glória. Acredito que sou glorificada nessa família de Lauras; e tenho no exemplo dessas, em especial, minha mãe Laura, força para persistir e conquistar meus objetivos, neste caso o presente trabalho de conclusão de mestrado.

Dessa forma, não poderia começar a me apresentar e agradecer sem falar da minha base sólida de cuidado, parceria e acima de tudo muito amor. Sou Mato-grossense, natural de Barra do Garças. Meu pai: Reginaldo José Cordeiro, pernambucano - criado no Rio de Janeiro; e minha mãe: Laura Regina Oliveira Cordeiro, mineira; se conheceram na minha cidade natal e de lá traçaram nossos caminhos até a Bahia. Do fruto desse encontro, recebi minha irmã, Rafaelle Cristine Oliveira Cordeiro - minha parceira de vida e de profissão. Atualmente, minha base se consolidou com a chegada dos meus dois filhos Luís Guilherme Mota Cordeiro e João Lucas Mota Cordeiro - frutos da minha união com Amauri Ferreira Mota. Somos uma família pequena e cúmplice.

Atualmente estou com 35 anos, Mestranda do Mestrado Profissional de Saúde da Família- PROFSAUDE-UFSB; graduada em Bacharel em Medicina pela Universidade Estadual de Santa Cruz/BA (UESC); Pediatra - Título de especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria; pós-graduada em Psiquiatria Clínica pelo Instituto de Pesquisa e Ensino Médico (IPEMED), pós-graduada em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Centro Universitário Amparense. Professora do curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia campus Anísio Teixeira/ Vitória da Conquista/BA.

A medicina esteve presente em praticamente toda a minha caminhada. Quando minha irmã nasceu, ela tinha uma intolerância a proteínas do leite e da carne de vaca. Desta forma, a ida aos hospitais e o acompanhamento da mesma me apresentaram os corredores da saúde e, também, suas dificuldades. Ao que me lembro, foi nesse contexto que comecei o discurso de ser médica. Mais tarde, eu tive um quadro de amigdalite de repetição na fase escolar e as idas ao meu pediatra me faziam falar alegre e com firmeza que queria ser médica como ele. E olha que o mesmo era um tanto ríspido ao explicar para a minha mãe que: “o curso de medicina, mesmo na faculdade pública, era caro e que ela não deveria ficar

reafirmando esse ideal, pois não teriam dinheiro para me bancar nos estudos”. Dizia ele: “os livros são caros minha filha”. Mas, eu havia passado a vida ouvindo minha mãe dizer que havia estudado a vida toda sem livro, pois não tinha dinheiro, pensava: “Eu copio tudo nos cadernos, se for o caso”. Assim, aos meus 21 anos, depois de uma breve-longa caminhada iniciei o curso de Bacharel em Medicina, na Universidade Estadual de Santa Cruz - Ilhéus/BA.

Aprendi que outros questionamentos como este de “livros caros” sempre surgiriam na minha vida. A presença da mulher no processo de estudo, também, perpassa questionamentos como a maternidade, família, trabalho. Mas, sou grata a todos esses questionamentos, a maternidade me ensinou a ter empatia no cuidado com crianças e suas famílias. Digo que: “ser médica não me ajuda muito ser uma boa mãe, mas ser mãe é singular na minha prática médica.” Os olhinhos dos meus pequenos pedindo para eu parar as reuniões de pesquisa, me moderam e me fazem aprender a cuidar, observando prioridade e afetos. Com relação à família, sou grata pela parceria com meu esposo Amauri, sempre presente na minha formação, me acompanhando dividindo o cuidado com nossos filhos - acho que é isso o casamento: formar família. E família é parceria e presença, muito além do romance! Sendo o romance ótimo, também. E esse conceito de família e perseverança na minha vivência de medicina vem dos meus pais e da minha irmã citando nossos agradecimentos da formatura: “Somos tão diferente e tão igual ao mesmo tempo, que não poderíamos estar separadas neste momento (na ocasião formatura minha e de minha irmã - sim estudamos juntas); Como diz a minha sábia mãe: “Minhas Filhas, Deus faz tudo na hora certa”“. E como diz o meu sábio pai: “Enquanto nós pudermos vocês vão lutar pelos seus sonhos.” E mais uma vez chegamos! Somos uma família pequena e cúmplice. E nestes laços venho tecendo minha rede de cuidados e saberes que são singulares na minha prática pessoal e profissional. Muita gratidão aos meus familiares e a Deus, por me permitir pertencer a essa família.

Desde minha formação, com o currículo de metodologias ativas de ensino e aprendizado, pude assumir o papel de coletora do meu processo de ensino-aprendizado e, a partir disso, ter a sensibilidade de perceber a Paidéia trabalhada por Gastão (2003) com temáticas como "saúde coletiva", "clínica ampliada e compartilhada", “cuidado” e “cogestão”. Tendo a pessoa como o centro desse processo, umas das bases teóricas que guiam o presente estudo.

Neste contexto, quando estava participando de uma atividade do projeto Vivências do SUS (VerSUS), conheci um colega do curso de enfermagem que estava participando de

um grupo de Estudos de Saúde Mental. Ao ouvir sobre a temática logo me interessei. E foi assim que adentrei no Núcleo de Saúde Coletiva, onde conheci a Professora Dra. Rozemere Cardoso de Souza e iniciei as melhores experiências da minha vida acadêmica. Lembro-me do sorriso dela, sempre receptivo, explicando que iria me mandar o projeto “guarda-chuva” de pesquisa, para eu entender sobre o que ela trabalhava. Aprendi com minha mestra que no processo em pesquisa e extensão os melhores encontros e maiores sentidos/saberes estão no cotidiano, nos diálogos que versam sobre o senso comum - este não como pejorativo, mas como fruto de produção dos sujeitos sociais que somos. Sou grata a todos os colegas do Grupo de Saúde Mental em nome da professora Rozemere, por essa experiência que me direciona não apenas em processos de pesquisa como este aqui apresentado, mas nas minhas práticas de vida. O Construcionismo Social (referencial teórico desta pesquisa) que comecei a vivenciar neste cenário hoje se faz presente no meu modo de “andar a vida”.

Compreender o outro como parte da construção do meu “self”, pelas vozes e os encontros têm me permitido pensar a saúde mental e a saúde coletiva além de processos de assistência à saúde, mas práticas de vida singularizadas.

A prática profissional me permitiu vivenciar a Saúde Mental além dos cenários especializados. Pude perceber que a escuta é terapêutica em diferentes momentos: durante uma sutura; em um parto; uma sala de aula. Ou seja, a saúde mental é completude no sujeito integral e nas relações sociais que este se propõe a viver.

E foi do lugar de fala da docência que este mestrado se estruturou na minha vida. Aqui pude trabalhar com sujeitos de realidades distintas, produzimos sentidos e práticas de cuidado. No mestrado, o “Bem Viver” permeou as possibilidades da integralidade do cuidado em saúde com uma equipe discente dialógica e presente. Tenho muito que agradecer a todos os professores, mas gostaria de representá-los por dois nomes: a professora Rocio, que teve a sensibilidade de, no auge do meu puerpério, sem nem me conhecer, me ajudar na minha inscrição da seleção. Serei eternamente grata pelo seu acolhimento e sua disponibilidade. E a minha orientadora Lina - um voto de agradecimento e um pedido de desculpas por dar tanto trabalho. Esses últimos dias escrevendo os resultados estava refletindo como suas observações e sua perseverança em me mostrar que era possível e necessário melhorar me ajudaram a observar à escrita e a produção científica com mais maturidade. “Laura, Laura ... não entendi nada do texto” (risos) e escrevemos e reescrevemos e foi muito produtivo - três capítulos em e-books, duas apresentações em rodas de conversas e congressos.

Destarte, este trabalho de conclusão de mestrado se entrelaça com meus propósitos de cuidado em saúde mental, tendo como base a reabilitação biopsicossocial. Acredito que é possível produzirmos cuidado integral, pautado no diálogo, no respeito aos processos de vidas de todos os envolvidos. E por acreditar nisso, o estudo foi planejado para iniciarmos espaços de diálogos nas redes, a partir dos sentidos produzidos sobre saúde mental por atores sociais envolvidos com o cuidado nesses nesse campo de atenção. Devido à pandemia da COVID-19, não conseguimos ouvir os sujeitos da comunidade, mas vejo que demos um primeiro passo ouvindo os cuidadores para entender a relação dos seus sentimentos com seus processos de práticas de cuidado.

Agradeço a todos os profissionais que nos permitiram esses encontros de trocas de saberes. É válido ressaltar que em nossa análise não temos como proposta o julgamento de verdades, mas a compreensão da singularidade de cada voz para o processo de cuidar. E fico emocionada ao ouvir e analisar as entrevistas e perceber sentidos que antes não vislumbrava e que me fazem (re)pensar minha abordagem no cuidado em equipe! Pesquisar com vocês é terapêutico para mim!

Por fim, e tão importante quanto os demais sujeitos, sou grata ao meu grupo de estudantes (“lindos da Professora”) que estiveram comigo em toda a jornada de produção de sentidos. Crescer com vocês neste processo de ensino e aprendizado é sempre um prazer, pois nada melhor para aprender do que compartilhar saberes a partir do ensino.

Grande, né? Mas não poderia ser diferente. Sou apaixonadamente prolixa e grata pelo que vivencio!

Sejam bem vindos a este trabalho que significa muito do que acredito em saúde
mental!

“E não podemos admitir que se impeça o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e lógico como qualquer outra série de ideias e atos humanos.” (Antoni Artaud)

RESUMO

No modelo de atenção psicossocial, o cuidado propõe itinerário terapêutico que leve em conta a construção histórica do sujeito e sua relação com o território, além de práticas de cuidado integral, orientadas por princípios do Sistema Único de Saúde. Apesar de avanços, essa nova forma de pensar/ agir sobre a saúde mental observam-se entraves, relacionados à comunicação inadequada entre profissionais dos serviços da rede de atenção, à prevalência de assistência pautada na medicalização, à fragmentação do cuidado, à fragilidade no processo de matriciamento, à falta de capacitação dos profissionais e às dificuldades referentes à formação ainda pautada no saber biomédico. Nesse sentido, para se alcançar o cuidado e a promoção de saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde da Família e de forma integrada à rede de assistência dentro da proposta da Atenção Psicossocial, um caminho seria a ampliação das ofertas terapêuticas por parte das equipes com ferramentas psicossociais, produzidas pela qualificação permanente dos profissionais de saúde, de modo a estimular a construção de fluxos e projetos terapêuticos mais eficazes e articulados aos outros serviços da rede de saúde. Contudo, a Saúde Mental (SM) na Atenção Básica (AB), ainda enfrenta grandes e pequenos desafios em seu cotidiano, como a pouca valorização do ato de "escutar" em consultas corriqueiras. O presente estudo se propôs a analisar os sentidos da produção de cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as reorientações das práticas no serviço, tendo como base o construcionismo social, segundo a Psicologia Social. Participaram do estudo 45 profissionais dos serviços especializados de saúde mental (Centros de Atenção Biopsicossocial e Ambulatório) e profissional dos territórios de abrangência de ESF's, no município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho de 2020 a março de 2021. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, em situação metapresencial, mediante consentimento dos participantes assinando o TCLE. O roteiro foi elaborado e testado previamente para esse fim - tendo como base o referencial teórico do Construcionismo Social; os repertórios interpretativos encontrados no levantamento bibliográfico da temática; e as escalas validadas - Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR) e Escala de Avaliação da Satisfação dos familiares com os serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) (BANDEIRA, PITTA & MERCIER, 2000, p. 105-115). Os conteúdos dos diálogos foram analisados a partir da identificação dos repertórios interpretativos dos conteúdos das falas e seu entrelaçamento com a literatura investigada e a interpretação das pesquisadoras, e da análise temática. Os resultados foram apresentados e discutidos a partir de duas categorias temáticas. A primeira

voltada para os sentidos acerca da conceitualização dos processos de cuidado em saúde mental em sua integralidade: **“Os sentidos dos processos de cuidado em saúde mental”**; **“Os sentidos das práticas de cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde da Família”**. Na primeira categoria apesar da proposta da Reforma Psiquiátrica na reavaliação do processo de cuidado em saúde mental pautado na reabilitação biopsicossocial, ainda existem lacunas no que se refere à interpretação da proposta de prática de cuidado em saúde mental. Isto porque, pouco se tem avançado no sentido de construir conceitualmente o objeto “saúde mental”. Neste contexto, os participantes dessa pesquisa expressaram sentidos das práticas de cuidado em saúde mental a partir de repertórios interpretativos que transitaram entre os conceitos de saúde mental e de doenças (transtorno) mental, sendo estes elaborados em três subcategorias: os sentidos do cuidado direcionado pela dissociação entre os conceitos de saúde e doença mental; os sentidos do processo de cuidado em saúde mental influenciado pelos manicômios dos imaginários sociais; e os sentidos do processo de cuidado em saúde mental vinculado a proposta da reabilitação biopsicossocial. Na segunda categoria, observou-se que itinerário terapêutico do cuidado não visa somente o processo de medicação e psicoterapia, mas atua a partir das subjetividades nos cenários ocupados, com ampliação de novos arranjos de cuidado, mais humanizados e menos estigmatizado. Nesta premissa, a comunicação adequada entre as equipes e o conhecimento do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial é à base de um fluxo de atendimento em saúde mental de qualidade. Todavia, essa assistência ainda mantém grandes impasses, visto que ainda hoje os profissionais não estão adequadamente capacitados para atuarem no campo da saúde mental na Atenção Básica da Saúde. Diante disso, os sentidos produzidos sobre as percepções profissionais da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica a respeito do papel da Estratégia de Saúde da Família na produção de cuidado em saúde mental, se apresentaram em duas subcategorias: ESF como espaço potente de cuidado em saúde mental e os percalços do cuidado em saúde mental na ESF. Destarte, o presente estudo permitiu refletir que o processo de consolidação do Modelo da Atenção Psicossocial no SUS deve ocorrer pelo fortalecimento do cuidado a partir da escuta dialógica entre os profissionais e a comunidade. Desse modo, a promoção de saúde mental privilegia o cuidado centrado na pessoa e na comunidade e a atenção aos sentidos atribuídos pelos sujeitos aos seus processos de saúde; ou seja, ela trata das emoções, percepções e sentidos do cotidiano e, conseqüentemente, fortalece ações de promoção da saúde integral aos sujeitos.

Palavras-chave: Saúde da família. Saúde mental. Estratégia Saúde da Família. Transtornos Mentais. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In the psychosocial care model, care proposes a therapeutic itinerary that takes into account the historical construction of the subject and his relationship with the territory, in addition to comprehensive care practices, guided by the principles of the Unified Health System. Despite advances, this new form of thinking/acting about mental health, barriers are observed, related to inadequate communication between professionals of the care network services, the prevalence of care based on medicalization, the fragmentation of care, the fragility of the matrix support process, the lack of training professionals and the difficulties related to their training based on biomedical knowledge. In this sense, to achieve the care and promotion of mental health in the context of the Family Health Strategy and in an integrated manner with the care network within the proposal of Psychosocial Care, one way would be the expansion of therapeutic offers by the teams with psychosocial tools, produced by the permanent qualification of health professionals, in order to stimulate the construction of more effective therapeutic flows and projects that are articulated with other services in the health network. However, Mental Health (MH) in Primary Care (AB) still faces big and small challenges in its daily life, such as the little appreciation of the act of "listening" in everyday consultations. This study aimed to analyze the meanings of the production of mental health care in the context of the Family Health Strategy (FHS) and the reorientations of practices in the service, based on social constructionism, according to Social Psychology. The study included 45 professionals from specialized mental health services (Biopsychosocial and Outpatient Care Centers) and professionals from the territories covered by ESF's, in the municipality of Vitória da Conquista, Bahia, Brazil. Data collection took place from July 2020 to March 2021. The semi-structured interview technique was used, in a meta-presential situation, with the consent of the participants signing the consent form. The script was previously prepared and tested for this purpose - based on the theoretical framework of Social Constructionism; the interpretative repertoires found in the bibliographical survey on the subject; and the validated scales - Work Impact Assessment Scale in Mental Health Services (IMPACTO-BR) and Family Satisfaction Assessment Scale with Mental Health Services (SATIS-BR) (BANDEIRA, PITTA & MERCIER, 2000, 2000, p. 105-115). The contents of the dialogues

were analyzed from the identification of the interpretative repertoires of the contents of the speeches and their intertwining with the investigated literature and the interpretation of the researchers, and thematic analysis. The results were presented and discussed from two thematic categories. The first focused on the meanings about the conceptualization of mental health care processes in its entirety: “The meanings of mental health care processes”; “The meanings of mental health care practices in the context of the Family Health Strategy”. In the first category, despite the proposal of the Psychiatric Reform in the reassessment of the mental health care process based on biopsychosocial rehabilitation, there are still gaps regarding the interpretation of the proposed mental health care practice. This is because, little progress has been made towards conceptually constructing the object “mental health”. In this context, the participants in this research expressed meanings of mental health care practices from interpretative repertoires that moved between the concepts of mental health and mental illnesses (disorder), which are elaborated into three subcategories: the meanings of care directed by the dissociation between the concepts of health and mental illness; the meanings of the mental health care process influenced by the asylums of social imaginaries; and the meanings of the mental health care process linked to the proposal of biopsychosocial rehabilitation. In the second category, it was observed that the therapeutic itinerary of care is not only aimed at the medication and psychotherapy process, but acts from the subjectivities in the occupied scenarios, with the expansion of new care arrangements, which are more humanized and less stigmatized. In this premise, proper communication between teams and knowledge of the functioning of the Psychosocial Care Network is the basis for a flow of quality mental health care. However, this assistance still maintains great impasses, since even today professionals are not adequately trained to work in the field of mental health in Primary Health Care. Basic regarding the role of the Family Health Strategy in the production of mental health care, they were presented in two subcategories: ESF as a powerful space for mental health care and the drawbacks of mental health care in the ESF. Thus, this study allowed us to reflect that the consolidation process of the Psychosocial Care Model in the SUS must occur through the strengthening of care based on dialogic listening between professionals and the community. Thus, the promotion of mental health privileges care centered on the person and the community and attention to the meanings attributed by the subjects to their health processes; that is, it deals with the emotions, perceptions and meanings of daily life and, consequently, strengthens actions to promote the subjects' integral health.

Keywords: Family health, Mental health, Family, Caregivers, Family health strategy, Mental disorders, Public health and Unified health system

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|--|
| AB | Atenção Básica Em Saúde |
| APS | Atenção Primária À Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| NASF | Núcleo Ampliado de Saúde da Família E Atenção Básica |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| RAS | Rede de Assistência A Saúde |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos dos Sujeitos |

SUMÁRIO

| | | |
|---------|---|----|
| 1. | INTRODUÇÃO | 19 |
| 2. | OBJETIVO GERAL | 24 |
| 2.1 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 24 |
| 3. | MARCO TEÓRICO | 25 |
| 3.1. | HISTÓRIA DA LOUCURA E ANTECEDENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL..... | 25 |
| 3.1.1 | As formas terapêuticas de institucionalização | 27 |
| 3.2 | REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA | 29 |
| 3.2.1 | Processo de desinstitucionalização | 31 |
| 3.3. | A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REDES SOCIAIS E RECURSOS | 32 |
| 3.3.1 | Reflexões acerca dos modelos substitutivos e os caminhos trilhados com a reforma psiquiátrica | 36 |
| 3.4 | A ABS COMO CENÁRIO DE ATUAÇÃO DAS PROPOSTAS DA REFORMA SANITÁRIA E PSIQUIATRAICABRASILEIRA..... | 37 |
| 4. | METODOLOGIA | 42 |
| 4.1. | REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: O CONSTRUCIONISMO SOCIAL..... | 42 |
| 4.2. | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 44 |
| 4.3. | CONTEXTO | 45 |
| 4.4. | SUJEITOS | 46 |
| 4.5 | PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS..... | 47 |
| 4.6 | PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS..... | 48 |
| 5. | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 50 |
| 5.1 | OS SENTIDOS DOS PROCESSOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL | 50 |
| 5.1.1 | Os sentidos do cuidado direcionado pela dissociação entre os conceitos de saúde e doença mental | 51 |
| 5.1.1.1 | Saúde como ausência de doença | 53 |
| 5.1.1.2 | O cuidado em saúde mental pautado no diagnóstico da doença (transtorno) mental..... | 56 |
| 5.1.2 | Os sentidos do processo de cuidado em saúde mental influenciado pelos manicômios dos imaginários sociais | 59 |
| 5.1.2.1 | Doença mental vinculada aos manicômios como espaço de cuidado..... | 60 |
| 5.1.2.2 | Modelo biomédico a partir das “pílulas da felicidade”..... | 68 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 5.1.3 | Os sentidos do processo de cuidado em saúde mental vinculado às propostas de Reabilitação Biopsicossocial (RPS)..... | 72 |
| 5.1.3.1. | Sentidos de saúde mental como promoção de bem-estar biopsicossocial..... | 73 |
| 5.1.3.2. | Singularidade do cuidado em saúde mental representada pelas intervenções em grupos - em busca de espaços coletivos de gestão..... | 78 |
| 5.2 | OS SENTIDOS DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | 81 |
| 5.2.1 | ESF como espaço potente de cuidado em saúde mental | 82 |
| 5.2.1.2 | O agente comunitário de saúde como elo para cuidado integral - comunicação positiva | 85 |
| 5.2.1.3 | A saúde mental presente nos adoecimentos orgânicos..... | 89 |
| 5.2.2 | Os percalços do cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família | 94 |
| 5.2.2.1 | Os ecos na comunicação e fragmentação do cuidar | 94 |
| 5.2.2.2 | Assistência e psicodinâmica do trabalho <i>versus</i> acolhimento e integralidade: uma batalha que não deveria ser travada..... | 99 |
| 6. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 106 |
| | REFERÊNCIAS | 108 |
| | ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 124 |
| | ANEXO B - CARTA CONVITE | 126 |
| | ANEXO C- ROTEIROS DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS | 127 |

1. INTRODUÇÃO

O Movimento da Reforma Sanitária teve início no final da década de 1970. Caracterizou-se por um conjunto de ideias e ações para mudanças e transformações necessárias na área da saúde; proporcionando as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e enfatizando a saúde como direito de todos e dever do Estado (CARVALHO; PASSOS, 2015).

A criação do SUS foi consolidada com a Constituição de 1988 e teve como princípios a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a equidade na assistência e a integralidade no atendimento às necessidades biopsicossociais dos usuários. Segundo Menicucci (2014), o SUS rompeu com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil.

Nesse cenário, a implementação do SUS, a partir dos anos de 1990, direcionou-se para um processo de descentralização da gestão das políticas públicas de saúde. Com prestações de serviços pautadas na resolubilidade e longitudinalidade equânime, visando o atendimento às reais necessidades sociais e sanitárias da população (ARANTES, 2011).

A Atenção Primária em Saúde (APS), nesse contexto, surge com a proposta de porta de entrada da assistência em saúde, atuando a partir dos princípios fundamentais do Sistema de Saúde. Para Giovanela (2008), a APS tem como objetivos identificar e enfrentar os determinantes sociais de saúde, promover acessibilidade aos serviços e dar cobertura universal com base nas necessidades dos sujeitos/comunidades.

No Brasil, optou-se por nomear a APS, como Atenção Básica à Saúde. O emprego deste termo pelo Movimento Sanitário Brasileiro, de acordo com Giovanela (2018), buscou diferenciar ideologicamente as discussões a respeito do reducionismo da atenção primária “seletiva e focalizada”, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada. Desta forma, ao longo do texto utilizaremos a nomenclatura Atenção Básica à Saúde como referência à discussão do processo de cuidado na atenção primária.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo de atenção do processo de descentralização da assistência da Atenção Básica em todo o território nacional. Esta se originou como Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em

1994. Na primeira fase, o programa foi implementado principalmente em pequenos municípios e guardou o caráter restrito de atenção primária com condições de absorver a demanda reprimida, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção, sendo operacionalizada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96) (GIOVANELA, 2008).

Em 2006, com o Plano Nacional de Atenção Básica, o antigo PSF passou a ser definido como estratégia prioritária para organização e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no país. Por meio dessa estratégia, o cuidado é ofertado por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma articulada (interdisciplinar) em suas relações com a família e com a comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Esta proposta tem a comunidade como âmbito de atuação e a família como unidade de cuidado visando, com isso, conhecer as especificidades dos problemas de saúde para, em trabalho conjunto, assistir os sujeitos com práticas de saúde interdisciplinares no cuidado (VIANA; DAL POZ, 2005). A resolutividade da Atenção Básica depende de um sistema hierarquizado que possibilita ao usuário acesso aos diferentes níveis de complexidade e a longitudinalidade do cuidado (BARBOSA et al., 2010).

Outro movimento que emergiu na década de 70 e seguiu uma trajetória paralela ao Movimento Sanitário pela Reforma da Saúde e consolidação do SUS, buscou mudanças relacionadas à saúde mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esse movimento possui uma história própria associada a um contexto internacional de reconstrução do cuidado da saúde mental e de superação do modelo asilar, iniciados após a segunda guerra mundial (BRASIL, 2005).

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira sofreu influência do contexto internacional de mudanças pela superação do modelo asilar de confinamento como forma de assistência aos pacientes com desordens mentais (BRASIL, 2005). Suas bases estão associadas ao modelo da Comunidade Terapêutica, desenvolvida pelo psiquiatra sul-africano Maxwell Jones, na Escócia, que substituiu o antigo conjunto de normas rígidas de tratamento, como eletrochoques; por psicodramas, discussões sociais, filmes educacionais e debates sobre a vida em comunidade, e especialmente, pelo Movimento de Desinstitucionalização da Itália (AMARANTE, 2003).

No Brasil, nesse período, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que contou com a participação de trabalhadores integrantes do movimento sanitário brasileiro, associações de familiares de pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, sindicalistas e membros de associações de profissionais. O MTSM passou a denunciar a violência dentro dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência.

As primeiras propostas para as ações de assistência e reorientação na luta por uma sociedade sem manicômios foram elaboradas nos Congressos Nacionais organizados pelo MTSM. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro para discutir sobre as mudanças na assistência à saúde mental (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica passa a ser entendida como processo social complexo, que envolve a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a convalidação jurídico-legal desta nova ordem (BRASIL, 2005). Importante destacar nesse contexto, a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil na cidade de São Paulo, em 1987, e a implantação, no município de Santos, dos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) (BRASIL, 2005).

A reestruturação da assistência às pessoas com transtornos mentais conta, também, desde 1990, com a Declaração de Caracas. Documento norteador das políticas de Saúde Mental que se relaciona à proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais e, também, à necessidade da construção de redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Apesar do início da discussão legislativa em 1989 com o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), somente em 2001 a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216) foi aprovada. Esta Lei estabelece a direção para a assistência psiquiátrica com uma gama de direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais. Além disso, regulamentou as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público (BRASIL, 2005).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge como estrutura para a (re)elaboração dessa assistência, sendo composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e

Hospitais Gerais – e caracterizando-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005, p. 25).

Esta rede objetiva trabalhar o cuidado comunitário dos sujeitos em sofrimento mental por meio de intervenções em toda a Rede de Assistência à Saúde (RAS), com base no princípio da reabilitação psicossocial (casa, trabalho, serviço). Tal proposta acha-se intrinsecamente vinculada ao processo de assistência na ABS no contexto da ESF, visto que a proximidade com famílias e comunidades na Atenção Básica permite o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, incluindo transtornos/sofrimentos mentais (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde vem estimulando ativamente políticas de expansão e avaliação da Atenção Básica, além de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. A articulação entre as políticas de saúde mental e de atenção primária à saúde visa ampliar e tornar mais eficazes as intervenções dos dois campos. As experiências como as equipes matriciais de saúde mental são exemplos dessa construção. Assim, as equipes da Atenção Básica são fundamentais para garantir o acesso da atenção em saúde mental à população, em especial nos pequenos municípios brasileiros (SOUZA & SANTOS, 2014).

Todavia, o cuidado em saúde mental no cenário da Saúde da Família mantém grandes impasses na assistência, visto que ainda hoje os profissionais não estão adequadamente qualificados e demonstram pouco domínio sobre o que realizar no campo da saúde mental na ABS. A participação social dos sujeitos e familiares é incipiente, o que dificulta percepções dos determinantes sociais para grupos em situação de vulnerabilidade. Consequentemente, ocorrem projetos terapêuticos verticalizados que, muitas vezes, não atuam na lógica da reabilitação psicossocial e das potencialidades dos sujeitos para promoção da vida e bem-estar (SOUZA & SANTOS, 2014; CAMPOS et al., 2018).

Diante do exposto, questionou-se neste estudo: quais os sentidos produzidos por profissionais de saúde da RAPS e da ESF sobre as práticas de cuidado em saúde mental no contexto da Saúde da Família? Como estes sentidos podem possibilitar melhorias na atenção integral dos sujeitos em sofrimento mental no contexto da ABS?

Desta forma, objetivou-se com este trabalho avaliar produção de sentidos dos atores sociais, profissionais de saúde, envolvidos no processo de práticas de cuidado em saúde/doença/cuidado mental, a partir das reflexões de suas práticas discursivas, tendo como foco apreensão e interpretação que os mesmos fazem de sua realidade com tendo como referencial teórico-metodológico na perspectiva construcionista, conforme perspectiva da Psicologia Social.

Sentidos aqui entendidos como uma construção social que se estabelece em iterativo coletivos de pessoas, ou seja, são elaborados nas dinâmicas de relações histórica e culturais. Desta forma, os sujeitos constroem sentidos nos termos a partir dos quais compreendem e vivenciam com o fenômeno a sua volta. Segundo Spink (1999):

(...)dar sentido ao mundo é uma força poderosa e inevitável na vida em sociedade. Esse pressuposto está na base do desenvolvimento da Psicologia Social, seja na sua vertente sociocognitiva, seja na sua vertente interacional. (...) Coerentes com a perspectiva psicossocial, propomos, aqui, que a produção de sentido não é uma atividade cognitiva intraindividual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produção de sentido é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (SPINK, 1999.p 22-23).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a produção de sentidos sobre processos e práticas de cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde da Família, a partir de práticas discursivas de profissionais de saúde da RAPS e da ESF.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar os sentidos produzidos, pelos profissionais de saúde de serviços da RAPS e AB (ESF/CAPS/Ambulatório de saúde mental), sobre os processos de cuidado em saúde/doença mental;

Descrever os sentidos produzidos, pelos profissionais de saúde de serviços da RAPS e AB (ESF/CAPS/ Ambulatório de saúde mental), sobre processos de trabalho/assistência em saúde mental na ESF;

Refletir sobre possíveis saberes e práticas de saúde mental comunitárias que possam contribuir para a participação social na elaboração de ações eficazes de cuidado nesse campo da atenção, no contexto da ESF;

Identificar os sentidos produzidos, por profissionais de saúde de serviços da RAPS e AB (ESF/CAPS/Ambulatório de saúde mental), percepções da assistência em saúde mental na RAPS e suas interlocuções com a AB.

Refletir sobre as implicações sociais e o desenvolvimento das políticas de saúde mental/saúde da família associadas ao cuidado em saúde mental no contexto da Rede de Atenção Psicossocial e AB.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 HISTÓRIA DA LOUCURA E ANTECEDENTES DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL

A loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou capturam (FOUCAULT, 2006, p. 163).

Segundo Amarantes (1998), Foucault em o seu livro a *História da Loucura na Idade Clássica* trabalhou o conceito de loucura e dos sujeitos designados como loucos, de forma crítica. Foucault buscou entender a estrutura da exclusão dos corpos e como operam as tecnologias dessa exclusão e sua lógica interna. Para ele, a loucura se caracteriza estritamente pela forma como a sociedade experimenta e vivencia essa relação com a loucura, tendo como foco a subjetividade dos sujeitos e não somente as discussões relativas à “patologização da loucura” ou a “domesticação do sujeito”.

Na Idade Média a loucura era entendida socialmente como fenômeno integrado à razão. Partindo da análise da Nau dos Loucos, espaço construído para abrigo da população insana, percebe-se a inexistência de uma intenção coercitiva da conduta dos loucos até o século XV. Na Renascença, inicia-se um processo de disposição do louco como estranho à razão, aliada à redução da vontade, do livre-arbítrio e da moral. Nesse contexto surgiram os asilos, concebidos para recolher, alojar e isolar os loucos e todos que se encontravam à margem da sociedade como criminosos e pobres. Este processo inaugura uma postura de abafamento da insanidade como delatora das fragilidades e incoerências do mundo. Com Descartes, a loucura é exilada do pensamento racional, atitude que funda a possibilidade da formulação de um saber, apoiado, desde sua gênese, numa percepção moral da insanidade. Durante o processo de ‘cura’ castigos físicos eram empregados com punição e recompensa com o objetivo de reeducação (DE TILIO, 2017).

Na França, Espanha, Holanda, Alemanha, Suíça e Inglaterra, o internamento de pobres e mendigos começou a partir do século XVI. Boa parte deles era recolhida a hospitais gerais, instituições que desempenhavam um papel combinado de hospital médico, asilo, pensão, prisão, oficina de trabalho, orfanato e reformatório (Dowbiggin, 1991). O hospital geral era uma instituição de caridade, mas exibia aspectos coercitivos, como aprisionamento

forçado e trabalho obrigatório. Esta experiência Foucault (1989, p. 45-78) chamou de "a grande internação".

Em 1662, um decreto real determinou a fundação de hospitais gerais em todas as grandes cidades da França. Além de pobres, a instituição recebia suspeitos de subversão, de heresia ou de posições antimonárquicas. Dentre as vítimas deste recolhimento amplo e indiferenciado estavam os loucos, certamente uma minoria junto à extensa população internada (POSTEL & QUETEL, 1994, p. 109-110).

A estratégia de internação de excluídos sociais conjugou a ação punitiva e fiscalizadora do Estado a um ideal de caridade religiosa. Este ideário, até então exclusivo das casas de caridade pertencentes às ordens religiosas, passou a ser visto como uma responsabilidade do poder monárquico. Esta reunião de assistência e repressão não se limitou à França, mas atingiu toda a Europa. Surgiram as casas de misericórdia na Espanha, os hospitais gerais em Roma, Veneza e Turim, as Zuchthäuser na Alemanha, as Doll-Huis em Amsterdam e as Workhouses na Inglaterra (POSTEL; QUETEL, 1994, p. 109-110).

Antes da Revolução francesa, o poder judiciário e o poder monárquico compartilhavam o internamento de loucos nos hospitais gerais. Os procedimentos eram complexos e superpostos. Podiam ocorrer por ordem judicial de algum tribunal, ou por via de interdição, determinada pelo juiz (CASTEL, 1991, p. 23).

No século XVIII, o internamento passa a funcionar com a lógica médica e terapêutica (AMARANTES, 1998). As instituições destinadas ao internamento representavam, para Foucault (1972/2000), um reflexo cultural do desenvolvimento da sobreposição da razão à loucura, não mais dialogando com esta, mas buscando apenas subjugar-la (p. 48). Justamente porque havia sido silenciada é que a loucura poderia ser isolada, por ser a razão agora capaz de enxergar toda a realidade é que a insanidade poderia ser excluída.

Contudo, o papel do hospital geral e suas internações abusivas foram questionados a partir da Revolução Francesa (1789). Durante o período revolucionário, empreendeu-se uma reforma radical no funcionamento do hospital geral de Paris e a maior parte dos internos foi libertada. O ambiente revolucionário exigiu a reformulação do funcionamento dos hospitais gerais, por sua simbologia.

O alienismo surgiu na França, no final do século XVIII, como a primeira especialidade médica, num campo até então dividido entre clínica geral e cirurgia. Nesse momento, articulou-se um consenso em torno de um discurso médico e de uma prática clínica destinada à loucura e o alienismo se constituiu como disciplina. O modelo assistencial desenvolvido pelo médico psiquiatra Philippe Pinel, considerado por muitos o pai da psiquiatria, em plena efervescência

política da Revolução Francesa, tornou-se o paradigma do campo nascente. O advento do alienismo associou-se às grandes transformações sociais do período, quando do fim das monarquias absolutistas e surgimento das modernas sociedades liberais-burguesas (TEIXEIRA, 2019).

A partir do século XIX, observa-se a preponderância da cientificidade no tratamento da loucura e conseqüente exclusão e morte para o seu sujeito portador da mesma (AMARANTE, 1998). No entanto, ao mesmo tempo em que promovia certa liberdade física dos corpos asilados, também os aprisionou à alienação, à segregação social e ao estigma da loucura, visto que eram contidos em asilos, em isolamento completo, sendo este um dos princípios do chamado “tratamento moral”. Esse tratamento reforçava a segregação do mundo exterior e permitia uma “liberdade contida”, que a alienação subtrai dessas pessoas (GUEDES et al., 2010).

No período pós-guerra, o corpo social, marcado pelos acontecimentos dessa época, começou a repudiar qualquer forma de totalitarismo, e delinear, no campo da saúde mental, novos caminhos para a assistência da pessoa com transtorno mental (VENANCIO, 1990). Neste cenário, segundo Cézár e Coelho (2017), as psiquiatrias alternativas que surgiram no período pós-guerra podem ser agrupadas em 3 vertentes: Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas que se organizaram ainda com base no modelo asilar; a Psiquiatriade Setor e a Psiquiatria Preventiva que mantiveram associação com o modelo asilar; a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática que romperam com o ambiente asilar.

Maxwell Jones, neste período, ficou responsável pelo tratamento de exprisioneiros de guerra ingleses e com a experiência que obteve observou a necessidade de fortalecer a terapêutica no âmbito social - a comunidade terapêutica, pautada em uma instituição configurada como comunidade, possibilitando o exercício da aprendizagem social que promove o vencimento de barreiras e permite o relacionamento dos pacientes com as pessoas que podem ajudá-los. Cabe destacar que a Comunidade Terapêutica se estabelece no envolvimento entre paciente, familiares e equipe (CÉZAR; COELHO, 2017).

3.1.1 As formas terapêuticas de institucionalização

Na França, na década de 1940, a Psicoterapia Institucional foi criada no intuito de modificar o caráter segregatório dos asilos, no hospital psiquiátrico de Saint-Alban, guiado por François Tosquelles, que acreditava na instituição como método terapêutico no sentido de permitir uma zona de liberdade e de proteção para os pacientes, já que, segundo ele, é próprio

das pessoas rejeitarem e não compreenderem a loucura. Nessa perspectiva, incentivou os pacientes com atividades laborais para serem vendidas na comunidade (PASSOS, 2012).

No final da década de 1940, na Itália, o médico psiquiatra Franco Basaglia propôs uma ruptura tanto com a psiquiatria tradicional quanto com a nova psiquiatria que trazia o conceito de saúde mental, apesar de se inspirar nas comunidades terapêuticas e da psicoterapia institucional (AMARANTES, 1994). Ao observar como os pacientes eram tratados no manicômio de Gorizia propôs a necessidade de promover a desinstitucionalização. Nesse sentido, a lógica manicomial deveria ser modificada na forma como os sujeitos com transtornos eram tratados. Nessa perspectiva a ação terapêutica se basearia na modificação institucional (KYRILLOS NETO, 2003). O dilema das instituições psiquiátricas mostrava, na verdade, a dificuldade de lidar com o diferente (AMARANTES, 1998).

É importante ressaltar que desinstitucionalizar não é a mesma coisa que desospitalizar, já que este se limita a extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Dentro desse contexto um movimento que se confunde com o de Basaglia é o da Psiquiatria Democrática que teve como objetivo instituir as mudanças basaglianas em toda a Itália (AMARANTES, 1998). Sendo sua proposta de intervenção base para as mudanças na assistência à saúde mental no contexto mundial

A Psiquiatria Preventiva (ou Comunitária) surgiu na década de 1960 nos Estados Unidos voltada para a prevenção, sendo dividida em: a primária - visa reduzir o início dos transtornos mentais em uma comunidade; a secundária - tem como objetivo reduzir a duração dessas doenças; a terciária - pretende minimizar a deterioração dos transtornos já instalados. A novidade dessa proposta foi trazer para o debate o conceito de saúde mental. Mesmo com todas as críticas, esse modelo tem força na proposição nas políticas de saúde mental no Brasil (CÉZAR; COELHO, 2017).

A Antipsiquiatria foi um movimento político de negação absoluta do saber psiquiátrico, elaborado entre 1955 e 1975, que teve como base os psiquiatras David Cooper, David Laing e Gregory Bateson, os dois primeiros na Grã-Bretanha e o último nos Estados Unidos. Constituiu-se em uma corrente que veio para contestar a psiquiatria tradicional e buscar outras formas para o tratamento do sofrimento psíquico, estes acreditavam que as doenças mentais eram apenas rótulos para dirimir os indivíduos. Além de alegar a necessidade de fechar os hospitais psiquiátricos, por causa da violência e condições desumanas de assistência desses locais. Esse movimento não era unificado e baseavam-se no pressuposto de

que o conceito de loucura é fundamentalmente político e sustentado pelo poder, em sistemas autoritários que perseguem seus opositores. Para Laing e Cooper o isolamento é totalmente o contrário do que deveria ser feito no que concerne o tratamento desses indivíduos, logo seria mais certo dizer que um vínculo social está doente do que um indivíduo está nesse estado (OLIVEIRA, 2011).

3.2 REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, por sua vez, teve sua formulação consolidada na década de 1970, pautada nas alternativas de modelos de atenção à saúde mental de Franco Basaglia (TENÓRIO, 2002). Segundo Fraga, Souza e Braga (2006) ela surgiu no intuito de contestar o modelo de assistência contemporâneo a estes e apresentar planos para a mudança do modelo asilar vigente e articular a saúde mental com outros programas e movimentos sociais.

Amarante (1998) define para fins metodológicos a divisão da Reforma Psiquiátrica em três momentos: trajetória alternativa; trajetória sanitária e trajetória da desinstitucionalização.

O primeiro momento, das trajetórias alternativas, se dá na conjuntura da repressão à liberdade e censura da ditadura militar, na qual movimentos sociais começam a despontar na busca de melhorias nos serviços e nas condições de vida (AMARANTE, 1998).

A “crise da DINSAM” que é a Divisão Nacional de Saúde Mental foi um fenômeno causado pela divulgação por bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, das condições insalubres dessas instituições. Essa eclodiu em uma avalanche de novas denúncias, manifestações e discussões na mídia durante vários meses. É neste contexto que surge um dos movimentos mais importantes da Reforma - o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE; NUNES, 2018).

O seu início se deu com o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) ocorrido principalmente na região Sudeste (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006). Este movimento publicou denúncias e acusações ao governo militar, prioritariamente relacionadas ao sistema nacional de assistência psiquiátrica, como torturas, corrupções, fraudes, ausência de recursos e deflagrou o início da mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar. (AMARANTE, 1998).

Assim, semelhante à Europa pós-guerra a sociedade brasileira passou a criticar as violências que ocorriam com enfermos e pessoas carentes cometidas nas instituições

psiquiátricas por meio de debate e denúncias acerca do tema na mídia e em instituições de importância na sociedade civil. (AMARANTE, 1998).

O segundo momento ocorre na década de 80 quando a Reforma Psiquiátrica passa a se articular com a Sanitária (AMARANTE, 1998). Esse período é marcado por ideias institucionalizantes, acreditava-se que gerenciamento e investimento técnico solucionariam a questão da má assistência em saúde geral, não só na saúde mental (TENÓRIO, 2002).

Uma ferramenta utilizada na época foi a 'co-gestão', entre os ministérios da Saúde e o da Assistência e Previdência Social com o objetivo de reestruturar os hospitais da DINSAM. O foco na administração também se espalha no País, lideradas pelo MTSM (AMARANTE, 1998).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) foi um ponto de ruptura entre as reformas (TENÓRIO, 2002). Conflitos entre os membros do MTSM, os diretores da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e os dirigentes da DINSAM marcaram o evento (AMARANTE, 1998). A DINSAM apoiada pela ABP queria dar a conferência os ditames tradicionais de cientificidade anulando a participação comunitária e social. (TENÓRIO, 2002).

Na I CNSM é decidida a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, no mesmo ano, quando é criado o lema 'por uma sociedade sem manicômios', num movimento voltando à sua essência de desintitucionalização. É neste momento que surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, com o surgimento de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) posteriormente (AMARANTE, 1998).

Após a retomada as origens do movimento surgem novos integrantes como Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (SOSINTRA), no Rio de Janeiro, formada por pacientes e seus familiares, criada na década de 70, mas que começou a ser relevante nesse momento. Dessa forma a loucura passa a ser debatida por todos, não só por administradores ou quem possuía conhecimentos técnicos (AMARANTE, 1998). A proposta agora passar a refletir sobre a essência do saber, das práticas e das instituições psiquiátricas na ótica da cidadania do louco (TENÓRIO, 2002).

No ensejo da luta antimanicomial é definido o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em 18 de maio, com o início dos encontros anuais em 1993, em Salvador-Ba, onde debateram sobre a situação dos usuários com transtorno mentais, dos seus direitos e

sobre as práticas de saúde mental recém instauradas (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012).

Ainda na década de 80, o deputado Paulo Delgado expõe ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3657/89, pautado no pressuposto do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, ou seja, voltadas para a cidadania do louco e na reorientação do modelo de assistência, por isso consta nos seus artigos a proibição da construção de novos manicômios e antevia a implementação de serviços não manicomiais. Esse projeto tramitou no Congresso por doze anos e mesmo ainda não sendo aprovada fomentou a discussão em todo o país sobre os seus pressupostos (HEIDRICH, 2007).

No período da década de 90, no terceiro movimento da trajetória da reforma, a política para a saúde mental começa a ficar mais delimitada, com as primeiras normas federais regulamentando os serviços substitutivos aos manicômios, após a assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental com o andamento da ampliação dos CAPS e NAPS de forma não linear (BRASIL, 2005).

Somente em abril de 2001 a lei é aprovada da Reforma Psiquiátrica (HEIDRICH, 2007). Contudo a lei sancionada teve algumas alterações em relação ao projeto original já que não possui meios claros para a erradicação dos manicômios, mas ainda assim acrescentou impulso e ritmo para o movimento com a política de saúde mental do governo federal ganhando notoriedade. (BRASIL, 2005)

Esse processo de desinstitucionalização se define por duas ações conjuntas com a criação de rede de atenção à saúde mental e com a fiscalização e redução organizada e planejada dos leitos psiquiátricos que ainda existem. Consolidando a Reforma Psiquiátrica como política oficial do Governo Federal (BRASIL, 2005).

Em seguida a promulgação da lei 10.216 é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005). Sendo a primeira conferência a ter de modo tão expressivo a participação de usuários e familiares, possibilitando a co-responsabilidade na atenção, ofertando um cuidado de qualidade (BRASIL, 2002). Os princípios, diretrizes e estratégias para a transformação da atenção em saúde mental no Brasil, no tocante ao fornecimento da base política e teórica para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005).

3.2.1 Processo de desinstitucionalização

O processo de desinstitucionalização, caracterizado com a terceira fase da Reforma por Amarante, 1998, se inicia nos anos 90, tendo o seu auge em 2002, com a redução de leitos

em hospitais psiquiátricos e com a retirada de pessoas que estão internadas há muito tempo nessas instituições, esse processo não foi uniforme ao longo dos estados (BRASIL, 2005).

Mecanismos e programas foram criados para conseguir cumprir o objetivo, como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), Programa de Volta para Casa e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas (RT) (BRASIL, 2005).

O PNASH/psiquiatria faz uma avaliação anual da qualidade dos hospitais psiquiátricos, tanto públicos quanto privados, no tocante aos ditames do SUS e descendência os hospitais que não atendem aos critérios. Enquanto as RT's constituem-se em casas na cidade que integram pacientes com transtornos mentais graves egressos ou não de instituições psiquiátricas. Além de moradia, essas residências devem buscar a inserção dos pacientes na comunidade e respeitar os hábitos de vida, características e necessidades dos moradores. Esse cenário funciona na lógica do território, sendo que cada RT deve ser referenciada a um CAPS e trabalhar junto à rede de saúde mental. O Programa de Volta para Casa é uma das estratégias com o maior potencial de dar independência aos pacientes com transtornos mentais concretizar a desinstitucionalização. O mesmo funciona como auxílio financeiro de 240 reais mensais para os pacientes com muito tempo de internação em hospitais psiquiátricos. Todavia, mesmo que este programa possibilite emancipação e autonomia aos pacientes, muitas vezes ele não pode ser realizado por entraves até na falta de documentos dos pacientes, ocasionados pelo grande período de internação (BRASIL, 2005).

3.3. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REDES SOCIAIS E RECURSOS

Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a Rede de Atenção Psicossocial, que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. (BRASIL, 2013)

O atendimento da população, a partir do decreto, foi definido por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As primeiras RAS estabelecidas foram: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, o SUS considera a Atenção Básica a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde, desse modo, a RAPS desenvolve suas ações e serviços de acordo com os

princípios doutrinários desse sistema: universalização, equidade e integralidade (BRASIL, 2005).

A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088/2011 que concretiza a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, com serviços de base territorial e comunitária, substituindo, portanto, o modelo hospitalocêntrico e manicomial. Ela é constituída por sete componentes, cada um deles compreende um conjunto de ações e serviços que têm o propósito de atender às diferentes necessidades dos usuários e seus familiares, nos mais diversos territórios.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes (BRASIL, 2011; BRASIL 2017): i) Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF, Consultório na Rua, Centro de Convivência e Cultura); ii) Atenção Psicossocial Estratégica (Centro de Atenção Psicossocial); iii) Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros); iv) Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de acolhimento (UA), Serviço de Atenção em Regime Residencial,); v) Atenção Hospitalar (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico Especializado;)Hospital dia) vi) Estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais terapêuticos; Programa de Volta para Casa; Programa de Desinstitucionalização; Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativa de Geração de trabalho e renda).

O CAPS, um dos pontos de atenção da RAPS, foi criado com a proposta de ser a principal estratégia para a desocupação dos leitos psiquiátricos, na luta antimanicomial, nesse sentido, ele se constitui como serviço comunitário, ambulatorial e regionalizado, articulador central da rede de saúde mental que favorece a construção um campo interdisciplinar de saberes e práticas entre a saúde coletiva e a saúde mental (LEAL; ANTONI, 2013). Esses serviços trabalham sob a lógica do território e oferecem tratamentos intensivo (diário), semi- intensivo (por até 12 dias no mês) e não intensivo (não necessita de suporte contínuo) à pacientes com quadros mais graves de sofrimento psíquico (FERREIRA et al., 2016).

No contexto de RAPS, tem-se que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de saúde. Apesar de haver a requisição que estes profissionais acrescentem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de modo a adentrar na singularidade e na visão de mundo do usuário. Desta forma, uma das potencialidades e

facilidades do cuidado na AB é a possibilidade de criação de vínculos entre a comunidade/território, estratégia que facilita o acesso das equipes aos usuários e vice-versa (BRASIL, 2013).

Os NASFs, outro ponto de atenção da RAPS, foram estabelecidos em 2008 pela Portaria nº 154, com o objetivo principal de oferecer suporte às ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família, além de aumentar a resolutividade dos casos atendidos pela atenção primária, qualificando as ações e fortalecendo a rede de cuidados em saúde. Foram criados no intuito de efetivar um cuidado integral e de qualidade à população assistida e organizar o fluxo de atendimentos ao diminuir os encaminhamentos aos outros níveis de atenção. Com uma equipe multiprofissional composta por: terapeutas ocupacionais, professores de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, médicos, entre outros (GONÇALVES et al., 2015).

Enquanto que os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência dos usuários da rede, articulados com o resto da RAPS (BRASIL, 2011).

A Unidade de Acolhimento (UA), dividida em duas modalidades, a UA de adulto e a infanto-juvenil é um serviço de caráter residencial que oferta cuidado contínuo em saúde, com o funcionamento durante 24h para os usuários com acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e que precisam de proteção transitória, por no máximo 6 meses (BRASIL, 2011).

Dentre os Serviços de Atenção em Regime Residencial, existem as Comunidades Terapêuticas que também ofertam moradia provisória por no máximo 9 meses, para pacientes clinicamente estáveis, além da oferta de cuidado contínuo em saúde (BRASIL, 2011).

A portaria de 3.588 de 2017 traz de volta os hospitais-dia que pode ser visto como um retrocesso ao modelo asilar com a permanência dos pacientes nessas instituições. Esta portaria também traz mudanças no tocante aos SRT, por modificar a função desinstitucionalizante da estratégia, visto que passa a abrigar de qualquer pessoa com transtorno mental que tenha necessidades de cuidado de longa permanência, não só os egressos de instituições psiquiátricas de longa permanência.

Outra proposta que a portaria supracitada refere é sobre as Unidades Ambulatoriais especializadas, que passariam a participar junto com os CAPS's como segundo componente da RAPS.

A rede de atenção à saúde mental do SUS, por ser de base comunitária, possui um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da

emancipação das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005). Um novo arranjo no trabalho e nos fluxos de uma rede de atenção psicossocial tomou a ESF como mais um recurso para a saúde mental. Essa reorganização visa ao compartilhamento de responsabilidades entre os serviços de saúde mental e os da atenção primária, através de uma lógica oposta à prática do encaminhamento, requerendo a apropriação de um compromisso com o cuidado de uma determinada clientela. O apoio matricial em saúde mental é o eixo principal que sustenta a parceria deste campo com a atenção primária. (DAMOUS, ERLICH, 2017)

Entretanto, apesar da consolidação de novos modos de cuidar em saúde mental, um dos problemas encontrados consiste na desarticulação das políticas públicas para o setor nos níveis local, estadual e federal. Tal desarticulação aparece mais claramente na questão do encaminhamento e no sistema de referência e contra-referência (BEZERRA & DIMENSTEIN, 2014). Ainda nos estudos de Bezerra e Dimenstein (2014), a falta de articulação entre os diversos serviços nos diferentes níveis de atenção é uma das dificuldades apontadas. Os CAPS, que deveriam atuar como articuladores e ordenadores da rede, acabam centralizando a demanda e inserindo-se de forma discreta nos territórios e na comunidade.

De fato, o ambulatório de saúde mental parece estar pouco presente nas discussões tanto no âmbito micro da clínica, que perpassa os dispositivos da rede de atenção psicossocial, quanto no macro, no que tange à política pública de saúde. Esta ausência se expressa nitidamente na Portaria 3.088/11, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual o ambulatório foi excluído do quadro de dispositivos de cuidados. (DAMOUS, ERLICH, 2017, pg. 913).

O ambulatório de saúde é destinado ao acompanhamento dos indivíduos na própria RAPS e tem como especificidade a psicoterapia, individual ou em grupo. Esse dispositivo tem justificada sua potencialidade na dinâmica de um trabalho que requer tempo e que se destina a uma determinada clientela intermediária à ESF e ao CAPS. Desse modo, o ambulatório desempenha uma clínica que interessa à rede e que por isso tem nela um lugar legítimo do qual não se pode prescindir se o que é almejado, em última instância, é potencializar sujeitos. (DAMOUS, ERLICH, 2017).

3.3.1 Reflexões acerca dos modelos substitutivos e os caminhostrilhados com a reforma psiquiátrica

Os modelos substitutivos descrito na RAPS possuem uma cobertura crescente desde a sua implantação, com simultânea diminuição dos hospitais psiquiátricos e aumento dos leitos destinados à psiquiatria em hospitais gerais em todo o Brasil, as metrópoles possuindo serviços mais completos, contudo com uma menor cobertura em relação à população, enquanto o inverso se estabelece com as cidades pequenas, nesse ínterim, o grande contingente de 77% da população brasileira mora em locais com cobertura de serviços comunitária baixa ou inexistente, sendo que apenas 6,69% da populacional nacional habitam cidades que possuem assistencial total da RAPS (FERNANDES ET al, 2020).

A própria distribuição dos serviços no país já demonstra que a desinstitucionalização não ocorreu de maneira eficaz ao longo do território, no que tange a cobertura. Aliado a isso as atuais reformulações na política de saúde mental, que denotam a onda conservadora que se instaura, representadas pela promulgação da Portaria de 3.588 de 2017 e a Nota Técnica nº 11/2019, trazem não só a precariedade da desinstitucionalização, mas ainda um retrocesso naquilo que já foi criado.

Em relação a esta portaria ocorreu um retrocesso no componente hospitalar, visto que além dos leitos psiquiátricos em hospital geral, o próprio hospital psiquiátrico agora compõe parte da proposta, disponibilizando leitos em hospital-dia e leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos. Assim é dado cada vez maior importância a esse componente em detrimento da diminuição deste que seria o objetivo primordial da Reforma Psiquiátrica (FERNANDES et al., 2020).

A Nota Técnica nº 11/2019, intitulada Nova Saúde Mental, publicada em fevereiro dá um salto ainda maior no sentido contrário ao da Reforma ao trocar o termo substitutivo para o de complementar, demonstrando claramente que o modelo asilar deve coexistir com o de rede e não ir destituindo o componente hospitalar ao longo do processo. Além de agir de forma concomitante com a portaria de dois anos atrás, essa nota ampliar leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Ainda vai de encontro com outros princípios humanísticos da reforma ao financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia a serem usados nos serviços hospitalares. (FERNANDES et al., 2020). Além disso, eles dão uma maior ênfase na utilização das comunidades terapêuticas, que de estratégia desinstitucionalizante passa a ser mantenedor de esse processo asilar. Diante da revolta social que essa nota suscitou ela foi revogada (LUSSI, 2019).

Cruz et al (2019) aponta que um dos indicadores de que a Reforma estava sendo concretizada é como que o novo sistema substitutivo lida com a crise. Este novo sistema, organizado pela RAPS, visualiza a atenção à crise a partir de todos os serviços das RAS, inclusive o componente de urgência e emergência, com os SAMU 192 cumprindo requisitos pré-estabelecidos para o atendimento. Nestes sentidos, RAPS anterior a Portaria de 3.588 coloca os leitos saúde mental em Hospital Geral como retaguarda para internação de curta ou curtíssima duração, com o fim de restabelecer as condições clínicas ou iniciar uma investigação de comorbidades responsáveis por agravamentos.

Apesar das fragilidades da RAPS, ela tem um plano de atenção à crise e também aos egressos de instituições sendo desnecessário o retorno ao modelo asilar. O que se torna imperioso é a melhora na cobertura e nas ações ou até mesmo de novas propostas a esse modelo, que mantenha o respeito aos direitos humanos e um cuidado longitudinal e centrado na pessoa em sofrimento.

3.4 A ABS COMO CENÁRIO DE ATUAÇÃO DAS PROPOSTAS DA REFORMA SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Em 1950 no Brasil, ainda não existia uma estrutura sanitária permanente e descentralizada (BRASIL, 1992). A saúde apresentava-se em seu modelo sanitarista-campanhista, segundo Mendes (1995), enraizado na polícia sanitária e nas campanhas de saúde que priorizava combater as doenças de massa (pestes). Porém, esse modelo tornava-se constantemente ineficaz para a resolução dos problemas de saúde da população brasileira, uma vez que oferecia baixa cobertura assistencial, era centralizada e direcionada a problemas estratos populacionais específicos, não oferecendo assistência a todas as diferenças culturais, sociais e econômicas do país (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2008).

Desse modo, em 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde, que criticava justamente à concentração política, administrativa e geográfica dos dispositivos assistenciais. Assim, foi sugerida a extensão da cobertura assistencial por meio da criação de uma rede básica de serviços médico-sanitários. Caminhando lado a lado com essa crítica, havia, também, a necessidade de contenção dos gastos no país, mostrando a necessidade de proposição de uma rede básica, com atenção mínima e de baixo custo, operando por meio de prioridades. Nessa Conferência, também, foi apresentado que parte das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos poderiam ser tratados em modelos assistências não asilares, surgindo como uma vertente do campo da “doença mental”. Porém, isso ainda não foi suficiente para

que a atenção básica passasse a ser pensada como um local de assistência a “doença mental”. Entretanto, mesmo com tudo isso, as políticas de saúde tomaram outros rumos e em 1964 teve início à ditadura militar brasileira. Nesse período ditatorial, a saúde revelou-se em um modelo médico assistencial privatista, contrário aos preceitos da 3ª Conferência (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2008). Consequentemente, as lutas sociais ganharam fôlego após a ditadura militar, em busca de um modelo de proteção social onde todos tivessem acesso as Políticas Públicas.

Em resposta a crise gerada na saúde em 1970 surgiu propostas de reorganização da assistência em saúde a partir de um projeto de Reforma Sanitária (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2008). Várias outras Conferências foram realizadas, mas em especial a 5ª e a 6ª, realizadas em 1975 e 1977, levantaram o ideal de expansão da cobertura em saúde com baixo custo, baseando-se em alguns princípios, como: descentralização, hierarquização, regionalização e níveis crescentes de complexidade. Formando uma ideia de sistema que englobe todos os serviços de saúde.

No “Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?” da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 2018. O autor D.Elias refere que as mudanças que se desenvolveram na organização da Atenção Primária no SUS a partir da estruturação, na década de 90, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Programa, depois Estratégia, de Saúde da Família (ESF), fizeram com que a reestruturação dos cuidados primários e do cuidado em saúde mental compusesse áreas cujos avanços se deram de forma interdependente e articulada na implementação das propostas do SUS. Para Elia et al (2018) Apud OPAS (2018), a Atenção Primária (APS) e a Atenção Psicossocial passaram a constituir elos em pontos fundamentais, como exemplo: a base comunitária e territorial de cuidado; a participação ativa dos usuários e familiares; e a concepção integral do processo de saúde e doença.

Diante disso, podemos destacar a ação da atenção primária a saúde que segundo Giovanela (2009), tem como objetivo identificar e enfrentar os determinantes sociais de saúde, promover acessibilidade aos serviços e cobertura universal com base nas necessidades dos sujeitos/comunidades.

Um marco histórico mundial da atenção primária à saúde segundo Giovanela (2009) é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizadas em 1978 em Alma-Ata. Na Declaração de Alma-Ata, a APS é concebida como a atenção à

saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. Além disso, a Declaração afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. A partir desse enfoque, a saúde passou a ser uma das mais importantes metas da sociedade mundial e, para o seu alcance, necessita estar integrada e articulada com os diversos setores sociais, econômicos e políticos.

A Atenção Básica constitui, portanto, a porta de entrada dos usuários ao SUS, e tem por objetivo reorganizar os serviços tendo como um dos seus preceitos o trabalho interdisciplinar e intersetorial, assumindo o cuidado com os usuários em caráter de integralidade, contando com a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006).

Nessa concepção, os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde. Ou seja, o cuidado deve centrar-se na família, para identificar as necessidades de seus membros; e analisar as competências culturais para a comunicação social entre os diferentes grupos populacionais (STARFIELD, 2002).

A APS, portanto, possui características específicas, ou seja, ela possui atributos essenciais como: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (STARFIELD, 2002).

Destarte, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica à Saúde se apresentam como atores estratégicos para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso problemático de Álcool e Outras Drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Além disso, observa-se que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, por vezes atuando como entrave de adesão às práticas preventivas ou orientações voltadas para condições de vida mais saudáveis. Portanto, pode-se dizer que todo problema de saúde é– de saúde mental. (SOUZA & SANTOS, 2014). Nesse sentido, torna-se cada vez mais importante

e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (SOUZA & SANTOS, 2014).

Compreender o cuidado em saúde mental a partir da perspectiva de atuação da atenção primária perpassa pela compreensão dos sentidos e saberes construídos pelos sujeitos envolvidos nos processos de saúde/doença mental. Ou seja, as percepções a partir da comunidade, e das equipes de saúde atuantes no território (Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e equipes das redes especializadas (CAPS's e Ambulatório de Saúde Mental).

As percepções do cuidado em saúde mental no contexto da saúde da família identificadas na literatura proporcionam a necessidade de uma reflexão do repensar a humanização do cuidar, a integralidade, universalidade e na garantia de equidade. Visto que, apesar dos movimentos do campo da saúde na tentativa de implementação destas propostas, observam, ainda, entraves para se concretizar uma atenção digna e integral (FARIAS; SANTOS, 2011). Estes entraves, de acordo com Campos, Bezerra e Jorge (2018), estão relacionados à comunicação inadequada entre pessoas dos serviços da rede de atenção; prevalência do uso de tecnologias duras e leve duras, como assistência pautada na medicalização; fragmentação do cuidado; fragilidade no processo de matriciamento; falta de capacitação dos profissionais e dificuldades relacionadas à formação desses profissionais pautada no saber biomédico.

Neste sentido, é importante a compreensão do cuidado em saúde como o reconhecimento do sujeito além da sua doença, na perspectiva dos significados singulares dos seus sofrimentos e de seus processos de vida com um todo. Segundo Ramos e Pio (2010) nas práticas de cuidado não se busca tratar a doença que se instala em um corpo, tampouco o profissional responsável pelo cuidado é apenas um profissional especializado que executa ações técnicas. Esse cuidado, para os autores “deve ser constituído em uma ampla rede de parcerias, que inclui segmentos sociais, serviços distintos, profissionais e cuidadores que promovem saúde, autonomia e corresponsabilização”. Ou seja, o cuidado em saúde é uma construção, dependente da participação ativa dos sujeitos com seus saberes e demanda - sendo esta participação é “um pleno exercício de cidadania que todos os profissionais devem incitar” (RAMOS; PIO, 2010).

A defesa da necessidade de ampliação das ofertas terapêuticas das equipes com ferramentas psicossociais, bem como a capacitação dos profissionais de saúde para disseminar ações em saúde mental, visando construir fluxos e projetos terapêuticos mais eficazes com

outros serviços da rede de saúde - torna-se necessária para a promoção de saúde mental no contexto de Saúde da Família integrado à rede de assistência dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica de Reabilitação Biopsicossocial. Visto que, segundo Saraceno (1996), é importante à compreensão do cuidado em saúde como o reconhecimento do sujeito além da sua doença, na perspectiva dos significados singulares dos seus sofrimentos mentais e físicos e de seus processos de vida com um todo em todos os cenários ocupados pelo mesmo (serviço/casa/comunidade).

Desta forma, o que se busca é o “cuidar com o toque”, o “cuidar com o olhar”, o “cuidar com a escuta atenta” superando a “tecnologia” em saúde e promovendo encontros de produção de sentidos, saberes e “espaços de cuidado e acolhimento” (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

4. METODOLOGIA

4.1. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: O CONSTRUCIONISMO SOCIAL

O presente estudo teve como referencial teórico-metodológico o construcionismo social, segundo a Psicologia Social, cujo pressuposto básico é a construção de sentidos (pontos de vistas, ideias, conceitos, posicionamentos, percepções e emoções), a partir da esfera relacional, coexistente nas diversas práticas discursivas e em tempo e espaços específicos (SPINK, 1999).

A construção dos sentidos associa-se às discussões iniciadas na década de 1960, pela sociologia, por autores como Peter Berger e Thomas Luckmann (1966) no clássico livro **A Construção Social da Realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento**, no qual os autores discutem os conceitos de “realidade” e “conhecimento” a partir das relações sociais. A "realidade" vista como uma qualidade pertencente aos fenômenos que se reconhecem independentes de nossa própria volição; e "conhecimento" como a certeza de que os fenômenos são reais e possuem características específicas.

A partir desses conceitos, os referidos autores refletem a respeito da construção da sociedade a partir do sujeito, ao mesmo tempo, em que este se constrói das relações que estabelece nos seus contextos sociais. Nesse sentido, a realidade é o fruto do conhecimento elaborado a partir do “senso comum”, entendido como o saber produzido nas relações entre os sujeitos e como o verdadeiro “tecido” de signos e significados de uma sociedade. Ou seja, o construcionismo social para os autores se propõem analisar como o homem, enquanto sujeito social, constrói e significa seu conhecimento a partir da realidade no contexto social no qual vive (BERGER & LUCKMANN, 1966).

Segundo Grandesso (2000), na perspectiva da Psicologia Social, a construção social tem como base quatro principais suposições a respeito dos processos de produção de sentidos e conhecimentos:

- os critérios para identificar eventos no mundo não são objetivos, mas circunscritos por uma cultura, história ou contexto social, dependendo assim, de categorias que a pessoa já possui. Como diz Schnitman (1996, p. 16): “não temos liberdade absoluta para eleger de forma irrestrita a construção da realidade que levaremos a cabo”. Tal escolha, diz o autor, é uma determinação social;
- o mundo é compreendido em termos de artefatos sociais, historicamente situados e produtos do intercâmbio entre as pessoas. O mundo tornou-se, então, intensamente

complexo, no qual, se inscrevem várias histórias e as respostas não são diretas nem estáveis. Vive-se num sistema aberto de desconstrução/construção contextualizada de mundos e de relações sociais;

- se uma dada forma de compreensão prevalece no tempo, isso não se deve à sua suposta validade empírica, mas às mudanças dos processos sociais, tais como a comunicação, a negociação e a retórica. Isto significa que a manutenção ou variação de uma interpretação depende do questionamento ou não da sua inteligibilidade pelos interlocutores de sua comunidade linguística;

- as descrições e explicações do mundo são formas de ação social e, como tal, têm significância crítica na vida das pessoas. Estas integram vários padrões sociais.

Como referem Spink e colaboradores (1999), quando falamos estamos invariavelmente realizando ações – acusando, perguntando, justificando, produzindo um jogo de posicionamentos com nossos interlocutores - tenhamos ou não essa intenção. Destas posições, decorre que, no construcionismo social, o conhecimento é considerado uma interpretação linguística historicamente datada e culturalmente situada, sendo o foco central de análise as práticas discursivas.

Segundo Spink (1999), quando as pessoas falam de pensamentos, ideias e sentimentos falam aos outros e a si mesmas, e esse conhecimento de si mesmo ou do mundo exterior que só é possível nos contextos compartilhados na linguagem. As práticas discursivas definem esses contextos da linguagem em ação, significando a forma com a qual as pessoas produzem sentidos e tomam posições nas relações cotidianas. Assim, essas práticas e a produção de sentidos ocorrem simultaneamente.

Nas práticas discursivas, pode-se, também, identificar a polissemia de sentidos, ou seja, o multiperspectivismo de diferentes abordagens, provenientes da religião, da arte, da filosofia, da ciência, de grupos que nos são mais próximos e da mídia em geral (Spink e Mengon, 1999).

A pesquisa construcionista atenta para essa diversidade de explicações sobre determinado objeto de estudo – também socialmente construído - e para as formas de vida que são sustentadas e suprimidas por elas (SPINK, 1999).

Partindo desta compreensão, valoriza-se neste trabalho a prática discursiva como uma pesquisa, baseada no construcionismo social de acordo com as premissas da Psicologia Social - que nos possibilitará uma análise dos sentidos acerca da produção de cuidado integral em saúde mental no contexto da saúde da família e suas implicações sociais - a partir das

perspectivas dos profissionais de saúde. A análise buscará identificar os sentidos atribuídos ao cuidado integral, a partir da escuta terapêutica e de relações de vínculo e laços de confiança entre os atores envolvidos no processo saúde/doença.

4.2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA TEMÁTICA DA PESQUISA

Em um primeiro momento, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre a produção de cuidado e saberes em saúde mental no contexto da saúde da família, com o intuito tanto de subsidiar a elaboração dos objetivos de pesquisa- compondo o marco teórico; quanto de contribuir na elaboração dos roteiros de entrevistas. O levantamento bibliográfico foi efetuado nas bases de dados do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp e Scientific Electronic Library Online, no período entre março e outubro de 2019, utilizando os descritores: Saúde da Família, Saúde Mental, Família, Cuidadores, Estratégia Saúde da Família, Transtornos Mentais, Saúde Pública e Sistema Único de Saúde.

Encontrou-se 139 artigos. Destes, inclui-se na pesquisa 44 artigos de acordo com os seguintes critérios: i) artigos publicados nos últimos 10 anos; ii) pesquisas nacionais, iii) textos em inglês, português, espanhol; iv) textos que abordavam a produção de cuidados e saberes em saúde mental no contexto da saúde da família.

Esse material foi catalogado de acordo com os seguintes critérios: referências; tipos de estudos; objetivos; contexto (local do estudo); metodologia; instrumentos de pesquisa; autores e principais resultados. A análise dos dados descritivos foi realizada a partir de comparações de índices de frequência e percentual dos dados catalogados. A análise dos principais resultados da pesquisa apoiou-se na abordagem teórico-metodológica de produção de sentido e práticas discursivas baseada no construcionismo social, com foco na Psicologia Social, trabalhada por Mary Spink Jane (SPINK, 1999).

Os artigos foram organizados em mapas de associação de ideias individuais e coletivos, que são instrumentos, segundo Spink, que subsidiam o processo de interpretação e facilitam a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados. Destes encontrou-se, quatro categorias principais: os sentidos dos usuários; os sentidos dos profissionais da ESF; os sentidos dos profissionais do NASF; os sentidos dos profissionais dos Serviços de Referência em Saúde Mental, descritas no marco teórico deste trabalho.

4.3. CONTEXTO

Esta pesquisa ocorreu no município de Vitória da Conquista, localizado no Sudoeste do estado da Bahia, Brasil, 509 km da capital Salvador. Sua população, conforme o IBGE, em 2018 era de 338.885 habitantes, o que faz dela a terceira maior cidade do estado, atrás de Salvador e Feira de Santana, e a quarta do interior do Nordeste, atrás de Feira de Santana, Campina Grande e Caruaru. Possui um dos maiores Produto Interno Bruto (PIBs) no interior da região Nordeste, cerca de 3.469 bilhões (IBGE 2018).

Vitória da Conquista é capital regional de uma área que abrange aproximadamente oitenta municípios na Bahia e dezesseis no norte de Minas Gerais. Tem uma altitude média de 923 metros nas escadarias da Igreja Matriz, atingindo os 1.100 metros nas partes mais altas. Possui uma área de 3.204,257 km² (Disponível em: <https://www.pmvc.ba.gov.br/> capturado em abril/2020).

A Rede de Atenção Saúde do município conta com 38 equipes de Estratégias de Saúde da Família, 15 estão na zona rural, com 100% de cobertura, e 23 equipes na zona urbana, representando cobertura de 63% da cidade. Além disso, para complementar as atividades de prevenção e promoção da saúde, a Rede de Atenção Básica possui 04 equipes do NASF, compostas por fisioterapeuta, psicólogo, educador físico, nutricionista e farmacêutico, profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família. No contexto da assistência especializada em saúde mental, conta com 1 CAPS II, 1 CAPS AD III e 1 CAPS IA, além da recente implantação do ambulatório de psiquiatria do município (Disponível em: <https://www.pmvc.ba.gov.br/> capturado em abril/2020) Esses serão os cenários para a execução desta pesquisa.

Os serviços para a pesquisa no contexto da Atenção Básica foram escolhidos de acordo com a vinculação desta pesquisadora, a partir de suas vivências na docência do módulo de Integração Ensino Serviço e Comunidade (da Faculdade Santo Agostinho) e das vivências dos graduandos de medicina que fizeram parte desta pesquisa em estágios, também, no referido módulo. A adoção desse critério visou trabalhar a partir de vínculos estabelecidos que facilitem o compartilhamento de saberes e práticas entre profissionais, comunidade e pesquisadores. Ou seja, que facilite as práticas discursivas entre os participantes, pesquisadores e pesquisados, na produção do conhecimento aqui pretendida. Nessa premissa foram selecionadas 9 Unidades de Saúde da Família entre rural e urbana.

As equipes do NASF, não participaram da pesquisa conforme projeção inicial, visto que com a portaria de encerramento do serviço pelo SUS e o processo de pandemia do COVID -19 tivemos dificuldade de encontrar com os profissionais para realizar o convite.

Foram convidados profissionais de todos os serviços de Saúde Mental de Vitória da Conquista/Ba.

4.4. PARTICIPANTES

Foi construída uma amostra buscando envolver os quatros cenários, sendo os participantes selecionados de acordo com os critérios descritos a seguir.

Para a construção de sentidos da produção de cuidado integral em saúde mental no contexto da saúde da família e entendimento das implicações sociais, optou-se, inicialmente, em trabalhar com sujeitos individuais e coletivos, tanto do processo de produção do cuidado quanto os sujeitos para os quais o cuidado é proporcionado. Todavia devido à realidade atual a avaliação e produção de sentidos tiveram suas bases em entrevistas semiestruturadas individuais com profissionais de saúde descrita em procedimentos de coleta adiante.

Dessa forma, os sujeitos da pesquisa foram: 45 profissionais de saúde da rede de atenção dos cenários indicados acima, que consentiram sua participação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexo A. Além disso, foram estabelecidos alguns critérios de participação para cada grupo de sujeitos:

- Profissionais dos CAPS's: precisam ter o mínimo de 24 meses de assistência na saúde mental (consecutivos ou não);
- Profissionais do Ambulatório de Psiquiatria: inicialmente precisariam estar inseridos no mesmo desde sua criação, porém ao observar no serviço a rotatividade da equipe, optou-se por entrevistar todos os profissionais do serviço que se dispusessem ao diálogo.
- Profissionais das ESF's: precisam ter o mínimo de 24 meses de assistência na saúde pública (consecutivos ou não); precisam ter contato com o processo de assistência aos familiares e sujeitos em sofrimento mental.

A escolha do tempo de atuação no serviço tem relação com os achados da literatura que indicam como um dos entraves no cuidado à rotatividade dos profissionais nos serviços e instabilidade trabalhista com mudanças de gestão. Essas situações interferem no cuidado e na consolidação de vínculos entre equipe e comunidade (MIRANDA, 2014) (PAIANO et al., 2016). Desta forma, optou-se por selecionar os profissionais com tempo mínimo de 24 meses de atuação, 50% do tempo da gestão vigente.

Os participantes foram convidados (Anexo B) por meio de sua coordenação local explicando o processo da pesquisa e convidando-os a participarem do estudo. Em seguida realizaram-se visitas nas reuniões de equipe para reforçar o convite e estabelecer os primeiros contatos com os sujeitos que concordarem com a sua participação, mediante assinatura no TCLE.

Como se trata de uma pesquisa qualitativa que teve como referencial teórico o construcionismo social é válido ressaltar que o número de participantes não será definido por determinantes estatístico de cálculo de amostra, pois a qualidade da pesquisa tem como prerrogativa a disponibilidade para a participação da mesma, em detrimento do percentual de cobertura ou “n” de amostras. Assim 45 sujeitos foram entrevistados, sendo profissionais de nível médio e superior de escolaridade de diferentes classes: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agente de saúde comunitários, farmacêuticos e profissionais de serviços administrativos. Um vez que estes sujeitos pertencem a equipes específicas e que acompanham a divulgação da pesquisa optamos por não quantificá-los ou nos referirmos aos mesmos por categoria profissional, mas por serviço, para evitar identificação.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturada, com roteiros previamente elaborados (anexo C) com linguagem acessível aos profissionais dos diferentes serviços.

O processo de elaboração foi baseado no referencial teórico do Construcionismo Social do livro de Spink (SPINK, 1999).

Ao abordar a entrevista inicial como prática discursiva estamos antes de mais nada, entendendo-a como ação, ou, melhor dizendo, como interação. Esta interação se dá em certo contexto, numa relação constantemente negociada. Numa conversa o locutor posiciona-se e posiciona o outro, ou seja, quando falamos, selecionamos o tom, as figuras, os trechos de histórias, os personagens que correspondem ao posicionamento assumido diante do outro que é posicionado por ele. “As posições não são irrevogáveis, mas continuamente negociadas.” (SPINK, 1999, p. 159).

Desta forma, o uso destes instrumentos teve como propósito responder as questões desta pesquisa aos sentidos produzidos por profissionais de saúde acerca do cuidado em saúde mental na ESF.

Além disso, os roteiros das entrevistas tiveram, também, como bases principais: os repertórios interpretativos encontrados no levantamento bibliográfico (vide marco teórico); e as escalas validadas - Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental IMPACTO-BR e Escala de Avaliação da Satisfação dos familiares com s serviços de Saúde Mental SATIS-BR (BANDEIRA; LIBERATO; PITTA, 2002). É válido ressaltar que o uso das escalas para elaboração dos roteiros não visou à utilização de sua metodologia de análise psicométrica. O estudo das escalas foi realizado no intuito de observação das temáticas abordadas pelas mesmas em seus questionamentos para ajudar a direcionar o conteúdo das perguntas do roteiro.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os conteúdos emergentes das entrevistas semiestruturadas foram analisados com vistas à descrição dos sentidos acerca da produção de cuidado e dos saberes sobre saúde mental na saúde da família. Essa análise se definiu pela construção de síntese de cada entrevista semiestruturada e síntese temática do conjunto das entrevistas em tabelas categorizadas pelos repertórios interpretativos.

Os repertórios interpretativos definidos como conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos” (SPINK; MEDRADO, 1999).

Além disso, a avaliação do material baseou na análise das práticas discursivas sendo importante ressaltar que apreensão dos sentidos atribuídos à realidade passa pela interpretação contextualizada dos enunciados dos sujeitos, levando-se em consideração os fundamentos da abordagem do Construcionismo Social, a partir da Psicologia Social com análise de práticas discursivas proposta por Spink (1999).

A síntese dos conteúdos emergentes das entrevistas teve os seguintes passos: (i) leitura dos conteúdos transcritos, deixando aflorar os sentidos sem nos preocuparmos em eleger temas ou categorias, mas tão somente em termos de uma maior aproximação com os relatos dos participantes; (ii) esboço das entrevistas, com identificação de algumas categorias de análise; (iii) elaboração de mapas de associação de ideias com descrição acerca do contexto da conversa, conteúdos, postura do facilitador e principais temas abordados pelos sujeitos da pesquisa; (iv) identificação dos repertórios interpretativos, seguida de uma breve análise sobre o uso dos mesmos durante a conversa (SPINK; MEDRADO, 1999).

Estas sínteses foram organizadas por categorias - aqui entendidas no contexto das práticas discursivas e discutidas com a literatura temática e entrelaçamento com a interpretação destes pesquisadores - no intuito de refletir o cuidado integral, a partir de propostas como a escuta terapêutica, o fortalecimento de relações de vínculo e laços de confiança entre os atores envolvidos no processo saúde/doença/cuidado do município em questão. Sendo os resultados organizados em duas categorias temáticas principais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, o processo de consolidação da assistência no SUS ocorre pelo fortalecimento do cuidado a partir da escuta dialógica entre os profissionais e a comunidade (OLIVEIRA & CASANOVA, 2009). Essa referência, muito relacionada à promoção de saúde mental, privilegia o cuidado centrado na pessoa e na comunidade e a atenção aos sentidos atribuídos pelos sujeitos aos seus processos de saúde, ou seja, trata das emoções, percepções e sentidos do cotidiano e, conseqüentemente, fortalece ações de promoção da saúde integral aos sujeitos.

As discussões do cuidado centrado na pessoa são fundamentos das propostas de intervenções da “Reabilitação Biopsicossocial” em saúde mental, ou seja, o sujeito em sofrimento mental tem seu itinerário terapêutico pautado nos diversos cenários ocupados pelo mesmo: “casa, comunidade, serviços de saúde e o trabalho, e nas singularidades do seu sofrimento” (SARACENO, 1996). No contexto atual, os processos de saúde mental, situações de sofrimento envolvendo grupos vulneráveis e cuidado psicossocial, têm sua relevância associada às mudanças no cenário das políticas de saúde mental/saúde da família.

A Estratégia de Saúde da Família, neste cenário, atua como elo entre a assistência e o compartilhamento de saberes com a comunidade a partir de suas necessidades e experiências em saúde mental (SILVA JUNIOR, 2006). Diante disso, observou-se que esta pesquisaproporcionou duas linhas principais de categorias. A primeira voltada para os sentidos acerca da conceitualização dos processos de cuidado em saúde mental em sua integralidade: **“Os sentidos dos processos de cuidado em saúde mental”**. Temática esta que possibilitou iniciara reflexão da segunda linha de sentidos voltados para o objetivo principal da pesquisa: **“Os sentidos das práticas de cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde da Família”**.

5.1 OS SENTIDOS DOS PROCESSOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Conforme discutimos até aqui, com a Reforma Psiquiátrica ocorre uma intensa busca pela reavaliação do processo de cuidado do adoecimento mental, tendo como proposta a reabilitação biopsicossocial e a promoção de autonomia dos sujeitos em sofrimento mental a partir das suas potencialidades. No entanto, apesar dessas novas perspectivas do cuidar, ainda existem lacunas no que se refere à interpretação da proposta de prática de cuidado em saúde mental. Isto porque, pouco se tem avançado no sentido de construir conceitualmente o objeto “saúde mental”. Ou seja, os novos modelos de atenção permeiam muitas vezes suas práticas

nos conceitos teóricos de doença mental, enquanto entidade nosológica da psiquiatria (ALMEIDA FILHO; COELHO; PEREZ, 1999, p.100-125).

Neste contexto, os sujeitos dessa pesquisa expressaram sentidos das práticas de cuidado em saúde mental a partir de repertórios interpretativos que transitaram entre os conceitos de saúde mental e de doenças (transtorno) mental, sendo estes elaborados em três subcategorias: os sentidos do cuidado direcionado pela dissociação entre os conceitos de saúde e doença mental; os sentidos do processo de cuidado em saúde mental influenciado pelos manicômios dos imaginários sociais; e os sentidos do processo de cuidado em saúde mental vinculado a proposta da reabilitação biopsicossocial.

5.1.1 Os sentidos do cuidado direcionado pela dissociação entre os conceitos de saúde e doença mental

Em seu livro “o nascimento da clínica”, Foucault (1977) destaca o início da fundamentação da assistência clínica a partir do século XVIII e início do XIX. Segundo o autor, neste momento ocorre a ruptura entre as percepções de saúde/sofrimento/doença e surge o “saber médico” que transformou o sujeito em paciente. Com os avanços da medicina, novas práticas institucionais e novas formas de conhecimento desvincularam o paciente do seu sofrimento. Nessa época, para conhecer a “verdade do fato patológico”, “o médico precisou abstrair o sujeito, pois sua disposição, temperamento, fala, idade, modos de vida perturbavam a identificação da doença, segundo o desenho nosográfico preestabelecido” (BRANT; GOMEZ, 2004, p. 2016).

Com base em uma formação mecanicista, “o papel dessa lógica médica era neutralizar essas perturbações, manter o sujeito distante para que a configuração ideal da doença aparecesse aos olhos do médico” (MELO; BRANT, 2005, p. 17). Dentro desta racionalidade surge a percepção da doença como pertencente a um corpo físico e orgânico, distanciada do conceito de “maldade metafísica” vigorado até então. Ao mesmo tempo em que o sujeito fica a parte do seu processo de cuidado.

Os séculos XX e XXI são marcados por um processo de transição entre o cuidado no modelo biomédico e a clínica ampliada com a medicina humanizada. No primeiro momento, no século XX, Abraham Flexner (1866-1959) foi responsável pela maior reforma na história da educação superior na América do Norte, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial, e pela difusão de um modelo científico e pedagógico marcado pelo apreço e apelo à pesquisa laboratorial. Cabe ressaltar que o modelo de ensino norte-

americano, influenciado por vias transversas pela proposta alemã, influenciou universidades em outras nações europeias e muitas universidades latino-americanas, como as brasileiras (FARIA OLIVEIRA-LIMA, ALMEIDA-FILHO, 2021). “O grande mérito da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época” (PAGLIOSA, ROS, 2008, p. 495).

As mudanças no ensino da medicina, propostas por Flexner, exerceram uma enorme influência nesse campo do saber em todo o mundo. A preocupação de Flexner, como educador, com o aprofundamento da pesquisa experimental e da clínica foi, não obstante, o ponto de partida para uma distorção de suas posições. A visão biologicista desconfigurada tornou-se um impedimento ao próprio conhecimento holístico do processo saúde-doença. A visão de Flexner, revista e empobrecida pela visão médico-industrial - com interesses fortes da indústria farmacêutica – responde, segundo a literatura, pela crise da medicina ocidental, na qual veio a predominar a visão biologicista. Este modelo biomédico se baseava em terapêuticas assistenciais e hospitalocêntricas, inclusive com valorização da formação especialista disciplinar sobre a formação generalista interdisciplinar, com práticas curativas prevalentes sobre as preventivas. (ALMEIDA-FILHO, 2010).

No Brasil, as críticas à ineficiência do modelo assistencial vigente desde meados do século XX, alinhadas às insatisfações vivenciadas por profissionais que exigiam uma reformulação mais profunda do conceito de saúde em direção à democratização da saúde, impulsionaram o movimento da Reforma Sanitária nos anos de 1970. A reforma foi uma resposta à crise universitária, mas tornou-a apenas um organismo coordenador de entidades independentes: as faculdades. Deu-se a fragmentação que é comum nos currículos e nas grades curriculares de várias faculdades de medicina no Brasil (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Contemporâneo à proposta de Flexner, surge à proposta da Medicina Social, que se constitui de diferentes olhares, diagnósticos, formas de interação e de cura. Tendo como base a percepção que o ser humano enquanto “ser da natureza” necessita que suas relações sejam analisadas contextualizando sujeitos, natureza e aspectos sociais para o reconhecimento das patologias. Esta proposta facilita o diálogo entre “paciente” e “médico” contribuindo para a superação da condição de separação “sujeito observador” *versus* “objeto observado” presente na perspectiva do “saber médico” (SILVA *et al*, 2016). Essa visão mecanicista do saber médico ainda deixa resquícios nos conceitos de saúde e nas práticas de cuidado nos serviços de assistência à saúde (BRANT; GOMEZ, 2004, p. 213-223). Desta forma, na pesquisa, os sentidos de cuidado direcionado pela dissociação entre os conceitos de saúde e doença mental

apresentaram-se a partir dos repertórios interpretativos: saúde como ausência de doença; e o cuidado em saúde mental pautado no diagnóstico da doença (transtorno) mental.

5.1.1.1 Saúde como ausência de doença

A significação dos termos saúde e doença apresentaram divergências no decorrer da história, sendo inicialmente considerados como antagônicos e, atualmente, abordados de maneira sinérgica (BACKES *et al.*, 2008, p. 111-117). Nesta pesquisa identificou-se que os sujeitos apresentaram, também, sentidos atribuídos aos processos de saúde/doença mental inseridos em diferentes contextos ao longo dos anos.

Para alguns sujeitos da pesquisa, as expressões saúde mental e doença mental se configuram como sentidos de contrariedade, remetendo ao conceito de que a saúde seria ausência ou oposto de doença.

P1(CAPS): (...) Cuidado em saúde ou doença mental? Porque são duas coisas um pouco diferentes, né?

P3(CAPS): (...)eu acho que assim (...) falar de saúde mental, não é falar de doença mental, né?

Nota-se que esses sentidos são congruentes com: o “conceito de saúde” relacionado a um indivíduo que possui uma fisiologia “normal”; definindo normal como sendo um estado de saúde estatisticamente padronizado de acordo com a espécie e o sexo biológico. E o “conceito de doença” que estaria relacionado a um cumprimento deficiente de uma função biológica e pode ser fragmentada entre patologia, relacionada aos termos médicos; e a enfermidade, relacionada à significação do indivíduo perante o processo de adoecimento (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999; ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002).

Esta percepção de saúde como oposto de doença, que permeiam as práticas de cuidado em saúde mental dos sujeitos entrevistados e dialogam com a produção de sentidos a partir do que Mary Jane Spink, configura-se como o tempo longo (SPINK; MENDRADO, 2013, p. 30-34).

Segundo a autora ao realizarmos esta análise a partir do referencial teórico de práticas discursivas de acordo com o Construcionismo Social, pautado na Psicologia Social, perceberemos que muitos dos sentidos produzidos pelos sujeitos estarão em três percepções do tempo: longo, curto e vivido. Sendo que o tempo longo:

(...) constitui o espaço dos conhecimentos produzidos e reinterpretados por diferentes domínios de saber: religião, ciência, conhecimentos e tradições do senso comum. Esses conhecimentos antecedem a vivência da pessoa, mas se

fazem nela presentes por meio de instituições, modelos, normas, convenções, enfim, da reprodução social. (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 32).

Desta forma, observa-se que este repertório nos reporta aos pensadores da antiguidade, que debatiam esses termos de maneira polarizada, agregando a saúde como algo positivo e a doença como negativo (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999; KLEINMAN, 1988; 1992;). Conforme referimos anteriormente, com a mudança nas percepções do “saber médico” a partir da lógica racionalista e mecanicista, iniciam-se reflexões acerca dos conceitos de saúde/doença.

Em uma das tentativas de enfrentar o desafio de conceituar a saúde, neste tempo longo – ainda nos marcos do modelo biomédico mecanicista - o filósofo americano Christopher Boorse, em 1976, elabora um conceito de saúde, com base em uma epistemologia naturalista, percebendo-a também como ausência de doença: “A saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte” (BOORSE apud ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002). Para o autor, o conhecimento de saúde se dá com base em uma concepção do normal definido estatística e funcionalmente (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003; ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002;).

Assim, Boorse (1976) defende que a classificação de estados humanos como saudáveis ou doentes deva ser realizada somente com base em dados objetivos extraídos dos fatos biológicos da natureza sem necessidade de juízos de valor. Excluindo, portanto, as dimensões econômica, social, cultural e psicológica da base teórica da saúde/doença; e reafirmando que somente a biologia e a patologia podem fornecer dados objetivos (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003; ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002).

E: Você acredita em cura em saúde mental?

P12 (CAPS): Para mim cura não vai ter mais (...) “curou daquilo”, “aquilo não vai voltar”, “aquilo não vai ter um impacto sobre mim mais” (...), eu acredito que não tem.

P8 (CAPS): [Longa pausa] acho que a volta ao estado inicial antes do sofrimento, tipo, a cura para mim seria como se nunca tivesse acontecido (...) não assim, porque assim, a pessoa é transformada por aquela situação, né? A pessoa é modificada por aquela situação e uma vez que aconteceu ela está suscetível a outros episódios. (...)

P7(CAPS): Porque assim uma vez depressivo eu acho que você não pode falar assim “curei da depressão”, até a gente ouve muito essa frase: “curei!”; “Ah! Não tenho mais ansiedade”; “não tenho mais depressão”, mas, por exemplo, você pode falar “curei da esquizofrenia?”.

Na fala dos sujeitos, portanto, foi possível observar que relacionam o processo de cuidado e cura em saúde mental à impossibilidade de retorno a um estado anterior ao adoecimento. Visto que, para estes profissionais, uma vez que o sujeito tenha uma experiência de adoecimento mental, ele é transformado por essa situação e pode estar suscetível a outros episódios, dada a cronicidade deste acometimento. (BATISTELLA, 2007)

Desta forma, é possível analisar, neste repertório interpretativo, que os significados de saúde para os sujeitos entrevistados são produzidos e influenciados pela história e pela interculturalidade (tempo longo). No entanto, é importante refletir que trazer a patologia como experiência humana e percorrê-la com atribuição de sentidos, permite enxergar que há certas fronteiras entre normal-patológico e saúde-doença. Essas fronteiras estão de acordo com a cultura – e seus rituais de cura – e, também, a experiência individual de cada indivíduo (BATISTELLA, 2007).

Segundo Batistella (2007), nem sempre a ausência de sinais e sintomas indicam a condição saudável. Ao mesmo tempo em que muitos se consideram normais, ainda que portadores de uma determinada doença. Esse mesmo autor aborda que a afirmação “saúde é não estar doente” é uma definição limitada. Demonstrando que o conceito de saúde permeia uma conjuntura que é reflexo social, econômico, político e cultural, não apenas uma definição pontual baseada no estado patológico do indivíduo.

Destarte, observa-se uma transição conceitual de saúde/doença, neste repertório, visto que estes são produzidos em associação com o tempo curto e tempo vivido dos profissionais. Ou seja, observa-se ressignificação desses conteúdos históricos a partir dos processos de socialização, que corresponde às experiências da pessoa no curso da sua história pessoal (SPINK; MEDRADO, 2013, p.32).

Portanto, apesar de em algumas falas a linguagem social remeter aos sentidos de saúde mental da contemporaneidade, nas concepções de cuidado (tempo vivido – período histórico ao qual o sujeito pertence) os signos do adoecer ainda permeiam as conceitualizações de patologia nosológica (tempo longo). E estes, por fim, são vinculados aos demais repertórios desta categoria de sentidos de cuidado direcionado pela dissociação entre saúde e doença mental, pois direcionam as concepções das práticas vivenciadas pelos sujeitos/profissionais (tempo curto). Tempo curto aqui compreendido como “tempo do acontecimento e tempo da interanimação dialógica – aquele que nos possibilita entender a dinâmica da produção de sentido.” (SPINK; MEDRADO, 2013, p.33). Conforme expressa a fala a seguir:

P9(CAPS): Então. É (...) Saúde mental ele é um conceito né, é (...) a gente ouve muito falar de doença mental, de transtorno mental e aí é o oposto, o conceito de saúde mental vai ser o oposto, aí vai estar ligado justamente à questão do cuidado, do olhar diferenciado a essa questão da doença que a gente vê tanto as pessoas falarem tanto e que é um preconceito tão grande com relação aos problemas mentais, às doenças mentais em si. Então o conceito de saúde mental me remete a cuidado, e aí importância desse cuidado na perspectiva de que qualquer pessoa pode em algum momento ter um problema relacionado à deficiência ou relacionado a problemas mentais mesmo né, de ordem...coisas simples do dia a dia como stress, como cansaço, então a perspectiva de cuidado, de saúde mental pra mim vem nessa perspectiva mesmo de tá se pensando nos cuidados que devemos ter no nosso dia a dia relacionado a essas questões.

5.1.1.2 O cuidado em saúde mental pautado no diagnóstico da doença (transtorno) mental

Não existe uma única teoria ou um único conceito biomédico de doença capaz de explicar toda a rede de causas e de interações existentes no mundo. Ou seja, não se pode eliminar uma enfermidade com medicamentos e tratamentos pontuais, sem traçar uma rede ampla de conhecimentos capaz de indicar a causa do agravo e estabelecer as relações que possam indicar o caminho da “cura efetiva” (CAMARGO JR., 1993, p.32; SILVA; LINS; CASTRO, 2016).

As respostas para o cuidado em saúde mental, neste contexto, pressupõem um processo dinâmico, complexo, interacional, que abrange a pesquisa e a prática de profissionais de saúde em relação a este mundo. Considerando que o contexto “não é moldado por verdades apriorísticas, mas se constitui de uma transformação permanente, de evidências relacionais, subjetivas e provisórias - um mundo dentro de outros mundos” (SILVA; LINS; CASTRO, 2016, p. 178-179).

No entanto, quando o significado de saúde está vinculado à ausência de doença, o foco do cuidado passa para o manejo da patologia, logo, se o indivíduo foi tratado adequadamente, terá saúde. Assim, a dissociação do processo saúde e doença, neste repertório, foi elaborada nos discursos de alguns sujeitos entrevistados associada ao manejo clínico de patologias - a doença enquanto diagnóstico, sem a perspectiva da representação do adoecimento pelo sujeito que sofre a enfermidade. Conforme identificamos nas práticas discursivas abaixo:

E: o que vem à sua mente quando você ouve falar no cuidado em saúde/doença mental?

P6(CAPS): Dependência química, é (...) dependência química, (...) E também, sobre (...) saúde mental...tem aquelas doenças psíquicas... (...) Eu acho que vem assim (...) na minha opinião... três vertentes: a saúde mental que vem do ser humano, no caso né, a saúde dele assim, que vem genético e também (...) o uso de álcool e drogas, né?! Que ele busca um refúgio ali.

P22(ESF): Olha (...) vem os transtornos (...) Surtos (...)

E: Mais algumas coisa?

P22(ESF): Não, mais isso mesmo.

No cenário dos serviços especializados, os sujeitos significaram o cuidado em tempos vividos e curtos, porém com a percepção das permanências de vozes do modelo biomédico apreendido no tempo longo. O qual se vincula as percepções de cuidado no processo etiológico do adoecer e não na promoção de saúde mental integral.

PI(CAPS): (...) Inclusive a questão do saber médico mesmo, ne, felizmente a gente tem uma equipe que discute, que consegue, pensar de maneira multiprofissional, mas ainda assim a gente percebe, que o cuidado médico, o remédio ainda é o maisdesejado assim, o mais importante na visão da maioria. (...)

E: Lá no CAPS que você trabalha você vê essa conexão entre os profissionais? Eles se comunicam?

PI(CAPS): Sim, eu ainda acho pouco, eu acho que ainda falta. A gente ainda precisa avançar bastante. Inclusive, (silêncio) porque alguns dos médicos só chegam mesmo fazem os atendimentos e vão. Mas isso por falta de tempo ou a agenda muito cheia, não tem muita essa proximidade, esse tempo para discutir com a equipe. Mas, sempre que a gente pode a gente tá lá batendo na porta (risos) da sala de atendimento, solicitando uma discussão de caso, trazendo nosso ponto de vista né, e quando a gentebusca também a gente consegue ser ouvido sim. Então precisa melhorar, mas a gente já consegue ter essa construção (faz cara de preocupação ao dizer que ainda é poucoe pensa um pouco antes de falar que o médico só chega para fazer o atendimento)

Nas falas do cenário da ESF a causalidade do adoecimento e a complexidade do cuidado, também, permeiam a percepção do processo de assistência em saúde mental voltado para a especialização em detrimento de uma clínica integral.

P23 (ESF): a primeira coisa que me vem a na minha cabeça é (...) consulta com psiquiatra, né? (...) é (...) sessões com psicólogo e um tratamento mais específico para cada situação, por exemplo (...) quem tem ansiedade, quem tem esquizofrenia, eu (...) e ver a necessidade também, se for o caso, de tomar alguma medicação, é a primeira coisa que vem na minha cabeça.

Logo, nota-se que os sentidos nosológicos da saúde mental exercem influência direta nas práticas de cuidado, uma vez que são necessários para o desenvolvimento de métodos, técnicas e instrumentos de intervenção que estejam relacionadas com a saúde e a doença do indivíduo (BASTITELLA, 2007, p.27).

Além disso, os sentidos das falas apresentam uma lógica transparadigmática entre o reforço de práticas de cuidado biomédico e a percepção de necessidade de práticas voltadas para uma clínica ampliada. Evidenciada a partir da complexidade do cuidado em saúde mental como um desafio à prática na dimensão de causalidade. Essa complexidade, também foi reconhecida por outros profissionais entrevistados:

E: E o que vem a sua mente quando você ouve falar sobre o cuidado em saúde mental?

P12 (CAPS): O que vem em minha mente é um desafio... vem-me algo complexo, mas necessário e que se dá num contexto muito cotidiano, é uma complexidade diária que a gente enquanto profissional tem que pensar, mas enquanto pessoa mesmo né, independente da condição de trabalhador de saúde mental, eu penso que é uma coisa complexa, mas que tá posta no cotidiano (...)

P12 (CAPS): O sentido da complexidade é por conta da natureza da singularidade de cada um, né, mesmo que a gente tenha hoje vamos dizer assim os CIDs né, até uma doença, um sofrimento psiquiátrico ele se manifesta de uma maneira tão singular em cada pessoa dentro da sua realidade, da sua ambiência, da sua criação, da sua educação(...).

As narrativas dos sujeitos, também, trouxeram neste repertório a nova estruturação do conceito ampliado de saúde da Organização Mundial da Saúde, porém mantendo resquícios da dissociação conceitual entre saúde e doença.

P10 (CAPS): eu acho que quando foco está, né? na saúde e não adoecimento (...) ééé (...) a gente consegue promover, né? (...) meios né (...) de (...) de vida que sejam mais efetivos e concretos então a gente não fecha ali (...) em nenhum diagnóstico nenhum Cid, né? a pessoa não vai viver porque ela é um doente, né? e não fecha nessa nesse

inter... de possibilidade mas na verdade amplia para além de diagnósticos entende? (silêncio).

De acordo com a literatura, na Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em Ottawa, os determinantes saúde-doença foram reconhecidos e a polaridade semântica, até então discutida pelos pensadores, foi rompida, ampliando o conceito de saúde e englobando a ele a doença e demais determinantes da vida dos sujeitos. Assim, a ideia de cuidado, que antes era orientado para os processos patológicos, foi redirecionada para a saúde como um todo (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; BACKES *et al.*, 2008).

A Organização Mundial da Saúde define a saúde como um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas ausência de doenças, conceito esse que evoluiu, pois saúde, em sua concepção ampliada, é o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso aos serviços de saúde, conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil, em 1986. (BACKES *et al.*, 2008, p. 112)

Percebe-se que o conceito de doença ainda permanece confuso dentro das narrativas de alguns profissionais. Isto expressa dificuldade de ruptura entre os sentidos enraizados culturalmente e as novas definições desses termos. Ou seja, a produção de sentidos da dissociação dos conceitos de saúde e doença mental com foco no cuidado pautado na patologia e não nos sujeitos, está intimamente ligada aos resquícios do cuidado em saúde mental asilares ainda vigentes nos manicômios que existem nos imaginários dos sujeitos, conforme discutiremos a seguir.

5.1.2 Os sentidos do processo de cuidado em saúde mental influenciado pelos manicômios dos imaginários sociais

Os sentidos dos processos de linguagem dos modelos asilares de cuidado em saúde mental dialogam com a obra de Goffman (1961) “Manicômios, prisões e conventos”, onde o autor discute os ambiente asilares conceituados como “instituições totais”. Estas instituições apesar de trabalhar com pessoas não se configuram como instituições civis em geral, visto que nas outras o trabalho é realizado com pessoas para elaboração de diversos produtos finais (objetos; serviços). Enquanto o trabalho nas instituições totais tem seu produto final às próprias pessoas do trabalho.

Para Goffman (1961) estas instituições asilares rompem com a proposta da sociedade moderna, a qual estabelece que os indivíduos tendem a dormir, brincar e trabalhar em

diferentes lugares com coparticipantes diferentes e sob diferentes autoridades. Nos manicômios, os sujeitos não encontram diferentes espaços para realizarem suas atividades das esferas da vida. Assim, os internados apesar de chegarem à instituição com uma “cultura aparente” advinda dos seus contextos familiares, com o processo de institucionalização que se estabiliza por uma desaculturação e, muitas vezes, estabelecendo rupturas e desapropriação do “eu” .

Nesta lógica, Goffman (1961) constitui o desejo de manicômio pautado na relação da medicina de cuidado com o corpo adoecido e a necessidade das internações para o “controle” dos sinais e sintomas que desconfiguram este sujeito (doente mental) da dita sociedade civil.

Desta forma, as premissas acerca da (re)produção de sentidos de loucura na lógica manicomial nos processos de cuidado de saúde mental vem se (des/re) construindo no decorrer dos anos. Em consonância com a categoria anterior de dissociação entre saúde e doença, aflorou na análise das entrevistas esta categoria de sentidos do processo de cuidado em saúde mental influenciado pelos manicômios dos imaginários sociais a partir dos repertórios interpretativos: doença mental vinculada aos manicômios como espaço de cuidado; modelo biomédico a partir das “pílulas da felicidade”.

5.1.2.1 Doença mental vinculada aos manicômios como espaço decuidado

No processo de narrativa do “nascimento da clínica”, Foucault (1977), apresenta o hospital como o espaço de consolidação da identidade de doente, de assistência, segregação e exclusão. Neste cenário, a hospitalização deu visibilidade ao paciente como doente na família, no trabalho e na comunidade. Uma vez internado, não havia dúvidas de sua condição de doente, mesmo quando não se tinha ainda um diagnóstico. “A residência deixaria de ser o lugar onde o sofrimento se manifestava em sua forma possível” (BRANT; GOMEZ, 2004, p. 218) e a família perdeu a autoridade sobre a maneira de cuidar do seu membro, que seria doravante isolado e “olhado cientificamente” (BRANT; GOMEZ, 2004).

No hospital, a partir do olhar médico, pretendia-se reparar os excessos ou deficiências das práticas familiares em relação ao processo saúde-doença-cuidado. Introjetada a ordem médica, cada vez mais a família se viu obrigada a solicitar atenção médica por se perceber impotente diante das manifestações do sofrimento que foram, imediatamente, representadas como sinais de doença (BRANT; GOMEZ, 2004, p. 217).

A lógica manicomial vem associada a essa premissa hospitalocêntrica de tratamento em psiquiatria, pautada nos conceitos capitalistas pós-industrial. Estes conceitos se estruturam na ordem capitalística que:

(...) fabrica a relação do homem consigo mesmo e com o mundo, e resulta na produção de uma subjetividade manicomial. E ela se produz e atravessa tanto "opressores" quanto "oprimidos", tanto "dominantes" quanto "dominados", e nos leva, na maioria das vezes, a estabelecer uma adesão a essas forças de dominação (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p.305).

Embora munida das melhores das intenções, a desinstitucionalização, proposta pela Reforma Psiquiátrica pode travestir-se de uma desconstrução reativa. Essa desconstrução para Derrida (1990) em consonância com Amarante (1996) seria:

(...) um gesto a um só tempo estruturalista e antiestruturalista: desmonta-se uma edificação, um artefato, para fazer aparecer às estruturas, as nervuras ou o esqueleto (...). A desconstrução enquanto tal não se reduz a um método (redução ao simples) nem a uma análise; ela vai além da decisão crítica da própria ideia de crítica. É por isso que não é negativa, ainda que muitas vezes, apesar de tantas preocupações, a tenha interpretado assim. Para mim, ela acompanha sempre uma exigência afirmativa; diria até que ela não acontece jamais sem amor. (DERRIDA, 1990, p. 76-77 apud AMARANTE, 1996, p.30).

A desconstrução, neste cenário, associada à lógica das teorias dos “desejos de manicômio”, é entendida por Machado e Lavrador (2001, p.46) como realizada:

(...) através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p.46).

Nota-se, neste contexto, que além da dissociação dos processos de saúde e doença, os sujeitos trouxeram em suas linguagens dialógicas a representação dos cuidados em saúde mental em serviços de assistência manicomial.

P26 (ESF): (...) Então assim, tem muitos pacientes desorganizados, que a gente não conseguiria, talvez... ele precisa estar inserido num ambiente mais adequado, num manicômio, por exemplo. Num ambiente que vai ter aquele cuidado mais específico na

*parte da psiquiatria mesmo, mais incisivo, não só de medicação, mas também de...
é... de um cuidado maior, né? multidisciplinar que a gente fala. (...)*

Assim, observa-se que apesar da proposta da AB voltada para o cuidado nos espaços de vida, quando se vincula o sofrimento mental ainda permeiam os imaginários sociais da loucura como necessidade de contenção para a busca da “normalidade”. Além disso, observa-se nas falas uma ausência de conhecimento técnico acerca das novas propostas de cuidado em saúde mental com a reforma psiquiátrica. Fato que proporciona entraves na produção de práticas de cuidado na proposta de reabilitação biopsicossocial no contexto da ESF, conforme observaremos nesta pesquisa e nas categorias de sentidos dos cuidados em saúde mental na ESF.

E: O que você poderia-me falar sobre a reforma psiquiátrica?

P26 (ESF): Então, sobre a reforma psiquiátrica eu acho que... eu sou contra alguns pontos... Porque eu acho que tem um estigma relacionado a isso devido ao passado, né... de como foi visto a psiquiatria antigamente, mas eu acho que o cuidado em saúde mental para pacientes graves necessita sim de um acompanhamento do psiquiatra não necessariamente talvez em um manicômio, hoje mudou um pouco essa visão, mas num hospital clínico, que tivesse um psiquiatra no corpo clínico daquele hospital, entendeu? É... na realidade tem esse estigma de que os pacientes vão fazer a eletroconvulsoterapia...que eram maltratados... tem essa visão assim... Tem coisas que eu sou a favor e tem coisas que eu sou contra (...) Então assim, tem muitos pacientes desorganizados, que a gente não conseguiria, talvez, ele precisa estar inserido num ambiente mais adequado, num manicômio, por exemplo. Num ambiente que vai ter aquele cuidado mais específico na parte da psiquiatria mesmo, mais incisivo, não só de medicação, mas também de... é... de um cuidado maior, né? multidisciplinar que a gente fala.

Nos serviços especializados, também, apesar das perceptivas de desconstrução do modelo manicomial, ainda afloram anseios de práticas de contenção e adequação do indivíduo em sofrimento mental aos padrões de “normalidade” estabelecidos pela sociedade.

PI(CAPS): Ah tá, cuidado em saúde mental ou doença mental... entendi. A primeira coisa que me vem à mente são os manicômios mesmo, assim, sabe? O histórico de...de prisão, de poda, né, de contenção mesmo, acho que a primeira coisa que vem à mente é isso.

PI(CAPS): (...) às vezes tanto a família quanto o usuário traz para nós que trabalhamos com infância e adolescência, muitas vezes é uma expectativa também da escola, de uma contenção, de um molde assim para aquela criança, de “ah vamos aquietar esse ser que tá aqui hiperativo”, “vamos medicar e parar com essa agressividade” sem antes entender que às vezes, o que tá acontecendo por trás disso né? Sempre tem uma história que... influencia tudo aquilo, também que esta imbricadonaqueles sintomas e muitas vezes não é considerada.

De acordo com a literatura, no cenário da saúde mental as significações de normalidade, também, vinculam-se a psiquiatria cultural e etnopsiquiatria:

O conceito de normalidade em psicopatologia impõe a análise do contexto sociocultural (...) exige necessariamente o estudo da relação entre o fenômeno supostamente patológico e o contexto social no qual tal fenômeno emerge e recebe este ou aquele significado cultural. (DALLGALARONDO, 2019, p.43).

Portanto, os conceitos de normalidade têm suas descrições e explicações no mundo a partir das ações sociais que integram a interculturalidade de cada sociedade (GRANDESSO, 2000, p.293). De modo geral, pode-se inferir que os critérios de normalidade e de doença em saúde mental variam consideravelmente em função dos fenômenos específicos com os quais se trabalham e, também, de acordo com as opções filosóficas do profissional. (DALLGALARONDO, 2019, p.47).

Além disso, em alguns casos, pode-se utilizar a associação de vários critérios de normalidade ou doença, de acordo com o objetivo que se tem em mente. (DALLGALARONDO, 2019, p.47). Sendo, o planejamento do cuidado em saúde, uma temática que exige uma postura reflexiva:

Onde é preciso estabelecer critérios de normalidade, principalmente no sentido de verificar as demandas assistenciais de determinado grupo populacional, as necessidades de serviços, quais e quantos serviços devem ser colocados à disposição desse grupo, etc. (DALLGALARONDO, 2019, p.44)

Nesta premissa, Michael Foucault em sua obra “Vigiar e punir: História da violência nas prisões” relata as práticas de contenção e punição foram realizadas ao longo da história. Na obra em questão, o filósofo relata que durante o século XIX as práticas punitivas eram voltadas aos cidadãos que não se adequassem aos padrões de normalidade estabelecidos socialmente. Durante esse período ocorria uma apreciação da normalidade, que visualizava

em um sujeito “obediente” um componente útil para sociedade e os que não fossem colaborativos deveriam ser encarcerados e tratados”. Essa visão social, também, se refletia em instituições como escolas, exércitos e oficinas que tinham uma visão voltada a qualidade de tempo e utilidade do sujeito naquele ambiente. Essas instituições apresentavam um cunho coercitivo voltado a uma homogeneidade social, podendo os possíveis desvios desse fim (BRITES, 2007; FOUCAULT, 1987).

Desse modo, a percepção dos indivíduos como seres punidores ou passíveis de punição se consolidou na sociedade culminando no surgimento de “juizes da normalidade”, que seriam os cidadãos comuns que atuariam supervisionando e intervindo em prol da “normalidade”. Todas essas influências resultaram em uma sociedade moderna coercitiva e disciplinadora (BRITES, 2007; FOUCAULT, 1987).

P5(CAPS): (...) Então a gente espera isso aí, essa reforma um dia acontecer de fato e a gente superar esse olhar negligente que muitas vezes, a sociedade como um todo né, eu acho que no mundo inteiro isso acontece, em alguns lugares mais, outros menos. Que tem questões culturais também desses significados aí da loucura que podem pesar, né? Tem certas sociedades que encaram, é, o louco, ou a pessoa, principalmente falando da pessoa, né, em processo de sofrimento mental severo, encaram até muitas vezes de um jeito positivo, né, que são pessoas especiais, que têm poderes, que têm intuições e tal, tem todos esses significados, mas isso também, oferece um risco né, porque muitas vezes a pessoa em sofrimento acaba sendo negligenciada quando ela é lida de uma forma indevida, né? E esse, e a gente sabe que infelizmente o processo de loucura no que ele vai se instalando, principalmente com as crises, ele vai cronificando, cada vez é mais difícil habilitar e reabilitar essa pessoa pra uma vida mais normativa, né? Eu acho que é isso.

Na contemporaneidade, a normalidade de acordo com a premissa da reabilitação biopsicossocial vincula-se a percepção de saúde que, segundo Mendes (1996, p. 237) é o ‘resultado de um processo de produção social que expressa à qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um viver "desimpedido", um modo de "andar a vida" prazeroso, seja individual, seja coletivamente’. Sendo proposta para a saúde mental a avaliação não dos sentidos de normalidade em si, mas a percepção das diferenças entre os sujeitos e como essas repercutem em sua qualidade de vida.

No entanto, de acordo com Amarante (1994), é necessário atentar para a possibilidade do conceito de “diferença” na loucura não potencialize o modelo asilar, pela

retomada da filosofia da diferença discutida na dialética Helgeriana - a qual consiste em uma reflexão sobre a diferença, mas de imagem invertida.

No lugar da afirmação da diferença como tal, ela coloca a negação daquilo em relação ao qual difere; no lugar da afirmação do eu, ela coloca a negação do outro; e no lugar da afirmação da afirmação, ela coloca a famosa negação da negação. (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p.306).

Assim, os sentidos das práticas discursivas dos profissionais a respeito de estigmas e preconceitos que permeiam o processo de cuidado em saúde mental se associam a esta possibilidade de potencialização dos modelos asilares.

Neste contexto, observa-se que as esferas sociais exercem grande impacto, tanto na prestação de cuidado aos sujeitos em sofrimento, como também, para seu convívio em sociedade. Segundo os entrevistados, os estigmas e preconceitos sociais são entraves para prestação dos cuidados.

P2 (CAPS): Cuidado da pessoa com transtorno mental e o estigma ainda é muito frequente, ainda vejo algumas barreiras, né, principalmente Barreiras sociais, a dificuldade de acesso à escola, de acesso ao trabalho...de qualificação profissional há sempre uma barreira ...

P3(CAPS):A questão do preconceito ainda é muito forte, as consequências financeiras também... Impactos na participação da sociedade continuam, só que acredito que de uma outra forma e acho que hoje a gente tem outras formas de inserção, outros problemas ... A gente conseguiu a implantação do SUS, então o SUS é pra todos, tem a participação social só que a gente sabe que a gente tá vivendo uma crise... que isso não tem sido tão efetivo...os meios de inclusão precisam ser atualizados(...).

Dentro da perspectiva de Soares *et al.* (2011, p. 638), os estigmas podem ser segregados entre: o estigma social e o internalizado. Com relação ao estigma social ele está vinculado a não aceitação ou a uma desvalorização de um sujeito que apresente características que não se adequam aos padrões de normalidade estabelecidos. Esse estigma social está vinculado: a “ignorância” no sentido da falta de conhecimento e desinformação acerca da doença mental; ao preconceito diante de atitudes negativas; e a discriminação, que contribui para a exclusão das pessoas com transtorno mental”(NASCIMENTO; LEAL, 2019, p.110)”.

Já o estigma internalizado vincula-se ao fato do “indivíduo, ao ter consciência dos estereótipos negativos associados à sua circunstância, concorda, aplica e reproduz essas crenças desfavoráveis sobre si mesmo, atrapalhando sua qualidade de vida e o convívio social” (NASCIMENTO; LEAL, 2019, p.110).

“A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias” (Goffman, 1982, p. 11). Goffman esclarece o conceito de estigma como um processo de construção histórica e social que passou por diversas modificações, desde os tempos antigos. O estigma social é definido pela desaprovação de determinadas características e crenças pessoais e individuais que confrontam as normas culturais prevalentes em determinado grupo social, conduzindo os portadores destas características ou adeptos destas crenças à marginalização, à estigmatização. Portanto, o estigma refere-se a “um atributo profundamente depreciativo” (Goffman, 1982, p. 13), ou seja, é a condição de não possuir atributos considerados “normais” por um grupo social.

Segundo Goffman, existem três formas de estigma: deformidades físicas ou “abominações do corpo” (deficiências motoras, auditivas, visuais, desfigurações do rosto ou corpo); características pessoais e comportamentais ou “culpas de caráter individual” (distúrbios mentais, comportamento político radical, desemprego, toxicodependências, vícios, prisão) e estigmas tribais (pertencimento a uma raça, nação, religião). O conceito de estigma possui variadas representações de acordo com cada sociedade, sendo que o que constitui um estigma em um grupo social não o é necessariamente em outro. “Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem” (p.13). Logo, um atributo ou comportamento terá o significado que a cultura lhe atribuir e que irá se refletir no cuidado aos indivíduos em sofrimento mental.

Dessa forma, os indivíduos em sofrimento mental, apesar do suporte e condições favoráveis que o apoiem a continuar seu tratamento e recuperação, convivem com os atributos relacionados ao estigma ainda presentes no processo de cuidado e nas práticas em saúde, característicos de um determinado período histórico-social e cultural e, também, de um determinado modelo de prestação do cuidado fortemente permeado por práticas medicamentosas e centradas na figura do médico, voltado à contenção e adequação do indivíduo em sofrimento mental, conforme observamos na fala a seguir:

P5(CAPS): (...) O usuário de substância ainda é visto como um, um indivíduo perigoso, irresponsável, dentro da lógica social que prejudica a sociedade que só faz isso por prazer..., há muito julgamento porque a pessoa não é louca o tempo todo dentro desse processo da loucura, ela não ta desorganizada o tempo todo, então há uma descredibilização também no discurso do louco “Ah, por que em tal momento ele

se comporta assim e em outro não”...Porque quem mais gera sofrimento nas pessoas, são as próprias pessoas (...)

P44(ESF): Eu falo por experiência própria porque eu vivo essa realidade e é triste, entendeu? Porque fala "ah mas fulano ta doido", sim, mas um dia foi sã, por que não? Né? Fazer algo pra que ele voltasse a se ver como ser humano e olhado como um ser humano, porque não é olhado.

Somado a isso, muitas vezes o corpo de profissionais responsáveis pelos cuidados em saúde mental também é afetado, refletindo em um receio em trabalhar com indivíduos com desordens mentais. Bem como serem alvos de preconceito pela sociedade e pelos próprios colegas de trabalho de outros setores por trabalhar com esse público (BARRETO; FIGUEREIDO, 2019; NASCIMENTO; LEÃO, 2019, p.103-121; OLIVEIRA; AZEVEDO, 2014; SOUZA, 2017).

P2 (CAPS): O que vem é medo (sorri) sabe? A primeira, a primeira palavra que vem é medo, é insegurança, é assistência. Essas são as palavras assim que vem quando se fala em Saúde Mental, né, na minha, né? A palavra medo é algo que, é, circula no meu imaginário(...)que eu percebo que no dia a dia, né, na fala das pessoas, né. Na minha também quando eu tenho que lidar com paciente em crise, né, então o medo ele acaba que, é, eu não deixo ele imperar, né, mas ele, ele eu percebo que ele tá constante no meu dia a dia.

P4(CAPS): Eu acho que existe muito preconceito, acho que existe muita resistência de trabalhar com isso. Que é algo, como eu já falei, que já está inserido no território, que já é acompanhado, porém ... não sei, parece que os profissionais eles não conseguem perceber isso, sabe? E aí existe essa resistência do cuidado e não se faz esse cuidado, parece que é uma coisa assim mirabolante, aquela ideia ainda que tem na cabeça de que é um bicho de 7 cabeças cuidar de saúde mental, sabe.

Desse modo, é importante refletir que uma vez capturados em algum nível por essa lógica manicomial, as equipes inseridas nos serviços de saúde mental podem, sem dar-se conta, reproduzir a institucionalização e, portanto, afirmar o manicômio, como vem acontecendo com as mudanças na política de saúde mental nos últimos quatro anos (NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS). Isto porque formas manicomiais de expressão ou de subjetividade permeiam todo o espaço-tempo das nossas práxis. Isso quer dizer que elas envolvem a todos, estão dentro e fora dos muros dos hospitais.

Assim, as novas modalidades terapêuticas, tais como os serviços substitutivos, não garantem por si só a superação desse desejo de exclusão e de exploração que a sociedade carrega. Pois, sabe-se que até mesmo os profissionais empenhados na consolidação da Reforma Psiquiátrica atuam no cenário de equívocos de políticas governamentais em detrimento de políticas de estado e saúde pública. Ou seja, têm suas ações pautadas em lógica manicomial com um superficial deslocamento de território - uma transposição dos manicômios hospitalares para outros espaços destituídos de muros, porém mantendo práticas de cuidado excludentes e institucionalizantes (BAPTISTA, 2003, p.226).

Destarte, esta lógica manicomial atravessa as ações a partir das vozes/sentidos que (re)produzimos nos cotidianos dialógicos. Sentidos que se confirmam no próximo repertório de manutenção do modelo biomédico nas práticas discursivas dos sujeitos, tendo com vozes a busca das “pílulas da felicidade”.

5.1.2.2 Modelo biomédico a partir das “pílulas da felicidade”.

Assim como as práticas de encarceramento, a manutenção do modelo biomédico e a “hegemonia da medicalização como forma prioritária de tratamento terapêutico utilizado” (ZANELLA et al., 2016) ainda são desafios a serem superados pela Reforma Psiquiátrica na visão dos sujeitos da pesquisa. Isso ocorre devido, muitas vezes, à psiquiatria atual colocar o sujeito em sofrimento mental em um patamar de submissão ao processo orgânico e à bioquímica cerebral, creditando ao medicamento como o único elemento possível de tratamento (GUARIDO, 2007; ZANELLA et al., 2016).

Foucault (2010) reconhece esse impasse e afirma que a medicina e as suas técnicas farmacológicas se tornaram as bases da doença mental, proporcionando o deslocamento da explicação do sofrimento mental para a entidade biológica, no intuito de que a sociedade possa neutralizar esse sujeito a partir do “tratamento medicamentoso”.

Dessa forma, o processo de medicalização tem, muitas vezes, seu lugar salvaguardado como principal recurso de tratamento para os transtornos mentais, reforçado pela mídia e campanhas de marketing financiadas pela indústria farmacêutica que contribuem para consolidação do discurso biomédico. O qual se mostra como o grande detentor da verdade acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza (GUARIDO, 2007; ZANELLA et al., 2016).

P42(ESF): É como se a gente tivesse num pronto socorro psiquiátrico, onde você insere a medicação, tira da crise mas não dá o suporte pra ele. Noventa e nove por

cento renovação de receita, noventa em nove por cento, pra eles interessa mais ter o remédio e não a terapia, não estão muito preocupados com relação a problema em si, eles querem a medicação, eles acham que a melhora deles vai estar, relacionada à medicação e não ao multifatorial, ao apoio psicológico, conversa, terapias em grupos, eles não dão muito valor a isso, eles querem a receita mesmo.

Esse pensar influenciado pelas ideologias midiáticas também exercem interferência nos preceitos do próprio usuário, que entende o processo de medicalização como ferramenta essencial no seu processo de cura e nenhuma outra ação terapêutica parece ser qualificada na sua busca pela saúde (ZANELLA *et al.*, 2016; CONSTANTINIDIS, 2017).

Desta forma, nas concepções de saúde como oposto a doença, os profissionais, também, não visualizam a possibilidade de cura no cenário da saúde mental devido as possibilidade de uso crônico de medicação.

PI(CAPS):A cura seria a remissão total dos sintomas, que não houvesse a necessidade de uso medicamentoso hoje, por exemplo, ou de um acompanhamento psicoterápico (...)

De acordo com a literatura a esquizofrenia como uma doença crônica, por exemplo, é apresentada muitas vezes como doença progressiva e com grave incapacitação, provocando impossibilidade de cultivar novos laços sociais; e, em casos extremos, considerada fora do circuito médico salutar. Essas visões vão ao encontro com as sinonímias direcionadas para doença crônica no contexto do modelo biomédico: irrecuperável; investimento perdido; contradição sistemática entre as expectativas de qualidade de vida e os recursos de saúde disponíveis (VECCHIA; MARTINS, 2006).

A medicação no cuidado deste tipo de adoecimento é vista como auxílio indesejável. Esta representa uma solução imperfeita, visto que, não extinguem de forma definitiva os sofrimentos causados pela doença. Além disso, o fármaco acarreta efeitos colaterais, gera preocupação relacionada à possibilidade de danos futuros e representa a obrigatoriedade de reafirmar constantemente o transtorno. Desta forma, a terapêutica medicamentosa simboliza, muitas vezes, a coexistência entre a ajuda e o prejuízo, sem uma resolução completa do sofrimento. (VEDANA, 2011)

P14(CAPS): (Silêncio prolongado e respiração forte) (...) Estar bem, sem dependências emocionais, de medicamento, está consigo, sabe? Ser suficiente para você mesmo, ne? Eu acredito que seja assim. Coisa que nem eu ainda conquistei (...)

Segundo Zanella *et al.* (2016), há uma tendência crescente dos profissionais de saúde mental em interpretar o sofrimento emocional fisiológico cotidiano, dentre outros comportamentos, como uma condição patológica acompanhada por uma medicalização particular. Esse autor também afirma que a psiquiatria atual tem colocado o sujeito em um patamar de submissão ao orgânico, trazendo o medicamento como único elemento possível para o tratamento.

“O que houve, na verdade, é a transição da camisa de força para a escravização medicamentosa” (ZANELLA *et al.*, 2016, p. 55). Isso faz com que o próprio indivíduo acredite que o medicamento é o principal componente na sua busca de cura e nenhuma outra ação terapêutica pareça qualificada. Isso pode ser compreendido na definição de tempo grandetrazido por Bakhtin (1994, p. 169), que consiste em um “diálogo infinito e inacabado no qual nenhum sentido (meaning) morre”. Ou seja, apesar de estarmos trabalhando com sujeitos inseridos em serviços que trabalhem com as premissas de uma reabilitação biopsicossocial, ainda encontramos resquícios de percepções biomédicas e manicomiais ao significar saúde como ausência de doença. Somado a isso, a crescente demanda em saúde mental reproduz uma assistência baseada em “renovações de receitas” (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004), revelando a supremacia ainda vigente do modelo biomédico, singularizada pela busca de “pílulas de felicidade”.

Nessa perspectiva, os sujeitos da pesquisa fazem uma reflexão a respeito dos serviços prestados nos diversos cenários de cuidado (CAPS e ESF) que deveriam atuar como serviços substitutivos do modelo manicomial, contudo, ainda atuam com um fazer voltado ao modelo biomédico, mantendo premissas do modelo asilar.

P9(CAPS): (...)Então assim, mesmo dentro dos serviços de saúde mental a gente vê aí a questão da medicalização, uma questão muito complicada dentro da saúde mental eu me preocupo muito com os atendimentos, eu me preocupo muito com as pessoas e eu tento falar isso nos atendimentos com elas, porque elas chegam muito querendo médico: “Ah eu não consigo dormir, eu não consigo fazer isso, eu não consigo fazer aquilo”. Então elas chegam muito nessa perspectiva de querer médico e medicação, eu tenho tentado informar pras pessoas a importância delas repensarem outras

coisas, outros fazeres que não seja somente focar na questão da medicação ... muitas pessoas trocam a dependência de álcool e outras substâncias pela medicação, vão buscar o tratamento pra uma determinada área e elas vão aí focar em outra, trocam uma dependência pela outra, e isso ainda é manicomial.

P10 (CAPS): (...) Outra coisa, é assim, inclusive, nessa pandemia a gente tem que ter muito cuidado com esse processo medicamentoso (...) por que todo mundo precisa de atendimento médico psiquiátrico dentro de um CAPS? precisa mesmo? Será que depois que ele se organiza não consegue ser feito o desmame da medicação, ele vai ficar dependente toda a vida, a vida toda dentro da atenção especializada ou então elevai sair de lá usando mais do que ele entrou de medicação. Então eu sempre eu tenho esses questionamentos... E isso porque em um momento hoje eu posso cair também nessa circunstância, está sendo manicomiada dentro de um CAPS, então eu sempre questiono muito isso (...)

Nota-se que o processo de desintitucionalização do sujeito em sofrimento mental, ultrapassa o âmbito material, sendo necessário uma (re)significação nas práticas de cuidado profissional e o posicionamento da sociedade como um todo (CARDOSO, 2017; ROSA; VILHENA, 2012). Cabe destacar que, o CAPS e a ESF não são capazes de superar os movimentos de exclusão e aprisionamento, pois esses serviços se encontram com um excesso de demanda, escassez de recurso e dificuldade de comunicação com os demais serviços da rede (ROSA; VILHENA, 2012).

A manutenção de uma ideia de saúde vinculada ao modelo biomédico identificado nas falas dos participantes traz, portanto, uma discussão ainda influenciada de “linguagens sociais mais hegemônicas que se configuram como estruturas cristalizadas e compartilhadas” (PINHEIRO, 2013, p. 192). Dessa maneira, as raízes de pensamentos biomédicos empregados durante muito tempo, ainda permeiam as ideias da população e dos profissionais, contextualizados com os sentidos produzidos no tempo longo (história), sendo necessária uma (des/re) constituição de preceitos do significado de doença, como parte do processo de saúde dos sujeitos e não como antítese:

A doença não está em um órgão isolado, apto a ser analisado cientificamente, é medicamente incorreto falar em órgãos doentes, tecidos doentes, células doentes. Cabe tratar da doença a partir do todo de um ser vivo. (De acordo com a análise da obra Normal e Patológico de Canguilhem (1943), escrita por Mascaro 2020, p. 10)

5.1.3 Os sentidos do processo de cuidado em saúde mental vinculado às propostas de Reabilitação BIOPSIKOSSOCIAL (RPS)

Em contraste a algumas ideologias históricas discutidas até então, as discussões acerca da realidade dos sistemas vivos na contemporaneidade ganham uma maior complexidade, buscando levar em consideração as relações desses seres com seu meio. Nessa perspectiva, na década de 1950, a Organização Mundial da Saúde publicava a redefinição do conceito de saúde como sendo um “estado de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidade ou invalidez” (SÁ JUNIOR, 2004). Este conceito buscava superar as emergentes significações individuais dos processos patológicos, uma vez que nem todos os indivíduos que possuem uma doença diagnosticada se sentem doentes (BAKES *et al.*, 2009; NARVAI; PEDRO, 2013, p.308; SÁ JUNIOR, 2004).

Assim, o processo de saúde pode ser considerado o resultado da união dos planos subindividual, individual e coletivo trabalhados em prol da promoção de bem-estar do sujeito. O âmbito subindividual se refere aos processos orgânicos e fisiopatológicos, nesse contexto o indivíduo pode estar, dentro do padrão de normalidade ou possuir uma disfunção (enfermidade/doença). Já o âmbito individual, além do fator biológico, leva em consideração as relações sociais, considerando grupos e classes sociais como influentes no processo saúde-doença. Por fim, o plano coletivo extrapola o âmbito de influências desse sujeito a grupos mais amplos como familiares, micro área, cidade, região, país (NARVAI; PEDRO, 2013, p. 308).

A nova reconfiguração do olhar perante a atenção à saúde atual necessita da incorporação do conhecimento aos acontecimentos do cotidiano da vida dos sujeitos, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Essa reconfiguração propicia meios frutíferos passíveis de intervenção, redirecionando o cuidado para a promoção de saúde (BAKES *et al.*, 2009; SPINK; MEDRADO, 2013)

No cenário da Reforma Psiquiátrica, essas percepções elaboraram-se na proposta de cuidado pautado na assistência biopsicossocial, que segundo Saraceno (1996, p.16), atua como cuidado voltado a expandir as habilidades do indivíduo, reduzir as possíveis deficiências e danos que possam surgir e fomentar a autonomia por meio de sua (re)inserção na sociedade (LUSSI; PEREIRA; JUNIOR, 2006; SARACENO, 1996, p.16-18). Significa dizer que a luta por um atendimento em saúde resolutivo, integral e humanizado para a população em sofrimento psíquico passa pelo reconhecimento de um cuidado voltado para as diferentes circunstâncias das vidas dos sujeitos.

Em congruência a essas premissas da RPS, emergiram durante as entrevistas sentidos atribuídos à proposta de reabilitação biopsicossocial representada pelos repertórios: saúde mental como promoção de bem-estar biopsicossocial e cuidado em saúde mental representada por intervenções em grupo - em busca de espaços coletivos de gestão.

5.1.3.1. Sentidos de saúde mental como promoção de bem-estariopsicossocial

O Bem-Estar é uma dimensão positiva da Saúde que integra aspectos cognitivos e afetivos (GALINHA; RIBEIRO, 2005, p. 203-214). Acredita-se que o Bem-Estar relaciona-se ao fato de que as pessoas não apenas evitam o mal-estar, mas procuram a Felicidade. Deste modo, o estudo do Bem-Estar associa-se com as novas premissas de cuidado e avaliação em saúde mental. Ou seja, “o conceito de Bem-Estar permitiu construir medidas que possibilitam uma avaliação mais fina dos indicadores da saúde mental, através de variáveis como: a satisfação com a vida, a felicidade, o afeto positivo e o afeto negativo”. (GALINHA; RIBEIRO, 2005, p. 203-214).

A concepção a reabilitação psicossocial, neste contexto, se configura como uma ferramenta para atingir o bem-estar preconizado pela OMS, uma vez que a RPS atua rompendo a dicotomia entre sujeito e seu contexto social, incorporando todos os atores responsáveis pelo processo saúde daquele indivíduo (BARROS, 2004, p.224; LUSSEI; PEREIRA; JUNIOR, 2006; VIANA; SARACENO, 1996, p.16-18). Em algumas falas os entrevistados deixaram aflorar o sentido de cuidado em saúde mental vinculados às premissas da promoção de saúde e qualidade de vida. Notando-se nas práticas discursivas a presença do conceito de saúde na perspectiva da integralidade. Ou seja, promoção de saúde como percepção de bem-estar e significações de vida para os sujeitos e seus “espaços de vida”. Demonstrando, portanto, repertórios de compreensão dos processos multifatoriais no sofrimento mental e no modo de elaborar suas práticas de cuidado com base da RPS.

E: O que vem em sua mente quando você ouve falar sobre o cuidado em saúde mental?

P43 (ESF): “Se hoje não cuidar da saúde mental, a saúde física vai ser abalada, a saúde emotiva, é... tudo vai tá abalado porque a cabeça não vai tá bem...”

P8(CAPS): Bom, o cuidado em saúde mental ele envolve diversos fatores né, diversos fatores para proporcionar um bem-estar...generalizado né, então tá ligado ai a rede de apoio mesmo né que a pessoa tem, ai varia de pessoa para pessoa né, questão de

lazer, questão familiar, questão espiritual, questão financeira então diversos fatores em busca de um bem estar generalizado.

Além disso, durante as entrevistas, alguns profissionais significaram a saúde mental como a “mãe de todas as saúdes” sendo o pilar de sustentação para a sua qualidade de vida como um todo.

P17(AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL): é..bem... o que vem na minha mente quando fala de cuidado relacionado à saúde mental costuma ser o mais abrangente possível da saúde do ser humano, eu acredito que a saúde mental é a mãe de todas as saúdes. Aqui no ambulatório, a gente recebe, por exemplo, pacientes da endócrino, da cardio, da neuro, ne?. Então, talvez, seja a saúde mental a especialidade médica. a especialidade médica, a especialidade de saúde mesmo, que a gente tantos outros profissionais, fisioterapeutas, odontólogos que se especializam no atendimento a melhora da saúde. Então é uma tendência da sociedade ta se aperfeiçoando cada dia mais em saúde mental, porque a gente sabe quanto isso é importante, principalmente... (inaudível) na época que a gente vive agora, de pandemia.

Ainda neste cenário de promoção de bem estar, a fomentação de autonomia é percebida como garantia de direitos e a reinserção social com base nos princípios de cidadania. Desta forma, a noção de cidadania, nas falas dos profissionais com base na RPS, é debatida em termos de qualidade de vida alcançadas no processo de (re)condução das relações de direitos sociais que lhes foram restringidos no modelo asilar (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015; HIRDES, 2009; RIBEIRO; BEZERRA, 2015).

P10 (CAPS): (...) o cuidado em Saúde Mental... a primeira coisa que me vem...é... cuidado e fomentar a autonomia, processos que garantam autonomia...

P11(CAPS): (...) quando me fala em cuidado em Saúde Mental é uma das primeiras coisas que me vem à mente, à cabeça, é garantia de direitos né, eu acho que é garantia de acesso e produção de autonomia, eu acho que é os pontos, assim as primeiras coisas que vem logo de cara é isso. ...é... o respeito à diferença, a promoção, a produção de autonomia, de desenvolvimento, é...e a busca ...por uma aceitação social né, e de uma compensação social do que é os problemas ditos de ordem mental psíquica e etc. Acho que o que vem a minha cabeça logo de cara é isso mais ou menos.

Nesse sentido, observa-se que a autonomia e a qualidade de vida, são atribuídas ao retorno ao convívio social com o estabelecimento de trocas nos diversos cenários sociais por

eles ocupados. Sendo essas mudanças possibilitadoras do sentimento de normalidade da saúde mental dos sujeitos em sofrimento.

P1 (CAPS): (...) Se ela consegue estar inserida no seu território, né? Conseguindo encontrar suas potencialidades, fazendo atividades em que lhe fazem bem, ter uma relação saudável com a família, com os amigos, com a comunidade. Isso também já seria uma cura (do sofrimento mental), né? (...)

De acordo com literatura a autonomia merece ser resgatada como um valor fundamental, mas não absoluto. Visto que, necessita intermediar as expectativas dos sujeitos em sofrimento e as práticas de cuidado construídas com os profissionais de saúde. Por isso, o respeito à autonomia do sujeito, mesmo que signifique interrupção ou renúncia terapêutica, é um elemento fundamental para a compreensão do debate bioético entre cuidado, respeito e cidadania. (PERUZZO-JÚNIOR, 2017)

Dentro dessa mesma perspectiva, um dos profissionais entrevistados, apontou que: o comportamento de um sujeito, independente do estado psíquico que se encontre, tem um sentido para estar ali, ou seja, é a forma do indivíduo estar no mundo.

P11(CAPS): Então o fato não é ser doentio não, o fato é você entender aquele fenômeno e tentar trabalhar ele, de forma que você faça com que o indivíduo eletenha, mais, como já disse antes, mais autonomia e sentimento de liberdade, né? Sentimento de possibilidade de viver aquilo que ele acha que é significativo, né? Oque ele acha que é importante para ele, né? (...)

Segundo Vecchia & Martins (2006), para a promoção de saúde é importante reconhecer que a comparação da vida anterior com os momentos de crise está vinculada a percepção de mudanças nos perfis de trocas sociais e de autonomia vivenciados pelos sujeitos. Assim, todos os processos vividos potencializam a importância de pensar a saúde mental sob uma perspectiva de promoção de emancipação e bem-estar, capacitar o sujeito para enfrentar as situações e se reconhecer como autor principal da própria história.

P11(CAPS): Qualquer comportamento que ele se mantém, ele tem uma função de estar ali. Então a gente entende que existe um repertório desse indivíduo, existe uma forma desse indivíduo se mover, se atuar no mundo (...) assim como eu tenho a minha forma de falar, minha forma de articular, minha forma de lidar com as pessoas, eles desenvolveram, aquelas pessoas em sofrimento, desenvolveram aquelas formas de lidar com eles, com o mundo, com as emoções deles, com o mundo deles.

Além disso, os sujeitos da pesquisa, assim como Saraceno (1996), também trouxeram em suas falas sentidos de cuidado em saúde mental voltados para a comunhão com o hábitat, rede social e laboral do indivíduo (BABINSKY; HIRDES, 2004; GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015; HIRDES, 2009; RIBEIRO; BEZERRA, 2015).

P11(CAPS): (...) eu acho que assim, qualquer espaço ele pode ser aproveitado... desde uma quadra, até uma academia da saúde que fica na praça... até um uma praça enfeitada na época natalina... Tudo isso tem potencial terapêutico se souber utilizar... um museu, uma biblioteca, uma escola, um centro de cultura, até um shopping mesmo... qualquer lugar desse... qualquer lugar pode ser utilizado como potencial terapêutico.

P3 (CAPS): Eu acredito que todos os espaços onde a vida das pessoas daquela comunidade acontecem, acho que não dá pra afirmar, até porque cada comunidade é muito peculiar é... e eu acredito que isso só consegue ser definido se agente... realmente está próximo da comunidade... e ...aprender junto com ela, quais são os espaços em que a vida dali acontece...isso pode ser qualquer espaço né, uma igreja, pode ser um comercio, uma associação de bairro, uma praça, uma ciclovia... enfim... o que é muito interessante desse trabalho é porque.. (expressão de felicidade)... é vivo realmente né?.. pode ser qualquer lugar em que as pessoas tenham uma inserção e a vida aconteça de verdade!

O habitat para Saraceno (1996, p.16-18) seria um local possível para se observar as necessidades materiais e afetivas de um indivíduo. Sendo assim, a moradia de um indivíduo não necessariamente corresponde a um local de trocas, se ele não a reconhecer como seu habitat (VIANA; BARROS 2004, p. 224). Uma nova vertente para ser elencada no processo de cuidado no habitat, neste contexto, seria a ambiência.

A ambiência em saúde é conceituada como o “tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010). Dessa maneira, o ambiente em que o indivíduo está inserido emite estímulos que podem modular sentimentos distintos por meio de seus elementos básicos, como: cores, grau de luminosidade, temperatura e decoração. Além disso, a ambiência não se limita ao espaço físico, mas também o efeito moral que esse espaço induz nas pessoas (BESTETTI, 2014; BRASIL, 2010; RIBEIRO; GOMES; THOFEHRN, 2014).

A ambiência é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (Brasil, 2010) a partir da qual se insere a discussão do espaço em sentido ampliado, imprimindo uma nova lógica na organização espacial pautada na indissociabilidade entre produção de saúde, de subjetividade e do espaço. Nesta perspectiva, a ambiência é tratada como meio de se proporcionar um cuidado mais humanizado ao usuário, atuando em três eixos norteadores: construção de espaço que vise à confortabilidade, à produção de subjetividades, e que possa ser utilizado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho. A confortabilidade está vinculada a melhor qualificação dos espaços, com cores, cheiros, iluminação e som para gerar um espaço acolhedor. Já a subjetividade visa agir e refletir sobre ações que busquem a integralidade e inclusão naquele ambiente. Por fim, o ambiente como ferramenta facilitadora do trabalho busca atender as expectativas dos usuários e trabalhadores quanto ao ambiente que almejam estar (BESTETTI, 2014; BRASIL, 2010; RIBEIRO; GOMES; THOFEHRN, 2014). Nas falas, as percepções da ambiência encontraram significados, tanto nos serviços, como nas comunidades, como potencializadores de cuidado vinculados à confortabilidade e à capacidade terapêutica da por meio das atividades desenvolvidas.

P11(CAPS): Então assim, espaços específicos, lugar específico assim dentro da atenção primária, é como eu falei, eu não vou saber lhe responder né. Mas eu acho que assim, qualquer espaço ele pode ser aproveitado né... desde uma quadra, até uma academia da saúde que fica na praça... até um uma praça enfeitada na época natalina... Tudo isso tem potencial terapêutico se souber utilizar, tudo isso tem... um museu, uma biblioteca, uma escola, um centro de cultura, até um shopping mesmo... qualquer lugar desse... qualquer lugar pode ser utilizado como potencial terapêutico. Inclusive em um dos CAPS tem uma colega que faz um trabalho acho que de fotografia, que ela trabalha com os usuários registrando acho que cenas urbanas ou espaços de vivência deles... então eles tiram fotos assim aleatórias da rua deles, do bairro, coisas que são significativas para eles ali... parece-me que é mais ou menos assim. Então você vê que se tiver o interesse, a disponibilidade né, e a ideia pra ser plantada, a semente ser plantada tem muito que fazer.

Segundo Amaral (2007, p.6) existem diversas modalidades de grupos/redes sociais que podem ser trabalhadas como potenciais para o cuidado dos sujeitos. Esses grupos podem ser classificados em primários e secundários. Os primários são constituídos mediante as necessidades básicas dos indivíduos, relacionados à formação de sua identidade e composta

por vínculos afetivos e interpessoais fortes. A família é um exemplo de grupo primário. Já os grupos secundários são elaborados de necessidades sistêmicas relacionadas a interesses do indivíduo, como conselhos de classe e grêmios estudantis.

As práticas discursivas dos profissionais, neste contexto, percebem que esses grupos primários e secundários configuram-se como meio fértil de práticas de promoção de saúde mental. Uma vez que o convívio social e a formação de laços afetivos são fundamentais nesse processo. Bem como, identificam que esses encontros trabalham as relações de intersubjetividade dos sujeitos, proporcionando um olhar mais apurado as singularidades desse indivíduo (LIMA, 2011, p. 121-125).

P15(CAPS): (...) eu entendo a saúde mental de maneira muito transversal e esse cuidado...nas nossas relações diárias. A gente, às vezes, especializa muito o cuidado em saúde mental, mas qualquer pessoa pode ser agente de saúde mental, né?. Então nas nossas relações diárias, de tempo pro outro, de escuta, de encontrar soluções para coisas do dia a dia, de pessoas que não tem sofrimento mental, mas também aquelas que tem sofrimento mental, que tem algum tipo de sofrimento mental e que a gente precisa dar uma atenção legítima, não é uma atenção de peninha nem de “ah é especial”... mas uma atenção como cidadão, como ser.

Destarte, os sentidos produzidos neste repertório pelos profissionais apontaram que é possível estabelecer práticas de cuidado em saúde mental significativas tanto para o sujeito quanto para os seus espaços de vida/comunidade. Sendo, neste contexto, a RPS, uma prática para a (re)significação do cuidado em saúde mental, pensando no sujeito integral, conforme continuaremos a significar no próximo repertório (VECCHIA & MARTINS, 2006, P. 159-168).

5.1.3.2. Singularidade do cuidado em saúde mental representada pelas intervenções em grupos - em busca de espaços coletivos de gestão

No processo de (re)elaboração da história da loucura no mundo, o modelo de assistência pautado nas intervenções em grupo foi o principal manejo associado ao êxito terapêutico. Como exemplo temos Maxwell Jones (1941-44) (considerado o pioneiro no cuidado antimanicomial) o qual tratou ingleses ex-prisioneiros de guerra e com a experiência que obteve observou a necessidade de trazer a terapêutica para o âmbito social, a ideia de comunidade terapêutica, pautada em uma instituição configurada como comunidade, possibilitando o exercício da aprendizagem social que promove o vencimento de barreiras e

permite o relacionamento dos pacientes com as pessoas que podem ajudá-los. A terapêutico modelo se estabelece no envolvimento entre paciente, familiares e equipe (CÉZAR; COELHO, 2017).

No Brasil, no cenário dos serviços substitutivos da RAPS e na ESF, esta ferramenta apresenta sua importância no processo de RPS, uma vez que permite o convívio entre os usuários e profissionais e gera debates sobre as práticas do cuidado na busca de solução de problemas individuais e coletivos de forma significativa para todos os envolvidos.

Nesta pesquisa, os grupos terapêuticos surgiram nas falas como um recurso potencializador de vínculo, mobilização e transformação. Sendo, portanto, uma estratégia que viabiliza a proposta de construção de cidadania e reinserção social dos sujeitos em sofrimento mental.

P42 (ESF): Agora não por conta da pandemia, mas tem práticas, terapias em grupo, atividade física é uma delas, quando a gente consegue reunir um grupo pra fazer uma atividade com educador físico, isso estimula o próprio paciente a diminuir o pensamento da doença dele é... mental, ele consegue ocupar a mente dele com alguma coisa, antigamente dava pra gente conseguir fazer, às vezes os próprios pacientes ensinando uns aos outros fazendo oficinas de trabalho artesanal, fazendo meio de contar história, cada um conversar sobre a própria patologia pra que o outro entenda, e ver, ter uma visão de fora do problema dele (...)

Esses grupos já foram alvo de estudo de vários pensadores e algumas teorias foram propostas para se justificar os resultados positivos encontrados nessa modalidade terapêutica. Lewin (1978), criador do termo “dinâmica de grupo”, relaciona esse sucesso à possibilidade de alteração comportamental proporcionada pelo pioneirismo de um componente desse meio que influencia os demais componentes nessas atividades. Já Moretto (2010) acredita que essas dinâmicas desencadeiem um processo de autocritica a partir dos outros componentes do grupo, no que o autor denomina como “função espelho” e também cita o fenômeno em cadeia fomentado no grupo que gera um elo entre seus participantes. Essas duas perspectivas afloraram nos discursos de alguns profissionais.

P39(ESF): Esse atendimento mesmo de conversa, porque pelo que eu vi pelos grupos que teve eles desabafam mesmo, coisas que eles não conversavam com ninguém conseguia contar para essa pessoa. Uma pessoa que entende, né? Começa a puxar conversa com eles.(...) Então isso aí é uma coisa que iria tirar eles de dentro das 4 paredes deles, eles iam e sabiam que não era só eles que estavam passando pelo

sofrimento, mas que tinha também outras pessoas passando e compartilhava ali aquele momento, chorava, e tal. Era muito bom.

Observa-se, também que, na percepção dos profissionais, a psicoterapia de grupo vem se tornando uma prática fundamental nos serviços de atenção biopsicossocial, por tratar-se de uma estratégia de baixo custo que possibilita aumentar o universo de sujeitos assistido nos serviços. Uma vez que a sua aplicabilidade é compatível com diversas patologias, esta proposta pode ser utilizada em diferentes contextos, o que garante sua aceitação pelos sujeitos envolvidos (profissionais e usuários dos serviços) (VALLADARES, 2003).

PI(CAPS): (...) Inclusive, os grupos de pais, eu considero que tem uma efetividade incrível, porque trabalhar com criança e adolescente é trabalhar a família né, eles são simplesmente um reflexo assim do ambiente familiar. E aí, quando a gente dá algumas orientações de manejo né, de práticas mesmo, disciplinares, de atividades de lazer, de contato mesmo com a criança, a gente já... já observa essa melhora muito significativa e eles percebem “poxa vida né, eu posso fazer alguma coisa para melhorar essa realidade não é só o remédio que vai me ajudar”.

No entanto, este mesmo profissional, discute a respeito dos entraves existentes na construção destas práticas grupais. Apesar do reconhecimento da importância das atividades de grupos no processo de cuidado em saúde mental, em alguns momentos acabam significadas como complementariedade do tratamento medicamentoso, indicando uma transitoriedade de tempos longos e vividos nos discursos. Esta situação contrapõe as percepções a respeito das práticas de cuidado biopsicossociais em saúde mental, nas quais as atividades de grupo assumem o protagonismo no contexto social e o tratamento medicamentoso é entendido como uma das últimas alternativas.

PI(CAPS): Infelizmente ainda tá muito preso a esse olhar hospitalocêntrico e a necessidade da medicação mesmo. Inclusive quando a gente vê que esses grupos que são ofertados pelo NASF eles muitas vezes tem uma adesão muito baixa né pelo que deveria ter. Inclusive no CAPS né, que já é um ambiente né, de cuidado em saúde, especializado, mas onde a gente tem as oficinas né, de outras atividades, tem os grupos e que muitas vezes são pouquíssimo valorizados né, então quando a gente fala assim “tem atendimento médico” ninguém falta, mas quando é para atividade em grupo a gente chama lá 50 vem 15 (risos), então infelizmente a adesão ainda é muito baixa né ... acho que falta um pouquinho disso mesmo, da compreensão do que que é

saúde mental né, de como essas coisas também influenciam na saúde mental no bem estar né psíquico.

Dessa forma, nota-se a necessidade de refletir acerca do modo de fazer e significar as práticas de cuidado grupais no cenário da RPS, visto que, dentro do paradigma da desinstitucionalização, essas atividades grupais deveriam assumir um papel importante enquanto espaços de produção psíquica dos sujeitos, para sustentar a colocação destes na sociedade (a família, a cultura, o mercado de trabalho).

Destarte, “lançar um olhar ao desenvolvimento de atividades grupais também se torna válido porque se propõem ao manejo de algo com o que o indivíduo constantemente se depara: o fato de que na maior parte do tempo, necessariamente, interage e convive com/em diversos grupos”. (MENEZES & PEGORARO, 2019, p 3)

5.2 OS SENTIDOS DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O itinerário terapêutico do cuidado não visa somente o processo de medicação e psicoterapia, mas atua a partir das subjetividades nos cenários ocupados, com ampliação de novos arranjos de cuidado, mais humanizados e menos estigmatizados (SARACENO, 2001; GERHARDT, 2007). Este fato, como discutido nos sentidos da categoria anterior, está associado à existência de uma transição entre a análise das narrativas e as representações sociais do adoecimento mental dos sujeitos na sua comunidade (ROCHA, 2016).

Nesta premissa, a comunicação adequada entre as equipes e o conhecimento do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial é à base de um fluxo de atendimento em saúde mental de qualidade. Todavia, essa assistência ainda mantém grandes impasses, visto que ainda hoje os profissionais não estão adequadamente capacitados para atuarem no campo da saúde mental na Atenção Básica da Saúde (ABS) (SOUZA; SANTOS, 2014).

Diante disso, os sentidos produzidos sobre as percepções profissionais da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica a respeito do papel da Estratégia de Saúde da Família na produção de cuidado em saúde mental, se apresentaram em duas subcategorias: ESF como espaço potente de cuidado em saúde mental e os percalços do cuidado em saúde mental na ESF.

5.2.1 ESF como espaço potente de cuidado em saúde mental

O direito à saúde é uma prática social inerente à condição humana, cuja manutenção deve embasar-se na garantia de acesso universal a assistência em serviços de saúde de qualidade, embasados em práticas biopsicossociais e culturais (PINHEIRO; MATTOS, 2005). O empenho para a garantia do direito à saúde aponta para o processo de cidadanização. Este empenho é o ato de dar garantias formais devidamente exercidas pelos atores sociais em seu cotidiano (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2011).

Conforme discutimos na categoria anterior, a gestão do trabalho na saúde apresenta o desafio de compreender as ações da produção de cuidado em saúde. Uma relação pactuada entre os atores sociais (profissionais e comunidade) deve ser estabelecida para que as demandas e necessidades identificadas gerem práticas polifônicas de cuidado integral (PINHEIRO; MATTOS, 2005). O processo de cuidado integral à saúde, desta forma, é realizado quando as ações das equipes consideram as dimensões subjetivas, a singularidade e a visão de mundo do indivíduo (BRASIL, 2013a).

Neste contexto, a proposta da ESF, porta de entrada da Atenção Básica, surge como importante elemento estruturante da assistência à saúde integral, por abranger em sua configuração ferramentas que dão aporte à prática das equipes. A atenção contínua e integral incorporada às práticas da ESF, no território, permite que os serviços de saúde abarquem as necessidades da comunidade adscrita (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Destarte, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como atores estratégicos para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso problemático de Álcool e Outras Drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Além disso, observa-se que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, por vezes atuando como entrave de adesão às práticas preventivas ou orientações voltadas para condições de vida mais saudáveis. Nesse sentido, torna-se cada vez mais importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (SOUZA; SANTOS, 2014).

Com base nessa proposição do papel da ESF no cuidado em saúde mental surgiram três repertórios interpretativos principais: A ESF como sinônimo de cuidado no território-interface entre saúde mental, território e estratégia de da saúde família; O Agente Comunitário como elo para cuidado integral - comunicação positiva; A saúde mental presente nos adoecimentos orgânicos.

5.2.1.1 A ESF como sinônimo de cuidado no território - interface entre saúde mental, território e estratégia de da saúde família

A vigilância da saúde, modelo que visa à atenção integral em saúde, a partir da ampliação do conceito de saúde, envolve lidar com os determinantes dos problemas de saúde, trazendo à tona e percepção das necessidades dos ‘espaços da saúde’ em detrimento de um serviço pautado somente nos processos de adoecimento (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Para que os serviços de saúde possam afirmar-se como “espaços de promoção de saúde”, observa-se a necessidade de um processo de construção social de mudanças nos conceitos do processo de saúde/doença e nas práticas de cuidado (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Nesse sentido, o território na perspectiva da vigilância da saúde, torna-se o pilar fundamental para a reorientação do processo de trabalho. Pois são estes espaços onde se define as prioridades e necessidades de saúde dos indivíduos; além de estabelecer quais são os recursos necessários para solucionar essas necessidades - embasados na oferta de ações de promoção, prevenção e reabilitação (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

A territorialidade deve trabalhar com o mapeamento do espaço de vida, visando à implementação de práticas de saúde que contribuam para uma ação planejada e significativa para as complexas desigualdades existentes nas áreas de cobertura dos serviços de saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009). Durante a pesquisa surgiram falas dos serviços especializados que denotam a percepção sobre a importância desses serviços territorializados (ESF) como espaços de relação dialógica de cuidado potente.

P3 (CAPS): (A ESF) De prevenção e de promoção, então de promover mesmo espaços de conversa, promover espaços de ressignificar algumas coisas (...) ações de promoção mesmo! De rever projeto de vida como lidar com certas questões de violência que são recorrentes em certo lugar (...) pensar e compreender melhor essa questão de cidadania (pausa) de uma forma ampla mesmo (...) eu acredito que o ideal seria realmente a gente pensar em o indivíduo como um todo nas nossas ações e isso inevitavelmente vai envolver a saúde mental como promoção também.

P5 (CAPS):(...)você tem uma atenção básica como um espaço fundamental de detecção e de identificação desses casos né, o sentimento de pertencimento que uma comunidade tem em relação a sua unidade básica e a sua equipe que é aquela equipe que ta no território todos os dias, é valiosíssimo (...) E aí a partir dessa identificação desses primeiros cuidados, desse primeiro processo de vinculação vem justamente nós

enquanto componente especializado, que são os serviços de cuidado especializado, mas que são estratégicos, na verdade(...)

As falas destes profissionais demonstram a concepção desses espaços, além de lugares geográficos; mas como locais de pessoas, de instituições, onde o dia-a-dia de usuários e de familiares se desenvolve. Sendo, a ESF percebida, assim como na literatura, como um espaço de referência e de cuidado, promotor de vida, com o fim de garantir o direito à cidadania e a inclusão social da comunidade (BRASIL, 2015).

Neste processo há uma consonância dialógica na produção de sentidos do território como lugar de práticas de cuidado em saúde integral. Visto que, ao analisar as vozes dos sujeitos pertencentes ao lugar de práxis (os profissionais da ESF), observa-se que os enunciados da temática permeiam os mesmos sentidos de potencialidades da APS que os sujeitos do serviço especializado.

P40 (APS): Acho muito que a gente tem um papel fundamental e acho que a gente tem um poder enorme, porque a gente tá perto da família, dessas famílias desassistidas e a gente tá perto desse paciente. Então eu acho que assim tem pacientes que não vão ao CAPS, eles vêm aqui, eles avisam lá: oh, eu não quero tá aqui, eu quero ir na unidade. Então a gente já tem esse vínculo com eles (...)

Neste cenário, o acolhimento surge, nas falas dos profissionais da ESF, como uma estratégia fundamental para o cuidado em saúde mental ao promover a mudança do processo de trabalho de forma a suprir a demanda desses casos no serviço de atenção básica. Permitindo um redirecionamento das ações, em uma responsabilidade compartilhada por toda a equipe, criando a integração de saberes e práticas, obtendo a buscada resolubilidade. De acordo com Minóia e Minozzo (2015), o acolhimento no território tem, portanto, a sua importância na reestruturação das dinâmicas de recepção e de atendimento aos usuários com grave sofrimento psíquico na APS, possibilitando a reestruturação dos serviços de saúde.

P26 (ESF): (...) Mas eu acho que eu pelo menos faço o máximo pra ele poder ser acolhido, escutado e talvez até já iniciar o tratamento, na maioria das vezes, claro. (...). Aqui, pelo menos no primeiro mês eu consigo ver novamente... deu bem com a medicação? (...) Eu acho que talvez o acesso seja um pouco mais fácil (...)

P31 (ESF): Pessoas que vem com os seus problemas, traz aqui pra dentro do posto muitas vezes, a gente tem que estar preparado né. (...). Vai ajudar ela com uma palavra, uma boa palavra, pra animar, fortalecer (...)

P36 (ESF): (...) a Unidade de Saúde acaba sendo assim essa porta onde a pessoa chega, muitas vezes ela pode falar comigo, pode falar com o médico, pode falar com a dentista, sei lá, algum profissional que ela tiver a oportunidade, de algum transtorno que ela tem, alguma dificuldade, e a gente já tem essa percepção né, que a gente já pode até direcionar, encaminhar essa pessoa pra poder fazer um atendimento.

Para Bakhtin (1994 apud Spink e Medrado 2013, p. 191) “a fala (parole), que tem na enunciação o produto da interação entre falantes (...) a enunciação é de natureza social, sendo expressa pela pessoa por meio de palavras e sentenças, que se articulam em ações situadas”. Desta forma, este repertório interpretativo da APS como sinônimo de cuidado no território produz seus sentidos congruentes a partir de vozes de sujeitos de diversos cenários. Fato este que permite a elaboração do espaço da APS como potente ao possibilitar a percepção da necessidade de uma longitudinalidade de cuidado a partir do território. Longitudinalidade, aqui se configurando como uma relação de longa duração entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços; através de práticas de cuidado em saúde que vise à promoção de vínculo a partir de fortes laços interpessoais em mútua cooperação (STARFIELD, 2002).

Quando uma equipe da APS presta cuidados para um paciente em sofrimento mental, desde transtornos leves até os mais graves, ela está fortalecendo o vínculo com o usuário promovendo a longitudinalidade. Além de permitir a atenção integral à saúde pautado nas reais necessidades da população, o que colabora para redução do estigma relacionado aos problemas de saúde mental (CAMPOS JUNIOR, 2013).

Destarte, os sentidos produzidos acerca desta temática permitem identificar vozes dialógicas entre os diversos serviços acerca da importância dos espaços de vida para promoção de saúde integral. Além de direcionar as necessidades de elo entre a comunidade e os trabalhadores para a longitudinalidade do cuidado. Fato este, que nos direciona ao próximo repertório interpretativo voltado para signos do Agente Comunitário de Saúde.

5.2.1.2 O agente comunitário de saúde como elo para cuidado integral - comunicação positiva

Em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) surgiram como uma categoria indefinida que não “fazia parte” da equipe de saúde, com o intuito de serem educadores permanentes e elos entre

os serviços de saúde e a comunidade. Apenas em 1997 foi publicado um documento que versava sobre as funções fundamentais dos ACS. Em 2002 o ACS virou uma profissão a qual teve suas atribuições regulamentadas por meio de uma medida provisória no ano de 2006 (BARROS, 2010).

O próprio citar da ação do ACS já demonstra o seu papel fundamental, evidente pelo fato dos indivíduos que habitam uma determinada área receberem pelo menos uma visita desses trabalhadores (LANCETTI, 2008). Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 fica evidente o papel de elo com a comunidade nas atribuições dos ACS, visto que este desenvolve ações com o fim de integrar a equipe de saúde e a população adscrita à ESF, o que possibilita o contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas em saúde.

Além disso, os ACS's são atores sociais chaves na produção de saúde mental, pelo caráter paradoxal da sua condição, visto que são simultaneamente membros da comunidade e partícipes da organização sanitária. Devido ao compartilhamento da mesma realidade, o ACS é significado, pelos profissionais, como um mediador entre o serviço e comunidade, a partir de uma comunicação interpessoal efetiva, na qual os usuários identificam-se com esse profissional.

P5 (CAPS): (...)o agente comunitário de saúde o próprio PACS o programa de agente comunitário de saúde, ele surgiu justamente por demandas de saúde mental, a importância do agente comunitário de saúde é imensa dentro da atenção básica, são as pessoas que passam da soleira da porta e que vão lá duas, três vezes por semana e que às vezes podem até mais, são pessoas que ele tem sentimento de pertencimento, (...) porque o meu agente comunitário é meu vizinho, o meu agente comunitário mora aqui na minha rua de trás, o meu agente comunitário às vezes é meu familiar, é alguém que eu reconheço como parte do meu do meu território existencial (...)

No cenário da assistência à saúde mental, os ACS's estão articulados com a clínica da saúde mental com o fim de reduzir internações psiquiátricas, agravos violentos como suicídio e homicídio, e implementar uma subjetividade cidadã e livre (LANCETTI, 2008). Essa relação se estabelece dentro dos parâmetros que a Reforma Psiquiátrica foi estabelecida, permitindo que esses façam a identificação e acompanhamento dos casos, operando, assim, a continuidade do cuidado/longitudinalidade (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012). Desse modo, nas entrevistas do serviço especializado, a articulação com os ACS evidencia o papel dos mesmos como atores na atenção em saúde mental, pela vantagem de criar vínculos e contatos nos espaços de vida.

P1 (CAPS): (...)a gente consegue trabalhar bastante com os ACS, eu em particular né consigo ter essa... esse contato então assim, sempre que é uma família, que é de mais difícil acesso, que às vezes a gente não entendeu muito bem que que tá acontecendo, a gente sempre busca o contato do ACS né, vai na unidade e pede para o enfermeiro e aí com o ACS a gente consegue (...) ter um olhar bem aprofundado, porque ele tá ali na realidade da família, conhece muito melhor a realidade da família, o contexto social, como é que aquela comunidade vive.

Contudo, essa potencialidade pode está ameaçada pela publicação da PNAB de 2017. Dentre outras mudanças modificou-se o número mínimo de ACS de 4 (quatro) para um número indefinido, podendo ser apenas 1 (um) ACS por equipe, além de promover a possibilidade de aumento de suas atribuições, como, por exemplo a sugestão de unificar suas ações com as dos Agentes Comunitários de Endemias (ACE), com a Vigilância em Saúde sendo incorporada pela Atenção Primária.

Todas essas alterações garantem uma arbitrariedade que possibilita que os gestores optem por manter os ACS ou minimizar a sua importância na APS, gerando retrocessos que impactarão na qualidade do cuidado estabelecido tanto na saúde em geral, quanto na mental (BRASIL, 2017). Nesse sentido, a seguinte fala adentra na problemática relacionada ao número de ACS por área dentro do serviço, de encontro a PNAB supracitada, gerando sobrecarga de trabalho o que impossibilita o cuidado em saúde e em saúde mental:

P7 (CAPS): (...)a efetividade do papel do ACS que é muito importante, eu acho que o papel do ACS é muito importante na comunidade, porque ele é que vai dar o feedback e ele não tá dando conta porque são poucos pras áreas que tem, eu falo porque eu conheço eles que andam reclamando, falando 'eu não consigo, eu ando muito, a receptividade não é boa', pessoal já não tá mais querendo abrir a porta não fazem o serviço a contento, não leva, muitas vezes o médico, a área é grande também, o médico não consegue visitar todos os pacientes, diga-se de passagem pra fazer o trabalho dele bem feito(...)

Todas as ações que são desenvolvidas nas famílias e na comunidade são acompanhadas pelo ACS (TOMAZ, 2002). Diferente dos outros profissionais, os ACS estão nas ruas, podendo ser alvo de inúmeras intempéries associadas ao estresse por atuarem na criação de vínculos com a comunidade que assistem (BARALHAS; PEREIRA, 2013). Assim, a desconfiguração das condições de trabalho e ausência de um treinamento qualificado podem

surgir como uma ruptura neste elo tão significativo para o cuidado, conforme identificado na fala a seguir.

P9 (CAPS): Os ACS eles são muito prontos em falar pra gente, como é a família e tal, mas eles têm muito uma restrição, eles não gostam de fazer uma visita conjunta com a gente né. Eles têm medo de prejudicar o relacionamento deles com aquela família, e aí é... a gente vê muito essa questão de medo, de insegurança, tipo assim: 'a família não pode saber que eu falei nada assim pra vocês e tal.' E aí, é.. a gente acaba tendo entraves nesse relacionamento, de confiança, de segurança, de trabalhar juntos, porque eles assim, sempre (estão) trabalhando nos bastidores. (...)

Pelo fato de possuir maior proximidade, incluindo frequentar o domicílio dos usuários, os ACS estão mais implicados na vida privada dos indivíduos e por isso necessitam exercer mais o princípio ético da confidencialidade. Os resultados da pesquisa de Seoane e Fortes (2009) revelaram que os usuários possuíam maiores receios de confidenciar a sua vida quando se relacionava às doenças estigmatizadas, devido ao preconceito que ainda existe acerca dessas enfermidades. Esse resultado vai ao encontro da fala acima, na qual o sujeito participante da pesquisa, refere que em algumas situações o compartilhamento de informações pode ocasionar a quebra do vínculo entre os ACS e usuários.

Neste contexto, os trabalhadores (ACS) precisam estar capacitados para esclarecer a sua função nos serviços de saúde, que é adverso à função de controlar, reprimir ou de ser um Agente da Justiça (PAULA et al, 2014).

Por fim, os sentidos dos ACS como elo para o cuidado integral tangenciaram nas falas dos próprios Agentes de Saúde o processo de transição vigente entre o tempo longo e o tempo curto de suas práticas. Sendo possível perceber, em alguns momentos, um fazer voltado para o modelo biomédico de cuidado, com ações, muitas vezes, encaminhamentos para o atendimento médico e para a prática de renovação de receitas.

P34 (ESF): como é que eu ajudo? Eu passo o caso para a médica ou para a enfermeira ou para a triagem né que é as técnicas de enfermagem as meninas passam para a médica quando eu não consigo falar com a médica passam para a médica. A médica pede para a gente agendar uma consulta. Quando não agenda a consulta à gente traz a receita, é mudada a receita, e a gente entrega para a paciente para poder pegar a medicação delas.

Por outro lado, os ACS quando questionados sobre o seu papel no cuidado em saúde mental na Atenção Primária caracterizaram suas ações como voltadas para o cuidado pautado

no afeto e no uso das tecnologias leves, segundo Mehry (1997). Porém em alguns momentos, ocorrendo a não reconhecimento dessas práticas como atividades em saúde mental concretas.

P38 (APS): Pra falar verdade (...) a gente não ajuda em quase nada... o que a gente ajuda, a parte da gente que a gente faz é fora daqui... às vezes sentam pessoas para conversar com a gente, fala sobre a vida, o que tá se passando, entendeu? A gente dá aquele cuidado, a gente conversa, dá conselhos... eu mesmo cheguei...dou vários conselhos para várias pessoas da minha comunidade(...). No serviço mesmo eu acho que a gente ajuda muito... a gente é tipo um psicólogo... sem formação, informação (...).

Para Spinoza (2009) o afeto é entendido como as afecções do corpo que eleva ou diminui a potência de agir. Dentre as tecnologias utilizadas no cuidado, as leves configuram-se como a das relações, tais como acolhimento, vínculo e atenção integral, como gerenciadores das ações de saúde. O vínculo se estabelece tanto na responsabilização pela área adstrita, quanto por meio de uma relação que gera "laços", entre os profissionais da saúde e os usuários. Enquanto que o acolhimento aponta para a estratégia que deve ser estabelecida na atenção, pautadas na humanização (COELHO; JORGE, 2009).

O ACS atua sob as lógicas do "agir tecnológico" e do "agir comunicativo" permitindo operar os atos assistenciais, na geração de espaços de fala e escuta qualificadas e acriação de vínculos afetivos e efetivos. Dessa forma, ele lida sob a tensão de duas pontas: uma pautada no sentido da produção de procedimentos como demonstração de cuidado e outra com práticas centradas nas necessidades do usuário privilegiando as tecnologias relacionais. Essas duas realidades convivem de forma simultânea no agir do ACS, permitindo que este repertório se reproduza não apenas como elo para o cuidado em saúde mental, mas para a integralidade dos sujeitos (FERREIRA, et al., 2009).

Portanto, a percepção da potencialidade da AB no fazer em saúde mental até aqui apresentadas, permite que a discussão acerca da integralidade do cuidado em saúde esteja pautada na clínica ampliada. Sendo está voltada para a ressignificação dos processos de adoecimentos tanto físicos e/ou psíquicos, conforme observamos, a seguir, no último repertório desta categoria.

5.2.1.3 A saúde mental presente nos adoecimentos orgânicos

Como já apresentamos, para Organização Mundial da Saúde, a saúde representa-se por um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas ausência de doenças. Este

conceito evoluiu trazendo uma saúde ampliada que envolve condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso aos serviços de saúde, conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil, em 1986 (BACKES et al., 2008, p. 112).

Todavia, mesmo que a saúde seja significada como um fenômeno/fato (biopsicossocial), constantemente é encontrada na linguagem ordinária e científica como um objeto-conceito consumado, desprovido de possibilidade (saúde como ausência de doença). Essa visão reducionista como um objeto-conceito faz emergir um problema para as percepções de saúde; pois a transforma em um simples objeto. Desta forma, este olhar ontológico cria a máxima negativa sobre a saúde como ausência de doença (COSTA; BERNARDES, 2012).

No entanto, sabe-se que a saúde escapa aos ditames científicos quando se equipara à vida como potência de permanente invenção de modos do existir. Dessa forma, a doença não impede o viver, pois há formas de viver concomitante à doença (COSTA; BERNARDES, 2012). Nesse sentido uma profissional da APS relatou a importância da avaliação do lado psicológico do paciente no cuidado integral, porém, ainda, prevalecendo à dicotomia entre a mente e o corpo em sua fala:

P43 (ESF): O que vem na minha mente... tem que ser uma ação primordial né, porque sem a saúde mental não tem saúde física, nada mais funciona, tem que vim sempre em primeiro lugar.

Muitos autores ao longo da história dissertaram acerca dos conceitos de saúde e doença na dicotomia entre a mente e o corpo. Descartes em sua obra prima “Discurso sobre o método” (1637) discute esta dicotomia a partir da premissa de reconhecimento da existência do ‘Ser’, pelo seu processo de pensar. Compreendendo, o homem, como uma substância cuja essência consistia nesse exercício mental, sendo o plano material, o corpo, obsoleto para tal.

Os sentidos de temporalidades contidos nos discursos dos entrevistados, de acordo com o Construcionismo Social, expressam vozes dialógicas de signos novos e antigos de uma temática. Desta forma, nota-se nas entrevistas que a percepção dual de corpo e mente discutida por Descartes pode sofrer renovações com novas “molduras” para serem utilizados em novos diálogos (SPINK, MEDRADO, 2013).

A participante da pesquisa acima citada expressou vozes do tempo longo (re)significados pelo tempo vivido e apresentados no tempo curto, visto que expressou concepções anteriores da divisão entre mente e corpo, aliadas à importância do cuidado e à

dimensão psicológica da pessoa. Contudo, percebe-se a priorização da mente em relação ao corpo, que conduz uma polissemia do discurso acerca do tema debatido.

Groddeck (2011), um dos fundadores da psicossomática, refuta essa dissociação alegando que o corpo e a alma coexistem em uma relação dependente, na perspectiva das doenças orgânicas como um todo, não só no âmbito das “doenças nervosas”. De modo que, alterações na dimensão corporal podem se seguir a métodos psicoterapêuticos assim como alterações psíquicas podem surgir em função da prática de procedimentos físicos como cirurgias e uso de fármacos. Assim, mudanças orgânicas e psíquicas concomitantes irão surgir em todos os cenários da rede, conforme significado nas entrevistas de profissionais do serviço especializado:

P20 (ambulatório de saúde mental): Quando ele chega lá com a queixa muitas vezes vem encaminhamento do psiquiatra quando ele percebe, eu vejo o que tá por trás daquela queixa dele, seja uma simples insônia ou até mesmo uma depressão recorrente de muitos anos, eu vejo ele como um sujeito mais amplo né, inserido na família no contexto social. E muitas vezes aquela queixa... Eles chegam de encaminhamento do posto de saúde, que são queixas somáticas, físicas. Mas por trás disso: “já fui em vários médicos, não tenho cura, tomo remédio, há anos com essador, uma dor, uma enxaqueca crônica, dores físicas. E o médico fala: a senhora não tem nada, procure um psicólogo”. Então a gente tem que tá mais mesmo a parte psicológica emocional do que o físico né que aí acabou refletindo no físico, mas por trás disso tem um conteúdo psicológico.

Para Dethlefsen e Dahlke (2002), doença e saúde são conceitos ímpares referentes ao estado do “Ser Vivo” e não a órgãos ou partes do corpo, logo as definições de adoecimento e saúde não se relacionam ao corpo, na medida em que nele se externam apenas as informações da mente, assim, a consciência emite a informação que se torna visível no corpo. Aqui a concepção de doença é embasada na perda de um estado de harmonia, ou seja, aperturbação de uma ordem mantida em equilíbrio até então. Nesse sentido, quando uma pessoa possui um desequilíbrio na consciência, este irá se manifestar no corpo como um sintoma, o que significa dizer que o corpo não está doente, mas apenas manifesta um sintoma provocado pelo desequilíbrio da mente.

A necessidade do olhar integral aos sujeitos é compartilhada por profissionais do serviço especializado e da APS:

P5 (CAPS): (...)o paciente hipertenso ele é um paciente que ele muitas vezes ele tem um quadro na verdade de ansiedade, né, ele vai ter um quadro de... um diabético por exemplo, ele muitas vezes o que está por trás tudo isso é uma alcoolismo, né, então se você só cuida do sintoma, e você não cuida da origem do sofrimento daquilo que tá gerando, é um trabalho perdido para eles de certa forma porque você tá só cortando os galhos da árvore e a raiz, que não foi vista e não foi cuidada, né? Então tem uma série de processos que, de adoecimento orgânico, que tem como disparador justamente o componente emocional, a subjetividade desse indivíduo, e se isso não for visto, não será cuidado, se não for cuidado, não vai ser sanado, não vai ser controlado e eles vão ficar naquele processo de enxugar gelo, a vida toda né? Controlando só sintoma (...).

P34 (ESF): (...)ele é um cidadão, ele é um ser humano ele precisa passar por um médico clínico, a mulher precisa passar por um ginecologista, fazer mamografia, não é só, não é o problema mental que incapacitou ela o restante do corpo a família não ver isso, a família é cega para isso né e eu também vejo que na unidade também issoai entendeu ela só vai troca receita pega a receita do remédio controlado, pega a medicação, e o restante? E a paciente como é que tá? Né? E a parte odontológica e a parte ginecológica e o corpo.

A prática de cuidado em saúde fundamentada nas ciências biomédicas e na epidemiologia clínica reduz a complexidade dos sujeitos, negligenciando quais são as suas reais necessidades em saúde. Essa visão prioriza as lineares determinações biológicas em detrimento do contexto de vida e processos psicoculturais singulares dos sujeitos. Dessa forma, relativo à afinidade entre os sujeitos alvos da atenção e de suas necessidades, é prioritário a adoção de práticas que visem à complexidade vital humana (MANDU, 2004).

No momento em que uma pessoa está frente a processos de saúde-doença a opção de serviços buscada é invariavelmente aos serviços de saúde, visto que esses representam parte das opções de cuidados socialmente constituídos e dos processos sociais que aquelas dispõem para reestruturação de suas vidas. Todavia, nem toda demanda/necessidade é abarcada por esses serviços (MANDU, 2004).

A oferta de cuidado em saúde está irremediavelmente embasada na proposta de prestar “um bem” para o outro, isso requer uma visão do universo do outro, ou seja, tratá-lo como um ser integral. Essa é à base da integralidade, processo fundamental na assistência à

saúde, prestado em todos os níveis dos serviços, porém possui como espaço privilegiado a Atenção Primária (CARNUT, 2017).

A integralidade é um termo polissêmico, contudo uma das suas principais definições é descrita na Constituição Federal de 1988, como o “atendimento integral” com o fim de compreender o indivíduo na qualidade de um todo holístico, um ser biopsicossocial em sua essência (CARNUT, 2017).

Uma das ferramentas utilizadas para fornecer cuidado integral é a clínica ampliada, cujo interesse corporativo dos trabalhadores está sobre o compromisso com o usuário, em uma reconstrução da assistência segundo um "neo-artesanato"- Reabilitação Biopsicossocial (CAMPOS, AMARAL, 2007). Desse modo, nota-se nas falas a percepção da necessidade de se concentrar na dimensão biopsicossocial do cuidado por meio da identificação das relações entre seus modos de produção de vida e trabalho, no que tange ao processo saúde.

P15 (CAPS): né?...eu me lembro uma vez quando eu trabalhava na atenção primária a pessoa que eu tava acompanhando chegava e ela falava uma palavra e eu já tava meio que adiantada, porque eu conhecia a vida dela, eu já sabia...eu tinha feito pré-natal de dois filhos, eu tinha feito preventivo...eu...eu via ali...a pessoa costumava ir...eu acompanhava os filhos, então... acompanhar a família...você sabe dos contextos, você sabe da funcionalidade da família, você sabe como é que são as condições socioeconômicas in loco, né? das relações com o território e aí...eu é aí as questões psicossociais que é o que a gente utiliza hoje como paradigma. atenção psicossocial para a saúde mental...elas estão ali e eu tenho esse.. .essa. essa gama de informações que eu poderia utilizar de maneira bastante efetiva no cuidado em saúde mental ()

Destarte, nos interditos de fala desta subcategoria, surgem os sentidos de transição dialógica da assistência à saúde mental no contexto da ESF. Se por um lado observamos nos enunciados acima sentidos de um modelo de cuidado pautado na integralidade almejada; perceberemos na subcategoria seguinte que os percalços deste cuidado, permeiam as vozes do tempo longo da história que trazem o repertório dos “manicômios dos imaginários sociais” ainda vigentes, associadas às possibilidades de tempo curtos e vividos de estruturação e (des)estruturação das políticas de saúde de Estado.

5.2.2 Os percalços do cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família

A necessidade de integração entre os profissionais de saúde mental e da atenção básica foi discutida e desenvolvida desde a década de 90, contudo a perspectiva do cuidado em saúde mental no cenário da ESF visando o cuidado integral está mais presente na última década. Todavia, este cuidado ainda precisa superar a fase em que o enfoque da atenção primária estava nos estudos epidemiológicos em saúde mental. E construir um novo prisma, voltado a para a percepção da necessidade dos profissionais de saúde como um todo, atuarem na promoção e manutenção do cuidado comunitário aos sujeitos com transtornos mentais e sua desinstitucionalização (OPAS, 2018).

Além disso, um dos principais problemas na assistência à saúde mental no contexto da ESF, de acordo com Dimenstein, Galvão e Severo (2009), está relacionado à falta de articulação em rede, que se reflete em uma prática de encaminhamentos sem maiores critérios e proporciona sobrecarga dos serviços substitutivos especializados, configurando-se, assim, um sistema de atenção desintegrada e pouco resolutivo (VIEIRA FILHO, ROSA, 2011). Este processo ocorre porque os profissionais de um serviço, por vezes, não conhecem as atividades de cuidado realizadas pelo outro; devido à dificuldade de comunicação efetiva entre eles (FERNANDES; ROCHA; FRAZÃO, 2014).

Sendo assim dois repertórios interpretativos singularizaram os sentidos dos percalços do cuidado em saúde mental na ESF: os ecos na comunicação e fragmentação do cuidado; e a processos de trabalho *versus* acolhimento e integralidade: uma batalha que não deveria ser travada.

5.2.2.1 Os ecos na comunicação e fragmentação do cuidar

Segundo Wenceslau e Ortega (2015), a proposta de integração entre saúde mental e ESF cumpre um importante papel de reduzir o estigma, fazer com que a ESF se reconheça como um sistema potente para o cuidado em saúde mental e expandir o alcance dos sujeitos em sofrimento mental aos serviços de saúde da RAS. Essa integração, também, pode proporcionar melhorias na coordenação da assistência dentro do próprio sistema, permitindo com isso: uma atenção centrada na família, bem como, na orientação e participação comunitária no processo de cuidado nos espaços de vida cotidiano dos sujeitos.

Nas entrevistas realizadas, observou-se que os sentidos de percalços para o cuidado em saúde mental APS no cenário dos ecos de comunicação repercutiram, algumas vezes, na

percepção da ESF como um cenário sem “pontos positivos” para o cuidado em Saúde Mental. Sendo observados, esses sentidos, tanto nas falas de sujeito do especializado, como dos sujeitos de execução do cuidado (ESF).

P2 (CAPS): (...)Eu não, é, eu não vejo uma política de saúde mental dentro da atenção básica hoje, né, não tem grupos que falem sobre saúde mental, sobre bem estar, por exemplo, né? É, hoje, é, tem alguns, eu sei que, a saúde mental ela também faz parte do programa da atenção básica (...) Eu não consigo ver, sabe? Os positivos (...) Não consigo! Sabe? É, os negativos como eu falei anteriormente né, eu acredito que as pessoas elas não, pelo cansaço, pela sobrecarga, né? Vêem a saúde mental como mais uma atribuição (...) É como se não existisse!

P44 (ESF): Olha, aqui, sinceramente eles não são assim, acolhidos né? Uma porque, já, aqui na unidade aonde eu trabalho, já começa errado porque é uma médica, é duas médicas, no caso, que é duas equipes, mas a quantidade de pessoas é enorme (ênfatisa a palavra). É muito grande, então não tem como ela dar a assistência a uma comunidade inteira e ainda ter um olhar diferenciado pra doentes mentais (...)

Nota-se que essa realidade acaba afetando o processo de cuidado e até mesmo a articulação entre os serviços. Visto que, a ausência de empoderamento para o cuidado em saúde mental, encontra na sobrecarga de afazeres, um argumento para a fragmentação da assistência em saúde mental no cenário da ESF.

Assim, desconstruir esse sentido de ausência de cuidado de saúde mental na AB implica problematizar a noção de realidade dos sujeitos/ profissionais. Segundo o Construcionismo Social, o sujeito e o objeto são construções sócio históricas que precisam serproblematizadas e desfamiliarizadas. Diante disso, o acesso à realidade que institui os objetos (aqui práticas de cuidado) pode ser percebido a partir das categorias, convenções, práticas, linguagem dos sujeitos de fala. (SPINK; MEDRADO, 2013).

Observa-se, nessa premissa, que os serviços da Atenção Básica, por vezes, não trabalham na lógica da reabilitação psicossocial, construindo com isso atendimentos às pessoas em sofrimento mental pautados em uma condição medicalizante e fragmentado do cuidado em saúde mental (lógica biomédica) (ARCE; SOUSA, 2010).

Dentro das propostas de cuidado integral para superar essa fragmentação, Política Nacional de Humanização (PNH), traz o conceito da transversalidade do cuidado. O qual atua na premissa de aumento do contato e da comunicação entre as pessoas e grupos (serviços; profissionais e comunidade), em detrimento das relações de poder hierarquizadas. Ou seja,

significa compreender que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem dialogar entre si e com a experiência dos sujeitos que demandam o cuidado; em busca de uma atenção mais corresponsável (BRASIL, 2013).

Na pesquisa de Lucchese et al (2009), essa co-responsabilização e o vínculo eram praticamente ausentes a partir de inúmeros encaminhamentos, perpetuando a desarticulação dos serviços, suscitando questionamentos acerca da qualidade da atenção prestada na ESF e seesses profissionais foram capacitados para tal. Observou-se neste estudo que a responsabilização, também não ocorria e os usuários não tinham uma assistência definida nos serviços.

Em nossa pesquisa encontramos sentidos semelhantes nas falas profissionais tanto dos serviços especializados, quanto dos sujeitos da APS:

P11 (CAPS): (...) o nosso cuidado com a (...) a nossa relação com atenção básica muitas vezes ela se limita encaminhamento, ela não se estende a continuidade do cuidado né. Então assim, o paciente ele a gente chega a uma situação onde a gente entende que dali para frente um cuidado no território dentro de uma atenção primária, da atenção básica sim tem potencialidade, tem afetividade, que já é um casode já ir ampliando um pouco até as relações desse indivíduo para além do CAPS né (...) aí essa perspectiva (...)esse movimento de (...)essa transição do paciente para a atenção primária é as nossas, a nossa maior dificuldade. (...)

P24 (ESF): (...)aí aqui mesmo a gente, aqui no consultório a gente quase não tem contato com esses pacientes entendeu? Aí o que eu ajudo mesmo é aqui mesmo dentro do consultório, mas a gente não tem muito contato aí a gente já encaminha para o especialista mesmo (...).

P34 (ESF): (...)se for para o CRAS encaminha para o CRAS se for para o CREAS ele encaminha para o CREAS, para o CREAS, é CREAS né, ele encaminha tudo aqui, aqui é a porta de entrada, (...)bem além do encaminhamento que nem eu te falei, ela faz a consulta, ela examina, faz a consulta, passa os exames (...)

Assim, de acordo com a literatura e as falas acima se percebe que esta falta de articulação do cuidado ainda está pautada nas ideias manicomiais sobre o cuidado em saúde mental que, também, influenciam a conduta dos profissionais, causando desconforto e, por conseguinte, dificuldades para atender ao fluxo de atendimentos.

Miranda, Oliveira e Santos (2014) mostram que o encaminhamento de pacientes estabilizados para a ESF, também, gera desconforto para os profissionais, fazendo-os se sentir

despreparados para atender a nova demanda. Isso ocorre, possivelmente, devido a dois fatores: o primeiro, a implementação inadequada da desinstitucionalização no processo de Reforma Psiquiátrica, que proporcionou um aumento da demanda de saúde mental nos serviços substitutivos e o consequente aumento no número de encaminhamentos para ESF, sem a capacitação efetiva das equipes; e segundo, as deficiências no processo de formação dos profissionais de saúde centrado no modelo manicomial de cuidado desvinculado do cuidado integral da assistência tanto da Atenção Primária quanto do serviço substitutivo (PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014).

Neste contexto, os profissionais do CAPS relataram que, por vezes, os trabalhadores da ESF não se apropriam da demanda em saúde mental por causa da premissa da falta de capacitação para tal.

P2 (CAPS): (...)Em alguns casos, não são casos que transtorno de base, mas é um sofrimento que pode ser manejado pelas equipes da atenção básica... "Ah, mas a gente não sabe como lidar...", então, é, não se, eu não vi um movimento assim "de que vamos, o que que vamos fazer a partir de então já que a demanda tá muito grande?". (...) eu não vejo um interesse dessa temática, assim, de verdade... não vejo! Sabe? Porque não é algo que é palpável (...).

P5 (CAPS): (...)muitas vezes o profissional, a gente sente que o profissional às vezes 'Ah, mas eu não tenho qualificação pra isso' uma coisa que o profissional de saúde precisa entender é que ele não vai parar de estudar nunca. Se eu não sei, eu preciso me habilitar para... se aquilo chega pra mim né, eu preciso estudar, eu preciso aprender, a gente também tem que fazer esse movimento 'Ah mas minha', minha secretaria não oferece qualificação, existe a qualificação que é ofertada institucionalmente e existe a classificação que você busca, entendeu? (...).

Nota-se que a educação e comunicação em saúde precisam ser pensadas como uma prática dinâmica e contínua de produção do conhecimento. Pactuada com diálogo entre os sujeitos do processo a partir de uma abordagem crítica reflexiva da realidade. Ou seja, a atuação segundo o Paradigma Psicossocial em que emerge um olhar inventivo e complexo, além do arcabouço da teoria (ALMEIDA et al, 2014).

As seguintes falas de profissionais da ESF corroboram com o que surgiu nos trechos dos profissionais dos serviços especializado, na necessidade da educação para a atenção em saúde mental.

P27 (ESF): (...)a gente não faz um trabalho de prevenção e promoção à saúde pra o portador de saúde mental, a gente não faz. Aqui a gente não faz esse trabalho, e eu acredito porque a gente tem a gente ainda tem certas dificuldades para manejar e conduzir um trabalho adequado para esse perfil de paciente. Até o momento a gente ainda não recebeu, se você me perguntar: Você se considera apta a conduzir um grupo voltado à saúde mental ou para pacientes específicos portadores de algum transtorno mental? Eu não me sinto apta. a gente não faz um trabalho adequado, que a gente deveria fazer. E o que é feito é só troca de receita(...)Eu acho que a partir do momento que a gente fosse capacitado, tivéssemos um aperfeiçoamento profissional e que nos fosse oferecidas ferramentas que nos permitisse criar grupos e conduzir esses grupo (...)

P44 (ESF): Porque por falta de conhecimento acaba todo mundo se afundando no mesmo barco. A realidade é essa.

Segundo, Minozzo e Costa (2013), o medo do desconhecido, a insegurança em conduzir casos de saúde mental e o preconceito dos profissionais da ESF em relação aos sujeitos com transtornos acaba por intensificar esse processo de verticalização do cuidado e, conseqüentemente, gera uma transferência de responsabilidades para os serviços mais especializados.

Assim, os serviços especializados acabam, por sua vez, ficando também sobrecarregados e reduzindo a capacidade de acolhimento e atendimento integral ao sujeito, conforme observamos na fala abaixo:

P21 (Ambulatório de Saúde Mental): (...)outras queixas de muito tempo é que se talvez a atenção básica tivesse aquela eficiência de tá com aquela pessoa, dando aquele seguimento (...) acompanhamento (...)não estaria chegando ao nosso serviço, é (...)hipertensão, diabetes sendo bem tratada lá, não precisaria chegar numa urgência psiquiátrica, por exemplo, tem algumas demandas, aquela depressão que o paciente não faz aquele, é (...)não segue o tratamento corretamente, os médicos do posto poderiam tá receitando remédios antidepressivos, sem problema nenhum ter aquele acompanhamento, tendo um NASF bem atuante com certos grupos da população não precisaria sobrecarregar o nosso serviço psiquiátrico né, em muitos casos a gente vê (...)deixa chagar mais de 4.000 cadastros lá, e a gente fica com uma preocupação né, o paciente tem uma consulta hoje com o psiquiatria e só consegue o retorno com mais

de três meses né, que poderia ser menos o retorno dele, mas é por que tem tantos outros atendimentos, agenda lotada, né (...).

O significado atribuído por muitos profissionais acerca da necessidade de apoio matricial associa-se ainda a uma visão centrada no médico psiquiatra. Sendo apoiada na consulta médica especializada (LIMA ET AL, 2013). Assim, na literatura, também se observam pesquisas de avaliação do atendimento matricial entre CAPS e ESF que demonstram percepções de cuidado individual centrado na figura do médico especialista, e pouca ênfase nas ações interdisciplinares (PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014). Mesmo quando ocorre a percepção do profissional não médico este vai ao serviço no sentido de compartilhar cuidado e assumir a assistência, como é o caso da presença do Psicólogo (CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015).

P44(ESF): (...) e é aí onde entra o que eu te falei (...) Tinha que ter um órgão responsável, né, para que fosse mesmo acolhido, dentro da unidade mesmo. Tivesse um psicólogo, sei lá, um psiquiatra, que fizesse um trabalho dentro da unidade e isso não tem. Infelizmente, não tem!

Diante do exposto, nota-se que a fim de que as atividades em saúde mental sejam desenvolvidas na AB, é de extrema importância à capacitação das equipes a partir de ações permanentes de discussão de casos com equipes de saúde mental. Estes espaços de diálogos e trocas de saberes poderá aflorar as demandas e histórias dos usuários, por vezes não identificadas no cenário especializado, promovendo a integração dos serviços e uma melhor resolutividade do cuidado em saúde mental à comunidade (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

Outro ponto associado a essa problemática é a sobrecarga de trabalho e a falta de profissionais disponíveis na ESF para que a execução do cuidado em saúde mental seja eficaz, longitudinal e compartilhado; sentidos produzidos a seguir no segundo repertório desta categoria.

5.2.2.2 Assistência e psicodinâmica do trabalho *versus* acolhimento e integralidade: uma batalha que não deveria ser travada

Os profissionais que compõem a ESF, muitas vezes, têm ciência da importância do cuidado em saúde mental na rede de assistência à saúde. E ressaltam que os sujeitos em sofrimento mental necessitam de um atendimento cuidadoso e regular para compreensão do seu processo de adoecimento e da progressão. Sendo, neste cenário, os fatores psicossociais,

percebidos como intrínsecos às possibilidades de práticas de cuidado de qualidade. (FERNANDES, ROCHA, FRAZÃO, 2014; MIRANDA, OLIVEIRA, SANTOS, 2014).

E: como você acha que ajuda o cuidado em situações de pessoas que vem pra cá com adoecimento mental?

P32 (ESF): A escuta. Essa semana eu tive uma paciente aqui que ela veio pra aferir pressão, do nada eu percebi que ela não tava bem, o olhar dela falava comigo... Então a escuta, o olhar, às vezes o paciente vem não é só pra ser atendido, ele vem pra desabafar, e aí você consegue encaminhar ele, encaminha ao médico, oh, vamos dá uma olhadinha aqui, oh doutora, eu tenho uma paciente assim, que tá com a conversa assim, assim, assim... E aí você consegue encaminhar, agendar, marcar, entendeu? E você consegue ajudar. Essa paciente de ontem, foi um caso explícito, minha filha. Ela precisava, realmente ela precisava.

P25(ESF): Geralmente, por nós sermos técnicas a gente recebe muito isso na triagem, a gente tria os pacientes para os médicos, né, e as queixas das pessoas principalmente agora nesse ano que se passou são muito relacionadas à ansiedade, então volta e meia chega paciente aqui que estão com a pressão muito alta, o coração muito acelerado e ele tá sentindo um monte de coisa que a gente já conhece reconhecer que aquilo ali tá sendo só uma crise, né, talvez de momento ou que a pessoa já tem o problema de ansiedade, então a gente consegue conversar com o paciente para que ele se acalme e geralmente resolve, assim, ele começa a entender que ...vexe será que realmente eu tô ansioso? ... é assim que a gente pode fazer (sorriu).

P26 (ESF): (...)Mas eu acho que eu... pelo menos faço o máximo pra ele poder ser acolhido, escutado e talvez até já iniciar o tratamento, na maioria das vezes, claro. Aí talvez a gente já consegue dar um... um atendimento um pouco diferenciado em relação à por exemplo... um retorno no... no CAPS, que pode demorar até dois/três meses. Aqui, pelo menos no primeiro mês eu consigo ver novamente... deu bem com a medicação?... ou até mesmo menos... Eu acho que talvez o acesso seja um pouco mais fácil (...).

Todavia, conforme Souza, Brito e Athayde (2018) a Psicodinâmica do Trabalho (PdT), nos contextos da ESF (e dos serviços do SUS como um todo), tem se apresentado como referência incontornável no que tange a análise das dificuldades encontradas nas

relações entre o trabalho, os processos de subjetivação e a saúde mental dos profissionais e comunidade. Uma vez que, trabalhar está vinculado ao processo de preencher lacunas entre o programado e o que será objetivamente realizado (“real trabalho”). Neste repertório interpretativo de assistência e psicodinâmica do trabalho *versus* acolhimento e integralidade, os sentidos produzidos nas falas acerca do cuidado em saúde mental na ESF permearam duas linhas de dialógicas entrelaçadas. Sendo a primeira, o cuidado/(des)cuidado associado processos de dinâmica de trabalho e sobrecarga; e a segunda apresentada pelas interfaces da formação e de saberes/práticas em saúde mental como entraves e possibilidade de cuidar.

A primeira linha avalia as relações das condições de dinâmica de trabalho e suas consequências nos processos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado integral em saúde, observando-se, nesse processo, sentidos de tempos vividos vinculados à sobrecarga das atividades, adoecimento dos profissionais e consequente sublimação do potencial da equipe para execução de suas práxis.

Nesse contexto, segundo Ramos e Pio (2010), o profissional responsável pelo cuidado não é apenas um profissional especializado que executa ações técnicas; mas um sujeito singular e plural na elaboração intersubjetiva de suas práticas de cuidado biopsicossocial. Dessa forma, a produção de sentidos do profissional em relação à sua saúde e ao seu processo de trabalho está intimamente ligada à sua práxis, sendo esta influenciada por fatores psicossociais inerentes às dinâmicas laborais.

Os sentidos produzidos nas falas dos profissionais, tanto do serviço especializado quanto da ESF, demonstram a necessidade deste repensar na psicodinâmica do trabalho para possibilitar o processo de integralidade do cuidado em saúde mental tanto para comunidade, como para a equipe de assistência.

P15(CAPS): (...) mas também o fato da atenção primária tá sobrecarregada, a gente vê um desmonte aí da...já é até um jargão...a ...o desmonte do SUS, né? A desacreditação da atenção primária, a falta de financiamento, o subfinanciamento, então por todas essas questões a atenção primária está, principalmente nessas cidades igual a nossa, né?...que com mais de 100.000 habitantes...Aqui com mais de 300.000...e que a gente vê um peso maior pra atenção primária, então a gente...eu acredito que a gente tem em média 50% de cobertura.. e mesmo a gente tem cobertura, por exemplo tem equipes que tão com 15.000 famílias, 10.000 famílias ...é fazer... descentralizar cuidado para a atenção primária dessa maneira é quase que cruel, né?...então é...os profissionais até se encontram desmotivados a novos olhares,

e quando eu falo novo olhar é esse olhar para a saúde mental que não deveria ser novo, mas na perspectiva da atenção primária e aí a atenção primária acaba que é mais um...mais uma coisa pra ela fazer e se tem alguém que faz melhor no pensamento...no imaginário dela (...).

P26 (ESF): (...)Talvez, essa seja a diferença do CAPS. No CAPS a gente consegue dar um acompanhamento contínuo porque o paciente vai lá, dois em dois meses, certinho, bonitinho e tem a consulta. Não é só pra renovar a receita. Que é o que às vezes, meio que acontece aqui assim.. por não ser específico, por não ser um ambulatório de saúde mental. “Aqui eu tenho outras demandas, como hipertensão, diabetes, paciente descompensado, paciente infartado, tem... e muitas outras doenças.” Clínica geral com saúde mental é um pouco complicado de fazer ao mesmo tempo, por conta da demanda mesmo que é gigantesca e assim... Muito maior que a quantidade de pacientes que vai pro CAPS por exemplo, entendeu?

Segundo aborda o artigo de Campos e Domitti (2007), é possível perceber que a crescente fragmentação pela qual a saúde passa acaba levando à formação de áreas de conhecimentos distintas e compartimentalizadas. Essa lógica de hierarquização passa a gerar uma diferença de poder/saber entre quem encaminha e quem recebe; além de fomentar uma transferência de responsabilidade. Desta forma, o cuidado com a demanda em saúde mental é visto, por vezes, como um acréscimo de trabalho para a Atenção Básica e encarado como uma “responsabilização” dos serviços especializados.

Dessa forma, a fragmentação do cuidado gerada pelos processos de trabalho e pela comunicação culmina com a desestruturação do itinerário terapêutico dos sujeitos e com a inacessibilidade aos serviços de saúde; conforme se observa nas entrevistas.

P6 (CAPS): Isso éee... quando chega a unidade, porque às vezes eu acho que não chega nem a unidade, não deixa nem ele entrar, nem abraçar, da recepção ...’’é saúde mental?’’... ‘’ah é CAPS’’(...).

P16 (Ambulatório de Saúde Mental): (...)quando você tem esse primeiro acolhimento lá(na ESF) né, eu acho que a questão de solucionar os problemas é bem melhor, né, porque quando não, a atenção básica não faz esse acolhimento, não tem essa capacita esse conhecimento também, eu acho que a pessoa ela não chega no serviço que é o ideal pra ela, mas quando isso acontece lá atrás, realmente essa pessoa consegue inserir no serviço de saúde apropriado e consegue ter condições melhores, então esse

atendimento, esse conhecimento, tem que ter vindo desde lá(ESF) pra chegar aqui e a gente conseguir absorver isso e acolher a pessoa da melhor forma possível.

A segunda linha desse repertório associa-se às percepções acerca da interface entre a produção de saberes e práticas em saúde mental como entraves e possibilidade de cuidar.

Neste contexto, as narrativas dos profissionais entrevistados dialogaram com a pesquisa de Souza et al (2012). Na qual, nota-se que alguns profissionais têm dificuldades de estabelecer vínculos com os usuários, muitas vezes por medo e por conta dos estigmas relacionados à saúde mental. Assim, muitos declararam que se sentem despreparados para lidar com práticas de saúde mental e que as capacitações oferecidas pelos gestores são insuficientes, gerando um sentimento de impotência, o que acaba fazendo prevalecer a atividade do encaminhamento.

P22 (ESF): Eu acho que a gente tem uma dificuldade tremenda viu, principalmente aqui mesmo... é... a gente não sabe lidar quando chega um paciente assim... em crise de surto, ou com alguma doença mesmo relacionada à saúde mental.

E: E o que você acha que poderia ser feito para trazer melhorias?

P22 (ESF): Capacitação dos profissionais, principalmente!

Essa ausência de “capacitação” elaborada na fala acima, muitas vezes, proporciona um não reconhecimento das práticas de cuidado em saúde mentais já realizadas no cotidiano dos serviços da ESF. Fato observado nas falas dos profissionais da ESF.

P23 (ESF): além do lado assim um pouquinho psicólogo ne, de deixar a pessoa...às vezes a pessoa... principalmente quem tem ansiedade... é ... transtorno em relação à ansiedade...gosta de... desabafar...de falar, então a gente escuta bastante à pessoa e encaminha quando possível ne, pra os órgão ne, que podem ajudar ela de umamaneira mais efetiva como o núcleo de saúde mental que eu citei mais cedo.

P40 (ESF): (...)A gente tava conseguindo acompanhar. Eu acho que aqui na unidade em particular, porque nós temos uma médica sensível a isso, a gente acaba tendo um acompanhamento um pouco melhor, assim, mas eu ainda acho que é uma coisa muito voltada para o médico, assim, mas a gente, restante da equipe, acaba que a gente fica solto. Não existe um trabalho específico da equipe inteira, não existe

Associada a esta percepção os sentidos dos serviços da ESF como uma porta de entrada para a saúde mental, surge nos repertórios dos serviços especializado e denotam que

estes acreditam que os profissionais da Atenção Primária produzem cuidado em saúde mental nos seus serviços. Contudo estes não percebem que estão executando isto.

P3 (CAPS): (...) com certeza, porque é o ponto de acesso, eu acho que seria injusto dizer que os profissionais que estão na saúde da família não tem nenhuma ação de saúde mental, talvez eles não saibam, não reconheçam, não nomeiem dessa forma, mas é um serviço que é prioritariamente comunitário eu acho que é inevitável... eu acredito que acontece, acredito que eles não estejam empoderados para dar esse nome para se sentir seguros para dar esse nome. Acho que tem um mito que a saúde mental é uma coisa muito excepcional, incrível..(suspiro) assim, quase que mágica.. com certeza os profissionais da atenção básica têm preocupação com acolhimento, com escuta, com ressignificar (...).

P15 (CAPS): (...) Por que muitas vezes é ... a atenção primária ela não se percebe...ela não se percebe fazendo saúde mental, por exemplo quando a gente vai pra uma visita domiciliar, enquanto saúde da família, vou pra uma visita domiciliar e eu méio uma negociação de cuidado, de uma pessoa idosa com a filha eu estou fazendo saúde mental (...)

Destarte, se observa que é necessário se ter uma clareza da importância da Atenção Primária no contexto do cuidado em saúde mental. Visto que, conforme Silveira e Vieira (2009) mencionam, é direito do usuário encontrar em sua unidade sanitária de referência uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais presentes nessa rede de atenção para suas demandas físicas e/ou psíquicas.

No estudo de Tamatsu e Araújo (2016), os profissionais da rede especializada referiram que o apoio matricial favorece o fluxo do paciente nos vários âmbitos de saúde, o que propicia um melhor acolhimento dos sujeitos em sofrimento e maior integração com a ESF. Outro fator positivo apontado no estudo de Araújo e Tamatsu (2016), foi à possibilidade do apoio matricial atuar como um organizador do fluxo da demanda em saúde mental⁴⁹. Através do Apoio Matricial, é possível trabalhar com os profissionais da Atenção Primária de maneira que se tornem aptos a receber a demanda e possam acolhê-la sem necessariamente ter que encaminhá-la a um serviço de saúde mental ou negligenciar suas queixas (TAMATSU; ARAÚJO, 2016). Esse atendimento integrado é importante “principalmente porque quando os usuários retornam para casa a equipe que faz maior número de visitas - e tem um maior conhecimento do território onde o usuário vive, é a equipe da ESF”.

Dessa forma, percebe-se que o apoio matricial dialógico, que respeite as peculiaridades e limites de cada serviço, é a base para reduzir sobrecargas e fragmentação do cuidado. Nesse sentido, segundo Dimenstein, Galvão e Severo (2009), se faz necessário melhorar a articulação dos CAPS com Atenção Básica para que as equipes desses serviços se desloquem de espaços tradicionalmente institucionalizados e passem a realizar um trabalho conjunto com as equipes da Atenção Básica, nos espaços de vida. Pois estas (ESF), pela proximidade com as famílias e as comunidades, são primordiais para garantir o acesso e o enfrentamento de diversas formas de sofrimento psíquico. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A continuidade do cuidado é um elemento fundamental de uma atenção primária efetiva. Um ponto positivo para o funcionamento desse elemento se encontra na acessibilidade e na aceitação desses pela comunidade. Quando a saúde mental está incluída como parte do cuidado na ESF, os sofrimentos mentais são mais facilmente identificados e a conduta instituída. Proporcionando com isso um manejo integral e eficaz para os processos orgânicos e mentais dos sujeitos em sofrimento (WENCESLAU; ORTEGA 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa foi possível constatar que, embora tenham ocorrido crescentes modificações quanto à significação do processo saúde/doença, as influências culturais e sociais ainda exercem grande impacto nos discursos dos sujeitos, retomando a ideologias de dicotomia e dissociação entre essas definições.

Apesar das novas perspectivas de cuidado baseadas no modelo de reabilitação biopsicossocial, as práticas medicamentosas e centradas na figura do médico ainda permeiam as expectativas da prestação do cuidado, voltadas à contenção e adequação do indivíduo em sofrimento mental, que remetem a dificuldade de ruptura com modelo manicomial. Os estigmas sociais sofridos pelos sujeitos e pela equipe responsável pelo cuidado em saúde mental também representam um obstáculo na efetivação dessa nova proposta. Os preconceitos e estigmas potencializam as dificuldades de reinserção do usuário de saúde mental no meio social.

Em relação às propostas contemporâneas de reabilitação biopsicossocial defendida por Saraceno (1996), o papel da família, comunidade e ambiência do sujeito ganham destaque no processo de cuidado e a intersubjetividade do cotidiano do indivíduo alcança maior notoriedade nesse processo.

Diante disso, os sujeitos da pesquisa, reconhecem e utilizam tanto sentidos da reabilitação psicossocial, quanto permeiam os processos dos “manicômios que existem em nós”. Sentidos esses que demonstra a necessidade constante do (re)pensar nas nossas práticas de cuidado diárias para termos sempre “novos” olhares a respeito da construção social no bem-viver do outro. Ou seja, busca-se no “senso comum” a noção de cuidado que envolve todos os atores sociais dos processos de Saúde Mental.

Além disso, as percepções dos profissionais entrevistados sobre a atuação da ESF e no cuidado em saúde mental transitaram nos tempos que compõem os enunciados dos profissionais, tanto enquanto sujeitos que atuam nos cenários de cuidado em saúde, quanto como sujeitos sociais que têm suas crenças e sofrimentos no ato de cuidar em saúde mental.

Desta forma, observamos, por um lado, potencialidades neste cenário de cuidado, voltados para as percepções de “espaços de vida” e nas demandas singulares de quem busca o cuidado. Ou seja, ações da assistência pautadas na clínica ampliada e no cuidado biopsicossocial.

E, por outro lado, os resquícios de um cuidado voltado para a clínica de corpos dissociados de mente/sujeitos que sofrem. Processo este vinculado ao manejo biomédico, quem vem ganhando resgate com as mudanças nas políticas de governos.

Além disso, as vozes trouxeram a discussão da necessidade de um repensar no fluxo de cuidado. Notando-se uma verticalização de cuidado com encaminhamento de lógica piramidal de níveis de complexidade. Fato que contrapõem com a dialogia do cuidado matricial, onde as portas de entradas podem ser múltiplas, mas ações em rede precisam ser articuladas a partir de técnicas longitudinais e resolutivas para a comunidade.

Destarte, observa-se que apoio matricial e a comunicação efetiva entre os serviços da RAPS são as ferramentas fundamentais para estreitar as relações entre os serviços, permitindo com isso uma (co)responsabilização do cuidado integral em saúde mental.

O presente estudo possibilitou a identificação de saberes e de novas experiências compartilhadas, sendo valorizado o contexto social e cultural que integra profissionais e usuários da rede de saúde mental. Tal espaço configura uma rede de discussão e troca, para entender melhor a qualidade do cuidado nos serviços de saúde mental e possibilidade de construção compartilhada de novas práticas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública* 2010, 26(12): 2234-2249.
- ALMEIDA, Marcelo Machado de *et al.* Representações dos cuidadores sobre a atenção na esquizofrenia. **Psico**, Minas Gerais. v. 41, n. 1, p. 110-117, jan/mar. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5417>> Acesso em: 20 de out. 2019.
- ALMEIDA, Maria Helena Santos; MENDONÇA, Érika de Sousa. Um olhar à família: ressonâncias psicossociais em familiares que convivem com uma pessoa em situação de transtorno mental. **Barbarói**: Revista do departamento de ciências humanas, Pernambuco, n. 49, p.1-24, jan/jun. 2017.
- AMARANTE, P. Bases conceituais e históricas do campo da saúde. In: Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: **FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ**, 2003
- ANGELINI, Carina Robles; CACCIA-BAVA, Maria do Carmo Gullaci Guimarães. “A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro. v. 10, n. 36, p. 1-9, 30 set. 2015.
- ARANTES, Mariana Furtado; Descentralização da Política de Assistência Social: Apontamentos Críticos. **Revista Jurídica Direito & Realidade**, Minas Gerais. v. 1, n. 1, p. 165-177, jan/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/direito-realidade/article/view/23/154>>. Acesso em: 20 de out. 2019
- ARAÚJO, Angélica da Silva; KEBBE, Leonardo Martins. Estudo sobre grupos de terapia ocupacional para cuidadores de familiares de pacientes com esquizofrenia. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, São Carlos. v. 22, n. 1, p. 97-108, 2014.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; GONDIM, Marianna Cristina Sizenando Maia; SILVA, Danielle Souza. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 3311-3322, jan/mar. 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897016.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2019.

AZEVEDO, Natália Silva; KIND, Luciana. Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 520- 535, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 de nov. 2019

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões *et al.* Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 162-168, fev. 2011. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/162-168.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

BANDEIRA, Marina *et al.* Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 399- 409, set/dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712014000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019.

BARBAN, Eduardo G.; OLIVEIRA, Angélica A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 52-63, jan/mar. 2007. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID224.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2019.

BARBOSA, Mirella Cristina L. *et al.* Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 347-354, out/dez. 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v19n4/v19n4a05.pdf>>. Acesso em: 28 de out. 2019

BARROS, Silvana do Carmo Maia; DIMENSTEIN, Magda. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. **Estudos e**

pesquisa em psicologia, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 48-67, 1. qua. 2010. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9017>>. Acesso em: 20 de out. 2019

BERGER, Peter Ludwig; LUCKMANN, Thomas. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City, NY: Doubleday, 1966. No Brasil: *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: **Vozes**, 2014.

BEZERRA, Edilane.; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p.632-645, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019- CGMAD/DAPES/SAS/MS** Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 4 de maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Dispõe sobre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>>. Acesso em: 4 de maio 2020

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008**. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/portaria_154.pdf>. Acesso em: 31 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. P. 6-12. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 19 out. 2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: MS, 2009. p. 164. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 19 out. 2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. **Brasília: Ministério da Saúde, 2010**. (Esse é o caderno humaniza sus?)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2007. p. 7. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 20 de out. 2019.

_____. Secretária de Estado da Saúde do Paraná. **Caderno: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-Ab) Diretrizes e Processos**. Curitiba, PR, 2018.

CAMPOS Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2019.

_____. **A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 4. ed. São Paulo, editora HUCITEC, 2013.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. São Paulo: Hucitec; 2013. 236 p.

CAMPOS, Daniella Barbosa; BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salette Bessa. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 2101-2108, 2018. Suplemento 5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de out 2019

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Revista Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n.115, p. 1177-1186, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de out. 2019.

CAVALCANTE, Cinthia Mendonça *et al.* Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 102- 108, abr/jun. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2059/2352>>. Acesso em: 29 de out 2019.

CAVALHERI, Silvana Chorratt. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de out. 2019.

CEZAR, Pâmela Kurtz; RODRIGUES, Patrícia Matte; ARPINI, Dorian Mônica. A psicologia na estratégia de saúde da família: Vivências da Residência Multiprofissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Santa Maria, v. 35, n. 1, p. 211- 224, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100211&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de out. 2019.

COLLETI, Mayara *et al.* A Reforma Psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n.1, p. 123-135, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de out. 2019.

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 23-32, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642017000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de out. 2019.

CORDEIRO, Hesio *et al.* Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de out 2019.

CORDEIRO, Laura Regia Oliveira; OLIVEIRA, Murilo Santos; SOUZA, Rozemere Cardoso de. Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 119-123, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de out. de 2019

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, Método Paidéia Para Co-Gestão de Coletivos Organizados Para o Trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, SP, v. 11, n. 1, p. 31-46, jan/jun. 2010. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/468>>. Acesso em: 20 de out. 2019

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 de out. de 2019

DELGADO, Pedro Gabriel. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. **Saúde em Foco: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano VI, n. 16, p. 41-43, 1997.

DIMENSTEIN, Magda; GALVÃO, Vanessa. Medeiros; SEVERO, Ana Kalliny. de Sousa. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família.

Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João del Rei, v. 4, n. 1, dez. 2009. (ver se está certo, porque o site não abriu)

FAVA, Mariana Caramore; SILVA, Nilson Rogerio; SILVA, Meire Luci. Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 41, p. 41-55, jul/dez. 2014. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/4690/3872>>. Acesso em: 19 de out. 2019.

FERMINO, Juliana M. et al. Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Aletheia**, Canoas, n. 30, p. 113-128, dez. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 de out. 2019.

FERNANDES, Maristela Júlia; ROCHA, Hugo André; FRAZÃO, Dionys Paulo Silva. Articulações em Saúde: Contribuições Para o Fortalecimento do Trabalho em Rede Entre Centro de Atenção Psicossocial e Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gerais de Saúde Pública do SUS/MG**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 53-68, 2014. Acesso em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-945058>>. Acesso em: 22 out. 2019.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Saúde mental na atenção básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP). 2006. 168 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311881>>. Acesso em: 19 out. 2019.

_____.; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de out 2019

FOUCAULT, Michael. **O nascimento da clínica**. 1ª ed. Rio de Janeiro, Forense-universitária, 1977, 129p.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 20ª ed., Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

_____. **Problematização do sujeito: Psicologia, psiquiatria, psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FRANCO, Ricardo da Silva; SEI, Maíra Bonafé. O uso do genograma na psicoterapia psicanalítica familiar. **Gerais, Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de fora, v. 8, n. 2, p. 399-414, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 de out. 2019.

FRAZATTO, Carina Furlaneto; BOARINI, Maria Lúcia. O "morar" no hospital psiquiátrico: histórias contadas por familiares de ex "moradores". **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 18, n. 2, p. 257-267, jun. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de out. 2019.

FREIRE, Francisca Marina de Souza; PICHELLI, Ana Alayde Werba Saldanha. O Psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 162-173, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de out. 2019.

GARLA, Caroline Clapis; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira, SANTOS, Jair Lício Ferreira. Profissionais de ambulatórios de saúde mental: perfil, práticas e opiniões sobre as políticas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 2, n. 4-5, p. 74-97, ago. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68459/0>>. Acesso em: 10 de out 2019.

GERHARDT NETO, Maria Rosalia; MEDINA, Tássita Stefani Selau; HIRDES, Alice. Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas. **Aletheia**, Canoas, n. 45, p. 139-155, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 de out. 2019.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.575-626.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(8):e00029818. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 17 maio.2020.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

_____. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GONCALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, abr. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2019.

GRANDESSO, Marilene A. **Sobre a reconstrução do significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 422p.

KRAWULSKI, Edite. *Construção da identidade profissional do psicólogo: vivendo as "metamorfozes do caminho" no exercício do cotidiano de trabalho*. Tese de Doutorado (não publicada). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2004.

LIMA, Ana Izabel Oliveira et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 71-82, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2019.

FARIA L, ALMEIDA-Filho N, OLIVEIRA-LIMA JA. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado.

Hist. cienc saúde-Manguinhos [periódicos na Internet], 28(1): 59-78, 2021 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/R8z4HdFLyXTRWk6dmxBgvkK/?lang=pt>

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; LANCMAN, Selma. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, maio/ago. 2008.

MELO, Vitor Clímaco; LIMA, Larissa; BRITO, Monique Araújo de Medeiros. Acompanhamento terapêutico: a percepção da família. **Clinicaps**. v. 8, n. 23, p. 1-20, mai./ago. 2014.

MELO, Marilene Barros de Melo; BRANT, Luiz Carlos. Ato médico: perda da autoridade, poder e resistência. **Psicologia ciência e profissão**, 2005, 25 (1), 14-29, março. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932005000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/4Bd5RXGmp736nZSWCfyHcyk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2019.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 de out. 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100077&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 de out. 2019.

MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ileno Izídio da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**, Itatiba, v. 18, n. 1, p. 151-160, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 de out. 2019

MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaíssa Fernanda Kratochwill de; SANTOS, Catia Batista Tavares dos. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 592-611, set. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300592&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 de out. 2019

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NEVES, Laura Maria Tomazi; ACIOLE, Giovanni Gurgel. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 551-564, Jun. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em; 30 out. 2019

OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.929-936, mai/jun. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio 2020.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, fev. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de out 2019

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília : OPAS; 2018.

PAIANO, Marcelle; MAFTUM, Mariluci Alves; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; MARCON, Sonia Silva. Ambulatório de Saúde Mental: Fragilidades Apontadas por Profissionais. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de out. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan/mar. p. 15-35, 2014.

PASSOS, Eduardo; CARVALHO, Yara M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 92-101, Jun. 2015.

Suplemento 1. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500092&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de out de 2019.

PAULA, Milena Lima de *et al.* Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, Jun. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019.

PEARCE, W. Barnett. Novos modelos e metáforas comunicacionais: a passagem da teoria à prática, do objetivismo ao construcionismo social e da representação à reflexividade. In: SCHNITMAN, D.F. (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. cap. 9. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.172-187.

PEGORARO, Renata Fabiana; CASSIMIRO, Tiago José Luiz; LEÃO, Nara Cristina. Matriciamento em Saúde Mental Segundo Profissionais da Estratégia da Saúde da Família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n.4, p. 621-631, dez. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000400621&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019.

PINHEIRO, Odette de Godoy. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2013. p.156-165.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, Jun. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2019

RAMOS, Priscila Freitas; PIO, Danielle Abdel Massih. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 212-223, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019

RIBEIRO, Mariana de Oliveira Pasqualin; CACCIA-BAVA, Maria do Carmo Gullaci Guimarães; GUANAES-LORENZI, Carla. Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 369-390, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642013000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2019.

ROGERS, Carl. **Tornar-se pessoa**. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

SALA, Arnaldo *et al.* Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019

SANTOS, Ana Flávia de Oliveira; CARDOSO, Cármen Lúcia. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação com serviço. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 19, n. 1, p. 13-21, mar. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2014000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019

_____. Family members of individuals suffering from mental disorders: Stress and care stressors / Familiares de pessoa em sofrimento mental: estresse e estressores no cuidado. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 32, n. 1, p. 87-95, mar. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000100087&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019

SANTOS, Benedito Carlos Alves dos *et al.* Características emocionais e traços de personalidade em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 60, n. 133, p. 139-152, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019.

SANTOS, Creudênia Freitas; EULÁLIO, Maria do Carmo; BARROS, Priscila Magalhães. O Sentido do Cuidar para Familiares de Pessoas com Transtorno Mental: Um Estudo Descritivo. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 27-35, jul/dez.2015. Instituto Metodista de Ensino Superior. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/5011>>. Acesso em: 04 Nov. 2019.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a Passagem do Milênio. In: PITTA, Ana. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 143.

SILVA, Gilza da et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 404-417, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000200404&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Nov. 2019.

SILVA, Everaldo de Santana; LINS, Gustavo Aveiro; CASTRO, Elza Maria Neffa Vieira de. Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 171-186, jul-dez, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2016.25976>. Acesso em: 04. Out. 2019.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; SANTOS, Josenaide Engracia dos. (org.). **Construção Social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família**. Ilhéus, BA: Editus, 2014. 216 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/t387x/pdf/lino-9788574554471.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2019

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: _____. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 1999.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: _____. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013. p. 42-70.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002. p. 726.

TAMATSU, Daniely Brito; ARAÚJO, Ana Carolina da Costa. Atenção Primária e Saúde Mental: Contribuições e Potencialidades do Apoio Matricial. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. São Paulo, v. 24, n. 2, jul/dez. 2016. Disponível em:

<<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6720/5542>>.

Acesso em: 28 out. 2019.

THOFEHRN, Maira Buss; LEOPARDI, Maria Tereza. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 409-417, set. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019.

TÓFOLI, Luís Fernando; FORTES, Sandra. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral/CE: um relato de experiência. **SANARE: Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE**, v. 6, n. 2, p. 34-42, jul/dez. 2005/2007.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175p

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In: _____. (org). **Abordagens**

psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, p. 27-55, 2009.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005.

Suplemento.

Disponível

em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso)

[73312005000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jul. 2019.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes; ROSA, Miriam Debieux. Clínica psicossocial: articulando saúde mental e a estratégia saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 16, p. 303-326, jun.

2011

Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100006&lng=pt&nrm=iso)

[44272011000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2019.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título “Conhecendo Perfis e Sentidos da Produção de Cuidado e Saberes em Saúde Mental no Contexto da Saúde da Família, no Município de Vitória da Conquista, Bahia”. Meu nome é Laura Régia Oliveira Cordeiro, sou membro da equipe de pesquisa deste projeto de Mestrado da área de Saúde da Família. Esse estudo objetiva: analisar a produção desentidos sobre os cuidados e saberes em saúde mental no contexto da Saúde da Família, a partir das perspectivas e percepções dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e dos usuários do serviço da Estratégia de Saúde da Família. Tendo por finalidade servir como base para elaboração de futuras intervenções no processo de educação em saúde mental no cenário da Saúde da Família. Ademais, permitirá uma avaliação e proposição de políticas e ações em saúde que possam fortalecer o cuidado integral de pacientes em sofrimento mental.

Sua participação será em dois momentos: o primeiro de entrevistas semiestruturadas (individuais/ presenciais ou metapresenciais) com os sujeitos da comunidade e o segundo será uma roda com um representante de cada um dos grupos participantes da pesquisa geral. As entrevistas e a oficinas serão gravadas e transcritas para posterior análise, com o intuito de proporcionar trocas de saberes a partir da identificação de demandas trazidas pelos próprios componentes das rodas e das vozes que os acompanham nas suas produções de sentidos. Os possíveis riscos aos quais você estará exposto são a possibilidade de ser constrangido ao não conseguir responder alguma das perguntas ou por responde-las diante de outros indivíduos, no entanto, para evitar ou minimizar os mesmos será realizada uma roda de conversa em que os participantes terão liberdade para se expressar, sendo atribuído um valor relevante para todas as respostas, sem classifica-las como corretas ou incorretas. Você terá direito a assistência integral gratuita devido a danos diretos e/ou indiretos, imediatos e/ou tardios, pelo tempo que houver necessidade, além de indenização devido a eventuais danos que porventura sejam decorrentes de sua participação da pesquisa proposta.

Após receber os devidos esclarecimentos, caso aceite fazer parte deste estudo, deverá assinar duas vias deste documento em todas as páginas, sendo que, uma das vias lhe será disponibilizada, e a outra ficará na guarda desta equipe de pesquisa, que garante o sigilo e a confidencialidade dos dados disponibilizados. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. No caso de dúvidas referentes a esta Pesquisa, lhe é garantido o direito de entrar em contato com os membros desta Equipe, onde dos dados (nome, telefone, endereço

institucional) lhe serão fornecidos no final deste TCLE. No caso de dúvidas sobre as questões éticas aplicadas nesta Pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pública de Saúde de Vitória da Conquista (CEP/FSVC) Av. Macaúbas, 100 - Kadija, Vitória da Conquista - BA, 45065-540, Telefone: (77) 3420-6200, das 9h às 12h e 14h às 17h de segunda a sexta-feira.

Declaração do(s) Pesquisador(es)

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declaram para os devidos fins, que cumprirão esclarecerão as informações acima, além de garantir que, se necessário for, você terá acesso, a assistência integral e gratuita, devido aos danos diretos e/ou indiretos, imediatos /ou tardios, resultantes de a sua participação neste estudo. Toda informação é de total confidencialidade e sigilo; sua desistência na participação deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações, e se necessário for, você será devidamente ressarcido(a) em caso de custos para participar desta pesquisa (transporte/locomção, possível alimentação etc.). Será acatada as decisões judiciais que possam suceder.

Eu, _____, identificado com No _____ (RG), fui informado de todos os procedimentos da pesquisa e declaro que aceito participar.

Vitória da Conquista-Bahia, ____ de ____ de 20__.

Assinatura do voluntário

Laura Régia Oliveira Cordeiro Telefone: (75) 98866-6176

E-mail: lauregia08@yahoo.com.br

ANEXO B - CARTA CONVITE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título **“Conhecendo Perfis e Sentidos da Produção de Cuidado e Saberes em Saúde Mental no Contexto da Saúde da Família, no Município de Vitória da Conquista, Bahia”**. Meu nome é **Laura Régia Oliveira Cordeiro**, sou membro da equipe de pesquisa deste projeto de Mestrado da área de Saúde da Família.

Sua participação será realizada em dois momentos, sendo o primeiro, uma entrevista semiestruturadas (individuais/ presenciais ou metapresenciais) e, o segundo momento, uma roda de conversa com um representante de cada um dos grupos participantes da pesquisa geral. As entrevistas serão agendadas de acordo com a sua disponibilidade. A oficina ocorrerá no dia X/X/X , das x horas às x horas, na Faculdade Santo Agostinho. Esta pesquisa poderá auxiliar na elaboração de intervenções para melhorias no cuidado em saúde mental no âmbito da saúde da família. Ademais, permitirá uma avaliação e proposição de políticas e ações em saúde que possam fortalecer o cuidado integral de pacientes em sofrimento mental.

Vitória da Conquista-Bahia, ____ de _____ de 20 ____

Laura Régia Oliveira Cordeiro Telefone: (75) 98866-6176

Email: lauraregia08@yahoo.com.br

ANEXO C- ROTEIROS DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Baseados: Os repertórios interpretativos (resultados) encontrados no levantamento bibliográfico (vide referencial teórico); e as escalas validadas - Escala De Avaliação Do Impacto Do Trabalho Em Serviços De Saúde Mental IMPACTO-BR e Escala De Avaliação Da Satisfação Dos Familiares Com Os Serviços De Saúde Mental SATIS-BR (BANDEIRA; LIBERATO; PITTA, 2002).

- **Profissionais da ESF:**

1. O que vem a sua mente sobre quando ouve falar sobre o cuidado em saúde/doença mental para você?
2. Acerca da reforma psiquiátrica, o que você diria?
3. Fale um pouco sobre Rede de Atenção Psicossocial?
4. Como você enxerga o cuidado em saúde mental na sua unidade de saúde? E na Atenção primária como um todo? (O que poderia ser feito para trazer melhorias?)
5. Como você atua na assistência as demandas de saúde mental que chegam a sua Unidade?
6. Em que situações a comunidade procura a sua unidade com demandas de Saúde mental?
7. Você conhece práticas de cuidado em saúde mental não medicamentosa? Fale sobre elas. (Elas são realizadas no sua USF?) Se sim, você considera eficientes essas práticas?
8. Como a sua unidade estabelece o cuidado conjunto com outros serviços de assistência à saúde mental (CAPS: NASF: CREAS...)?
9. Você acredita em cura dentro do processo de saúde/doença mental? Justifique.
10. Como está a sua saúde mental? O que você acha que contribui para estar se sentindo assim? Quais estratégias seriam importantes para dar suporte a mesma?
11. Sobre a educação permanente em saúde mental e Atenção Primária à Saúde, o que diria?

Profissionais do CAPS:

1. O que vem a sua mente sobre quando ouve falar sobre o cuidado em saúde/doença mental para você?
2. Acerca da reforma psiquiátrica, o que você diria?
3. Fale um pouco sobre Rede de Atenção Psicossocial?
4. O que você conhece sabe sobre o apoio matricial entre os serviços de saúde mental? Como o seu serviço, CAPS, atua ou deveria atuar neste sentido?
5. Como é a relação da equipe do CAPS com as demais equipes responsáveis pelos cuidados em saúde mental na APS? (pontos positivos e negativos)
6. Como você percebe o cuidado em saúde mental no contexto da saúde da família? (pontos positivos e negativos)
7. Além da unidade de saúde da família, quais outros espaços você acredita que contribuem ou deveriam contribuir para o cuidado em saúde mental na atenção primária?
8. Você acredita em cura no processo de saúde/doença mental? Por quê?
9. Como está a sua saúde mental? O que você acha que contribui para estar se sentindo assim? Quais estratégias seriam importantes para dar suporte a mesma?
10. Você considera importante a educação permanente para fortalecer o cuidado integral em saúde mental na APS? Por quê?

- **Profissionais do Ambulatório de Saúde Mental**

1. O que vem a sua mente sobre quando ouve falar sobre o cuidado em saúde/doença mental para você?
2. Acerca da reforma psiquiátrica, o que você diria?
3. Fale um pouco sobre Rede de Atenção Psicossocial?
4. Como ocorre a articulação dos demais serviços da RAPS com o ambulatório de saúde mental?
5. Para você como a ESF deve atuar no cuidado aos transtornos mentais? Há uma articulação entre ela e o ambulatório de saúde mental? (pontos positivos e negativos)
6. Da onde os pacientes atendidos no ambulatório de saúde mental são referenciados? Quais as principais demandas deles?
7. Você acha que algumas atividades do ambulatório poderiam se atendidas na ESF? Se sim, quais?
8. Você acredita em cura no processo de saúde/doença mental? Por quê?
9. Como está a sua saúde mental? O que você acha que contribui para estar se sentindo assim? Quais estratégias seriam importantes para dar suporte a mesma?
10. Você considera importante a educação permanente para fortalecer o cuidado integral em saúde mental na APS? Por quê?