



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM CASINHAS/PE: UM ESTUDO DE
CASO EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

CAMPINA GRANDE

2017

LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM CASINHAS/PE: UM ESTUDO DE
CASO EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thelma Maria Grisi Velôso

CAMPINA GRANDE

2017

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A553s Andrade, Lucélia de Almeida.
Saúde mental na atenção básica em Casinhas/PE [manuscrito] : um estudo de caso em um município de pequeno porte / Lucélia de Almeida Andrade. - 2017.
186 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Veloso, Departamento de Psicologia - CCBS."

1. Atenção básica. 2. Saúde mental. 3. Produção de sentidos. 4. Práticas discursivas.

21. ed. CDD 362.2

LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE

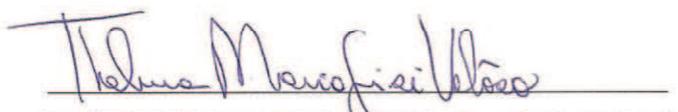
**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM CASINHAS/PE: UM ESTUDO
DE CASO EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos Psicossociais e saúde

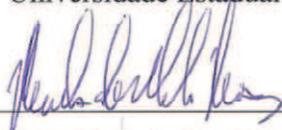
Aprovada em 29 de setembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Thelma Maria Grisi Veloso (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dr.^a Maristela de Melo Moraes (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho (Examinador Interno)

Universidade Estadual da Paraíba (PPGPS/UEPB)

*Dedico este trabalho a todas as pessoas
que me ajudaram a “olhar”.*

AGRADECIMENTOS

À professora Thelma Maria Grisi Velôso, que me acolheu mais uma vez como sua orientanda, pelo companheirismo e amizade, pelo equilíbrio entre exigência e cuidado, pelo incentivo constante e, especialmente, por acreditar na realização deste trabalho.

À professora Maristela de Melo Moraes e ao professor Pedro de Oliveira Filho, que aceitaram gentilmente participar da construção desta dissertação. As valiosas contribuições oferecidas na banca de qualificação foram fundamentais para o desenvolvimento e conclusão desta pesquisa.

À UEPB, por me receber de volta através do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, viabilizando a concretização de mais uma etapa de minha trajetória acadêmica. Agradeço, também, a todos os professores deste programa que, estimulando questionamentos e reflexões, compartilharam o processo de construção de conhecimentos.

À professora Sibelle Barros, pela companhia generosa durante a realização do Estágio de Docência. A todos os estudantes, e, de modo especial, aos participantes do projeto de extensão “Psicologia e Educação Popular no meio rural” e do grupo de estudos “Psicologia e Educação Popular”, pela partilha durante a experiência de estágio.

Também aos colegas de pesquisa, Farah, Jerbbson, Virgínia, Carolina e Ana Clara, por aprendermos juntos e pela torcida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de estudos que, além de garantir o seguimento do curso, financiou a realização das atividades de pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Casinhas/PE, por todo acolhimento e apoio dispensados para que este trabalho pudesse ser desenvolvido. Agradeço, também, a todas as pessoas que participaram deste estudo, tornando possível esta dissertação.

A todos os colegas do mestrado, especialmente a Celina, Helyssa, João e Myriam, com quem dividi a intensidade das alegrias e, também, dos apereios nos últimos tempos.

Às amigas e amigos queridos, com quem divido muito desejo de mundo, especialmente, Pablo, Sara, Helyssa e Adelle. Sou muito grata por terem me acompanhado, por terem contribuído para a realização deste trabalho, por me dizerem que “ficar doida” é legítimo, por serem ouvidos e olhos tão atentos e por acolherem minhas angústias com generosidade, empatia e estímulo.

Ao meu companheiro Nilton, pelo amor, apoio, paciência, lavanda, alecrim e laranja doce, essenciais para o desenvolvimento e finalização desta dissertação. Obrigada pela

companhia, ânimo; por acreditar.

À minha família, com quem aprendo cotidianamente que o mundo é diverso. Painho (in memoriam), mainha, meus irmãos e demais familiares queridos, obrigada por todo amor, afeto e por estarmos juntos. Sigamos aprendendo...

*Estou vivendo
No mundo do hospital
Tomando remédios
De psiquiatria mental*

*Haldol, Diazepam
Rohypnol, Prometazina
Meu médico não sabe
Como me tornar
Um cara normal*

Harmonia Enlouquece

RESUMO

No Brasil, a atenção básica assume posição estratégica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pois representa, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), a porta de entrada para esse sistema. Nesse contexto, o desenvolvimento de ações em saúde mental na atenção básica é impulsionado pela inclusão da Reforma Psiquiátrica na agenda brasileira de implementação de políticas públicas de saúde. A atenção básica e a Reforma Psiquiátrica compartilham princípios e diretrizes, objetivando a superação das limitações do modelo biomédico e a construção de um modelo dinâmico, complexo e não reducionista de atenção à saúde, o modelo psicossocial. Preconiza-se que programas e ações em saúde mental sejam incorporados aos serviços de atenção básica de maneira articulada aos serviços especializados. Contudo, nas cidades pequenas, cuja população não é superior a 20.000 habitantes, a atenção em saúde mental deve ser estruturada a partir dos serviços de atenção básica, especialmente, da ESF. Mediante o exposto, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar como se caracteriza a atenção em saúde mental no nível de atenção básica no município de Casinhas/PE. Os objetivos específicos foram: caracterizar a rede de atenção em saúde mental no município de Casinhas; compreender como a atenção básica tem recebido e atendido a demanda em saúde mental no município; analisar os sentidos que os profissionais, familiares e usuários constroem sobre a atenção em saúde mental no nível de atenção básica; e identificar, nas práticas discursivas de profissionais, familiares e usuários as avaliações e as expectativas que produzem sobre a atenção em saúde mental no nível de atenção básica no referido município. O referencial teórico adotado foi a proposta de estudo das produções de sentidos a partir da análise das práticas discursivas. Para desenvolver esta pesquisa, optamos por uma abordagem de cunho qualitativo, delimitada como estudo de caso único, ao delimitar como subunidades de análise as práticas discursivas de profissionais, familiares e usuários. Os procedimentos metodológicos adotados foram: consulta em documentos de domínio público, realização de observações no cotidiano, realização de entrevistas semiestruturadas e o registro em diário de campo. Foram entrevistadas 31 pessoas, sendo 14 (catorze) profissionais, 9 (nove) usuários e 8 (oito) familiares. Para analisar as práticas discursivas, recorreremos aos mapas dialógicos como técnica de análise, conforme propõe o referencial teórico adotado. No processo de análise das práticas discursivas foram definidos três eixos analíticos: *caracterização da atenção em saúde mental na atenção básica; avaliações sobre a atenção em saúde mental na atenção básica e expectativas sobre a atenção em saúde mental na atenção básica*. No que se refere ao primeiro eixo, ressalta-se que o serviço se desenvolve a partir de práticas como identificação da demanda em saúde mental e encaminhamento para especialistas, sobretudo, psiquiatras e visitas domiciliares. A articulação entre os profissionais, serviços de saúde e assistência social são pautados pelo especialismo e o uso de medicamentos. Os relatos valorizam muito pouco a utilização de estratégias sociocomunitárias. No que diz respeito ao segundo eixo, as avaliações apontam para aspectos positivos da atenção ofertada relacionados à interação, ao desenvolvimento, proporcionados aos usuários participantes de um grupo de saúde mental que existiu no município, ao trabalho multiprofissional, à proximidade do serviço e ao acesso ao medicamento. Sobressaem-se, no entanto, nos relatos, limitações relacionadas à falta de recursos humanos e institucionais. A família e os usuários são responsabilizados pela efetivação do cuidado. Ressalta-se, também, o pouco investimento governamental no desenvolvimento de ações de saúde mental. Quanto ao terceiro eixo, as expectativas se relacionam com a manutenção do modelo médico hegemônico. No entanto, sobressaem-se sentidos produzidos numa perspectiva que se aproxima da construção de uma compreensão mais ampliada da atenção em saúde mental na atenção básica. Embora, nos relatos dos nossos entrevistados, observe-se uma tímida sinalização de um processo de incorporação de alguns aspectos do modelo psicossocial (que

ainda não se refletem no campo prático), os resultados desta pesquisa convergem para a compreensão de que a assistência em saúde mental no município de Casinhas/PE é caracterizada por uma ênfase no modelo médico hegemônico e, por extensão, na Psiquiatria. Portanto, ainda distante do que preconizam a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Palavras-chave: Atenção Básica; Saúde Mental; Estudo de caso; Produção de sentidos; Práticas discursivas.

ABSTRACT

In Brazil, basic care assumes a strategic position within the scope of the Unified Health System (SUS), as it represents, through the Family Health Strategy (ESF), the gateway to this system. In this context, the development of actions in mental health in basic care is driven by the inclusion of the Psychiatric Reform in the Brazilian agenda for the implementation of public health policies. Basic care and Psychiatric Reform share principles and guidelines, aiming at overcoming the limitations of the biomedical model and the construction of a dynamic, complex and non-reductionist model of health care. It is recommended that mental health programs and actions be incorporated into basic health services in an articulated way to specialized services. However, in small cities with a population of no more than 20,000 inhabitants, mental health care must be structured from the basic care services, especially from the ESF. Thus, this research had as general objective to analyze how mental health care is characterized at the level of basic care in the municipality of Casinhas/PE. The specific objectives were: to characterize the network of mental health care in the municipality of Casinhas/PE; to understand how basic care has received and attended the demand in mental health in the municipality; to analyze the meanings that professionals, relatives and users construct about mental health care at the level of basic care in the municipality; and to identify, in the discursive practices of professionals, relatives and users, the evaluations and the expectations that they produce about mental health care at the level of basic care in the mentioned municipality. The theoretical reference adopted was the proposal of a study of the productions of meanings from the analysis of the discursive practices. To develop this research, we chose a qualitative approach, outlined as a single case study, by delimiting the discursive practices of professionals, relatives and users as subunits of analysis. The methodological procedures adopted were consultation in public domain documents, daily observations, semi-structured interviews and field journaling. We interviewed 31 people, 14 (fourteen) professionals, 9 (nine) users and 8 (eight) relatives. To analyze the discursive practices, we use the dialogical maps as an analysis technique, as proposed by the adopted theoretical framework. In the process of analyzing discursive practices, three analytical axes were defined: *characterization of mental health care in basic care; evaluations on mental health care in basic care and expectations on mental health care in basic care*. With regard to the first axis, it is emphasized that the service develops from practices such as identification of the demand in mental health and referral to specialists, especially, psychiatrists and home visits. The articulation between professionals, health services and social assistance are guided by specialism and the use of medicines. The reports poorly valorize the use of socio-community strategies. Regarding the second axis, the evaluations point to positive aspects of the offered care related to the interaction, to the development, provided to the users participating in a mental health group that existed in the municipality, the multiprofessional work, the proximity of the service and the access to the medication. However, in the reports, limitations are related to the lack of human and institutional resources. The relatives and the users are responsible for the effectiveness of the care. It is also worth noting the little governmental investment in the development of mental health actions. Concerning the third axis, the expectations are related to the maintenance of the hegemonic medical model. Nonetheless, senses are produced in a perspective that approaches building a broader understanding of mental health care in basic care. Although, in the reports of our interviewees, there is a timid sign of a process of incorporation of some aspects of the psychosocial model (which are not yet reflected in the practical field), the results of this research converge to the understanding that assistance in mental health in the municipality of Casinhas/PE is characterized by an emphasis on the hegemonic medical model and, by

extension, on Psychiatry. Therefore, still far from what the National Mental Health Policy (PNSM) and the National Primary Care Policy (PNAB) advocate.

Keywords: Basic care; Mental health; Case study; Production of meanings; Discursive practices.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Desenho da RAPS na II Região de Saúde de Pernambuco.....	51
Figura 2. Mapa de Pernambuco com a distribuição espacial das macrorregiões de saúde e indicação dos municípios sede.....	62
Figura 3. Mapa de Pernambuco com a distribuição espacial das doze regiões de saúde e indicação dos municípios sede.....	63
Figura 4. Mapas das Regiões de Saúde I, II, IV e VI com indicativo da subdivisão em Microrregiões de Saúde.....	63-64
Figura 5. Mapa da II Região de Saúde com indicação dos municípios que a compõem.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de usuários com cadastro ativo, até setembro de 2016, no sistema de dispensação de medicamentos psicotrópicos da Farmácia Básica de Casinhas/PE.....	49
Tabela 2. Quantitativo de famílias cadastradas, população adscrita e ACS por UBS no município de Casinhas/PE.....	68
Tabela 3. Quantitativo de usuários de mental nas áreas de abrangência de cada UBS do município de Casinhas/PE.....	70

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
UBS	Unidade Básica de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
PBF	Programa Bolsa Família
BPC	Benefício de Prestação Continuada
PAIF	Programa de Atendimento Integral à Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
PPGPS/UEPB	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba
APS	Atenção Primária à Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIASS	Programa de Integração das Ações de Saúde e Saneamento
OMS	Organização Mundial de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
AIS	Ações Integradas em Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
UMCLM	Unidade Mista Cecília Leal de Miranda
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
CIR	Comissão Intergestores Regional
GERES	Gerência Regional de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola

SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico de Terapia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO 1 ATENÇÃO PRIMÁRIA (BÁSICA) E SAÚDE MENTAL: HISTÓRICO, TRANSFORMAÇÕES E (DIÁLOGO).....	24
1.1 Atenção primária (básica).....	24
1.2 Atenção primária (básica) e saúde mental.....	35
1.3 Atenção primária (básica) e saúde mental em Casinhas/PE...	47
CAPÍTULO 2 ESTUDO DA PRODUÇÃO DE SENTIDOS ATRAVÉS DA ANÁLISE DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS.....	53
CAPÍTULO 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	62
3.1 Situando e caracterizando o local de pesquisa.....	62
3.2 Delineamento da pesquisa: um estudo de caso.....	71
3.3 Procedimentos para obtenção das informações.....	73
3.4 Procedimentos para análise das entrevistas.....	78
3.5 Aspectos Éticos.....	80
CAPÍTULO 4 COMO SE CARACTERIZA A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CASINHAS/PE NOS RELATOS DE PROFISSIONAIS, FAMILIARES E USUÁRIOS.....	82
4.1 A atenção em saúde mental na atenção básica nas práticas discursivas dos profissionais.....	82
4.2 A atenção em saúde mental na atenção básica nas práticas discursivas das familiares.....	102
4.3 A atenção em saúde mental na atenção básica nas práticas discursivas dos usuários.....	107
4.4 Dialogando com a teoria.....	115
CAPÍTULO 5 AVALIAÇÕES E EXPECTATIVAS SOBRE A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CASINHAS/PE.....	123
5.1 Avaliações e expectativas construídas pelos profissionais sobre a atenção em saúde mental na atenção básica.....	123
5.2 Avaliações e expectativas construídas pelas familiares sobre a atenção em saúde mental na atenção básica.....	141
5.3 Avaliações e expectativas construídas pelos usuários sobre a atenção em saúde mental.....	147
5.4 Dialogando com a teoria.....	152
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
REFERÊNCIAS.....	164
APÊNDICES.....	177
ANEXOS.....	181

INTRODUÇÃO

O encontro com a saúde mental, oportunizado durante a graduação, através da experiência de Estágio Supervisionado em Psicologia Social (Departamento de Psicologia/ Universidade Estadual da Paraíba - UEPB) num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III “Reviver”) de Campina Grande/PB, reverbera em mim desde então. A inserção nesse campo exigiu aprofundamento das reflexões teóricas a partir da construção de uma práxis comprometida com os princípios do movimento de Reforma Psiquiátrica, inscritos na PNSM (Andrade, 2012; Andrade & Thelma Veloso, 2015; Andrade, Lima & Thelma Veloso, 2016).

Durante o estágio, além das atividades realizadas junto ao CAPS III “Reviver”, pude me aproximar do cotidiano de outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do referido município, especialmente do Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Essa aproximação mobilizou afetos e inquietações que me motivaram a realizar uma pesquisa-intervenção para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Psicologia, na UEPB. Essa pesquisa teve como objetivo analisar os sentidos que os cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade de Campina Grande constroem sobre o seu trabalho nessas residências (Andrade, 2013). Por meio dessa pesquisa, aproximei-me do referencial teórico-metodológico do estudo da produção de sentidos através da análise das práticas discursivas (Spink, 2010; Spink & Frezza, 2013; Spink & Medrado, 2013).

Cabe registrar ainda que, como psicóloga, trabalhei no período entre setembro de 2013 e abril de 2015, na equipe de um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), localizado no município de Casinhas/PE, cuja população não chega aos 20.000 habitantes.

Nos anos 2000, o processo de interiorização da profissão e dos cursos de formação em Psicologia por todo o território brasileiro possibilitou uma aproximação dos psicólogos com os municípios de médio e pequeno porte. Esse processo resulta, conforme Leite, Macedo, Dimenstein e Dantas (2013, p. 30), “tanto de uma rede de serviços ligados ao campo do bem-estar social, ou seja, fruto da municipalização das políticas de saúde e assistência social, quanto pela implantação de projetos e outros dispositivos de reforma e expansão da educação superior”. Numa espécie de êxodo invertido, psicólogos têm deixado as capitais e grandes centros urbanos em busca de oportunidades de trabalho num vasto território, até então pouco explorado pela Psicologia, as “cidades pequenas”¹, em que se estabelece uma estreita relação com o entorno rural (Dantas & Oliveira, 2014).

¹Ao guiarmo-nos pelos estudos de Bacelar (2010), Dantas e Oliveira (2014) e Soares e Melo (2010), optamos por utilizar a terminologia “cidade pequena” em referência aos municípios com população inferior a 20.000

Para os autores citados acima, a inserção de psicólogos nesses “novos” territórios de atuação tem sido oportunizada através da implantação de serviços de atenção básica à saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e de serviços de assistência social, como o CRAS, onde trabalhei. Desse modo, os psicólogos aproximam-se da população do campo e são confrontados com “novos” sujeitos e “novas” realidades, que passam a demandar sua atenção.

No Brasil, o reordenamento da assistência social deu-se através da construção de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS) estruturado a partir de um conjunto de serviços e programas baseados na racionalização, organização e hierarquização de suas ações. A assistência social passou a contar com uma rede de proteção social organizada em níveis de complexidade (básica, organizada e executada pelo CRAS, e especial, organizada e executada pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS) tendo como foco de atenção a família, e como base da organização de ações e serviços, o território. A proteção social básica objetiva prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social. A gestão de programas de transferência de renda como o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) também faz parte do escopo de ações desse nível de proteção (Brasil, 2004a).

Cabe destacar a responsabilidade do CRAS pela execução do Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF) em seu contexto comunitário, tendo em vista o estímulo ao protagonismo e ao convívio sociofamiliar e comunitário. Ao atuar como a principal porta de entrada do SUAS, dada a sua capilaridade, o CRAS é um equipamento que materializa esse sistema de modo mais territorializado (Brasil, 2004a, 2009a).

Vale destacar que o processo de implantação desses equipamentos no território brasileiro ocorreu de modo acelerado. Concomitantemente houve um crescimento expressivo do número de psicólogos atuando no campo das políticas públicas de assistência social, uma vez que há diretrizes normativas para a inclusão do profissional da Psicologia na composição da equipe mínima do CRAS, bem como de outros serviços e equipamentos no âmbito do SUAS. Destarte, esse sistema é considerado o campo com maior inserção de psicólogos no país (Cruz & Hillesheim, 2013; Dantas & Oliveira, 2014).

Em minha inserção no SUAS, as reverberações do encontro com a saúde mental me acompanharam, pois embora estivesse num outro campo de políticas públicas, deparava-me com questões relativas à saúde mental nesse território: encaminhamentos realizados pela delegacia da cidade; denúncias informais; demanda espontânea de familiares que procuravam o referido serviço com o objetivo de internar algum familiar em sofrimento psíquico², inclusive com um apelo para judicializar a “demanda” por internação psiquiátrica. Trata-se, portanto, de uma prática que impõe dilemas relacionados ao papel, atuação, limites e possibilidades de produção de cuidado na perspectiva psicossocial a partir da articulação de rede, considerando os recursos institucionais e comunitários disponíveis e possíveis no município em questão.

Cabe ressaltar que passei a atuar num município significativamente distinto de Campina Grande em muitos aspectos, especialmente, no que se refere à estruturação da RAPS. Em Campina Grande, a efetivação da Reforma Psiquiátrica, impulsionada pelo processo de intervenção em um dos hospitais psiquiátricos do município, possibilitou a implantação de uma ampla rede de serviços substitutivos (Barbosa, Souza & Dimenstein, 2009; Cirilo & Oliveira, 2010). O município avançou e viabilizou novas formas de acolher e cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, ao se contrapor aos princípios impostos pela prática segregadora da hospitalização psiquiátrica, tornando-se referência no país.

Casinhas é uma cidade pequena, que não atende ao critério populacional mínimo para a implantação de um serviço de atenção psicossocial especializado. A atenção em saúde mental, nesse contexto, deve ser estruturada a partir da atenção básica, recorrendo à estratégia de apoio matricial³ (Brasil, 2003, 2005). Nesse sentido, a ESF, através das equipes de Saúde da Família (EqSF) e NASF, assume um papel fundamental para a articulação da RAPS no território das cidades pequenas. Conforme Silva, Dimenstein e Leite (2014), a ESF tem potencial para desenvolver ações de prevenção, promoção em saúde mental resolutivas, territoriais e contínuas, ao recorrer à mobilização e potencialização de recursos comunitários, tendo em vista a inserção e convivência familiar e comunitária.

²Optamos por utilizar essa terminologia considerando que os termos “sofrimento psíquico” e “pessoa em sofrimento psíquico” são utilizados, no contexto da Reforma Psiquiátrica, de modo a produzir uma contraposição aos termos “doença mental” e “doente mental”, objetivando a transformação do imaginário social sobre a loucura (Melo, 2017).

³O apoio matricial é uma metodologia de trabalho que visa assegurar tanto retaguarda assistencial especializada quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, constituindo-se num arranjo complementar ao previsto em sistemas hierarquizados, como mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pressupõe a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial (Campos & Domitti, 2007; Cunha & Campos, 2011).

No entanto, pouco se conhece acerca das ressonâncias da PNSM na maioria dos municípios brasileiros, em especial nas cidades pequenas (Luzio & L'Abbate, 2009). Cabe destacar novamente que essas cidades constituem territórios híbridos com fortes características rurais (Bacelar, 2010; Soares & Melo, 2010). Sendo assim, Albuquerque (2002) afirma que, embora pratiquemos uma Psicologia aplicada ao Brasil e ao brasileiro, com sua cultura, sutilezas e nuances próprias, temos feito uma psicologia urbana. Leite et al. (2013), ao discutirem os desdobramentos da interiorização da profissão, asseveram que é preciso mantermo-nos em alerta para que o ingresso dos psicólogos nas políticas públicas não se reduza à mera ampliação de mercado de trabalho. O meio rural tem se convertido num espaço de configurações diversificadas, incorporando transformações e produzindo ruralidades em contextos sociais, culturais e regionais específicos. Não se trata de transformações que se dão em oposição aos contextos urbanos, pelo contrário, constituem um processo de interação, de conexões, de continuidades entre rural e urbano. Nesse sentido, os autores consideram que, para avançar na proposição de uma Psicologia mais próxima e comprometida com a realidade e as necessidades da população de cidades pequenas, há que se colocar o envolvimento de nossa categoria profissional com o contexto das ruralidades como uma questão fundamental na formação e educação permanente. Ainda, Dantas e Oliveira (2014), destacam a necessidade de compreender as particularidades sociais, econômicas, políticas e culturais que atravessam o cotidiano de práticas dos psicólogos inseridos no território das cidades pequenas.

Macedo e Dimenstein (2011) apontam que a gestão das políticas públicas nesses territórios, devido ao caráter centralizador, autoritário e clientelista, não tem conseguido construir respostas resolutivas frente às necessidades da população. No que se refere à atenção em saúde em áreas rurais, Silva et al. (2013, 2014) destacam que as populações rurais ainda carecem de atenção e cuidado no que se refere à garantia do direito à saúde. Embora tenhamos um sistema de saúde universal e público, esses autores afirmam que os habitantes das zonas rurais têm sofrido com a ausência das políticas de saúde em seu cotidiano, especialmente se considerarmos a atenção básica e saúde mental. Nesse sentido, a efetivação de princípios como universalidade, acessibilidade e integralidade na atenção às pessoas em sofrimento psíquico constitui um desafio no âmbito do SUS.

Nesse ínterim, cabe destacar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) (Brasil, 2011a), instituída com o objetivo de garantir o acesso aos serviços de saúde, contribuir com a redução das vulnerabilidades em saúde e melhoria da qualidade de vida da população do campo e da floresta. Com esse intuito, a

referida política busca organizar e estruturar a rede de serviços do SUS para a população do campo e da floresta de forma regionalizada e hierarquizada, com garantia de acesso às ações integrais de atenção básica, de média e de alta complexidade. Conforme Silva et al. (2014), em termos de ampliação de marcos legais, pode-se afirmar que essa política reforça as diretrizes básicas para a construção de uma rede de cuidado em saúde considerando as especificidades dessa população.

Diante desse contexto, ao trabalhar no território de uma cidade pequena como Casinhas, começaram a surgir inquietações acerca da atenção em saúde mental em municípios que não contam com serviços especializados: Como se organiza a assistência em saúde mental numa cidade pequena? Quais dispositivos compõem a rede de assistência em saúde mental nesse território? Como ocorre a articulação dessa rede? Quais práticas em saúde mental estão sendo desenvolvidas nesse território? Quais sentidos usuários, familiares e profissionais⁴ constroem sobre o serviço ofertado?

Atualmente, o cenário das práticas em saúde mental passa por uma ampla revisão do modelo de atenção. O modelo psicossocial deve articular diversos atores e setores sociais, sinalizando para a importância do caráter intersetorial do trabalho em saúde (Arraes-Amorim & Dimenstein, 2009). Nessa perspectiva, entende-se que usuários, familiares e profissionais são atores de fundamental importância para a efetivação da proposta de Reforma Psiquiátrica, pois o reconhecimento de sua subjetividade e valorização de sua participação permite repensar as práticas vigentes e intervir no processo de trabalho e organização dos serviços, visando ampliar sua capacidade de resolutividade.

As inquietações suscitadas a partir de minha inserção profissional no território de uma cidade pequena e das reverberações de meu encontro com a saúde mental foram transformadas no projeto de pesquisa, escrito para submissão ao processo de seleção do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (PPGPS/UEPB). Após aprovação na seleção e ingresso no programa, a proposta de pesquisa passou por algumas reformulações, resultando na elaboração desta dissertação.

Na tentativa de responder as questões colocadas, realizamos uma pesquisa delineada como estudo de caso único, cujo objetivo principal foi analisar como se caracteriza a atenção em saúde mental no nível de atenção básica, no município de Casinhas/PE. Os objetivos

⁴Estamos considerando como profissionais os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional de Saúde da Família, quais sejam: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, conforme Brasil (2012). Também os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional NASF (Brasil, 2008a, 2009b). Ainda, nesta categoria, estão inseridos profissionais de saúde que ocupavam cargos de gestão no período de realização da pesquisa que deu origem a esta dissertação.

específicos foram, assim, delimitados: caracterizar a rede de atenção em saúde mental no município de Casinhas/PE; compreender como a atenção básica tem recebido e atendido a demanda em saúde mental no município; analisar os sentidos que usuários, familiares e profissionais constroem sobre a atenção em saúde mental no nível de atenção básica no município; identificar, nas práticas discursivas de usuários, familiares e profissionais, avaliações e expectativas construídas sobre atenção em saúde mental no nível de atenção básica.

Em busca de atingir esses objetivos, optamos por uma abordagem de cunho qualitativo, ao recorrer à consulta em documentos de domínio público, à realização de observações no cotidiano, à realização de entrevistas semiestruturadas e ao registro em diário de campo. Foram entrevistadas 31 pessoas, sendo 14 (catorze) profissionais, 9 (nove) usuários e 8 (oito) familiares. A análise das entrevistas foi fundamentada na proposta de estudo das produções de sentidos a partir da análise das práticas discursivas (Spink, 2010, Spink & Frezza, 2013; Spink & Medrado, 2013). Desse modo, recorreremos aos “mapas dialógicos” (Nascimento, Tavanti & Pereira, 2014) como técnica para análise das práticas discursivas. Cabe registrar que os documentos de domínio público e os diários de campo não foram submetidos à referida técnica de análise. Os documentos foram utilizados para complementarem informações e caracterizarem o campo de pesquisa, já os diários serviram como subsídio para qualificar a análise das práticas discursivas na medida em que possibilitaram estabelecer conexões entre as práticas discursivas e as observações no cotidiano.

No que se refere à relevância da pesquisa, usuários, familiares e profissionais são atores de fundamental importância nesse contexto atual. Nesse sentido, o estudo em questão constitui uma forma de diálogo com a subjetividade dos usuários, construída, também, na relação com o serviço e seu próprio sofrimento, pois, como afirma Foucault (2005), a partir do século XVIII, a loucura foi silenciada e retirada de circulação, dando lugar a um monólogo da razão. Ao captar a fala dos usuários, abre-se espaço para a emergência dessa voz, da valorização das práticas discursivas das pessoas em sofrimento psíquico no processo de construção do conhecimento.

Sobre a família, Severo, Dimenstein, Cabral, Brito & Alverga (2009) afirmam que, com o advento da Reforma Psiquiátrica, a família passa a ser vista a partir da perspectiva da co-responsabilização no tratamento, assumindo um papel fundamental na atenção à saúde mental, pois a proposta reformista prevê ações que atendam os familiares, bem como requer a participação da família no cuidado. Já o profissional é um ator social que assume papel de

fundamental importância para a efetivação da produção do cuidado em saúde mental no território. São esses trabalhadores quem, concretamente, lidam com os impasses, dúvidas e angústias do trabalho em saúde mental na atenção básica. Destacamos, também, que o nível de atenção básica se caracteriza como a “porta de entrada” do SUS e, portanto, constitui o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e será determinante na escolha dos caminhos a serem trilhados na produção do cuidado (Gama & Campos, 2009; Souza & Rivera, 2010).

Portanto, acreditamos que esta pesquisa traz elementos para subsidiar a constante discussão e reflexão sobre a atenção psicossocial e produção de modos de cuidado do sofrimento psíquico na perspectiva da territorialidade, sobre o papel da atenção básica no contexto da Reforma Psiquiátrica e sobre a atenção em saúde mental no âmbito da atenção básica em cidades pequenas de modo a contribuir com as reflexões acerca da atenção psicossocial no contexto rural. Considera-se que, no âmbito do SUS, a atenção básica tem, cada vez mais, e, especialmente, nas cidades pequenas, constituído-se como um importante campo de atuação do psicólogo. Diante do já explanado, ressaltamos a pertinência deste estudo para a área de Psicologia

Cabe destacar que estruturamos o texto que segue em cinco capítulos. No primeiro, a partir de uma abordagem histórica e contextual, tratamos do desenvolvimento do conceito de atenção primária (básica)⁵, sua importância para a organização dos sistemas de saúde, bem como sua interface com a saúde mental. No segundo capítulo, abordamos a proposta de estudo das produções de sentidos a partir da análise das práticas discursivas (Spink, 2010; Spink & Frezza, 2013; Spink & Medrado, 2013). O terceiro capítulo é dedicado a apresentação da metodologia que orientou a pesquisa. Ressaltamos a opção por uma abordagem de cunho qualitativo numa investigação delineada como estudo de caso único. Situamos e caracterizamos o universo da pesquisa e delimitamos como subunidades de análise as práticas discursivas de profissionais, familiares e usuários, que são analisadas no quarto e quinto capítulos. O quarto capítulo é dedicado à análise das práticas discursivas de profissionais, familiares e usuários a partir do eixo analítico caracterização da atenção em saúde mental na atenção básica em Casinhas. No quinto capítulo, ocupamo-nos da análise das práticas discursivas de profissionais, familiares e usuários a partir dos seguintes eixos

⁵No Brasil, em contraste com a tendência internacional do uso da terminologia “Atenção Primária à Saúde” para designar o primeiro nível de atenção à saúde, foi adotada a denominação “Atenção Básica”, oficializada no processo de estruturação do SUS. Somente em 2006, a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica, os referidos termos passaram a ser considerados equivalentes (Brasil, 2012). Ressaltamos, portanto, que neste trabalho utilizaremos a terminologia “Atenção Primária à Saúde” ao tratar do desenvolvimento do conceito, num período anterior à criação do SUS e em referência ao cenário internacional.

analíticos: avaliações sobre a atenção em saúde mental na atenção básica e expectativas sobre a atenção em saúde mental na atenção básica no referido município. Por fim, apresentamos as considerações finais, momento de retomada das principais questões discutidas e exposição, a título de reflexão, das “conclusões” às quais chegamos a partir das análises.

CAPÍTULO 1 ATENÇÃO PRIMÁRIA (BÁSICA) E SAÚDE MENTAL: HISTÓRICO, TRANSFORMAÇÕES E (DIÁLOGO)

Este capítulo está organizado em três seções. A primeira aborda as origens da atenção primária (básica) à saúde, bem como o contexto de transformações para a construção de um conceito ampliado enfatizando o histórico da saúde pública no Brasil e as interfaces com o cenário internacional e a importância da atenção básica para a organização do SUS. Na segunda seção, discutimos a reorientação da atenção em saúde mental no Brasil a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica, bem como a inserção da atenção básica nesse processo, tornando-se estratégica para a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental. Além disso, nesta seção, dialogamos com autores que têm se dedicado a estudar a atenção em saúde mental na atenção básica na tentativa de vislumbrar como esse campo vem sendo construído cientificamente. Na terceira e última seção, reunimos informações sobre a implantação de serviços e programas que estruturam a atenção básica, com destaque para a ESF e, também, informações sobre a atenção em saúde mental no município de Casinhas/PE. Também, nesta seção, buscamos articular tais informações com alguns estudos, realizados em cidades pequenas, sobre a temática em questão.

1.1 Atenção primária (básica)

De modo geral, o termo Atenção Primária à Saúde (APS) faz referência a uma assistência ambulatorial não especializada, que pode conjugar atividades clínicas e preventivas, desenvolvidas em serviços de fácil acesso, orientados para cobrir agravos e condições de saúde mais comuns e resolver parte significativa dos problemas de saúde de uma população (Giovanella & Mendonça, 2012; Lavras, 2011).

O debate sobre APS, ao longo do século XX, está atrelado ao processo de organização de sistemas de saúde em vários países, que resultaram em experiências diversas objetivando garantir a oferta de cuidados primários à população. Alguns estudos (Conill, 2008; Giovanella & Mendonça, 2012; Lavras, 2011; Mello, Fontanella & Demarzo, 2009) citam o Relatório *Dawson*, elaborado no Reino Unido, em 1920, como primeiro documento a tratar de princípios e diretrizes para serviços de atenção primária com uma proposta de organização regionalizada e hierarquizada do sistema de saúde daquele país.

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), na estrutura preconizada pelo referido relatório, o centro de saúde seria um serviço de atenção primária equipado para oferta integrada de serviços de medicina preventiva e curativa, conduzidos por médicos generalistas em cooperação com enfermeiros e apoio de especialistas, objetivando a cobertura da população de um distrito. O Relatório *Dawson* referenciou o processo de criação do *National Health Service* (NHS) britânico, no final da década de 1940, porém, mesmo após a criação do NHS, somente na década de 1960, esse modelo de centro de saúde foi difundido na Inglaterra (Giovanella & Mendonça, 2012; Lavras, 2011; Paim, 2012).

Além dessa iniciativa, Giovanella e Mendonça (2012) citam a experiência de países do bloco da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e do Leste Europeu, onde o centro de saúde representou um modelo de atenção ambulatorial mais inclusivo e integral, que articulava serviços clínicos e preventivos, de acesso universal e gratuito, geralmente, situados nos locais de trabalho. Diferentemente, nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, difundiu-se um modelo de centro de saúde com ênfase na saúde pública, destinado à prestação de serviços preventivos, com oferta de assistência médica individual (clínica) somente para doenças específicas e quando indispensável às atividades sanitárias.

Considerando a conformação histórica do sistema de serviços de saúde no Brasil, convém destacar que dois modelos de atenção são considerados hegemônicos: o modelo médico e o modelo sanitarista (Paim, 2012). Para esse autor, um modelo de atenção é uma combinação de tecnologias acionadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde tanto individuais quanto coletivas que deve ser compreendido a partir de uma correlação de forças.

Assim, cabe destacar que, no final do século XIX e início do século XX, a situação sanitária no Brasil era caótica em virtude de um processo desordenado de urbanização, que foi impulsionado pela pujança da cultura cafeeira. A intensificação de problemas estruturais afetou a saúde da população de tal maneira que o país passou a ser considerado insalubre; esta condição ameaçava as relações comerciais. Nesse sentido, “o discurso sanitarista tornou-se interlocutor central entre o Estado e a sociedade, contribuindo para instituir no país uma ordem política centralista e socialmente excludente” (Mello, Cesar, Beltrame & Herbele, 2010, p. 93), objetivando garantir as condições para manutenção da produção e comercialização do café brasileiro.

Sob essa nova ordem, um conjunto de práticas de saúde pública de caráter repressor, centralizado e focalizado no agente causador de epidemias ficou conhecido como “sanitarismo campanhista”. Esse modelo, determinado pelo arranjo agroexportador vigente na

economia brasileira, predominou desde o início do século XX até a década de 1960 (Escorel & Teixeira, 2012; Paim, 2012).

Contudo, nas palavras de Campos (2007), a saúde pública era marcada por disputas internas. Defensores de uma atuação sanitária permanente propunham a criação de uma rede de unidades de saúde para prestar assistência em áreas delimitadas com foco na saúde pública. Nesse contexto, cabe destacar o apoio da Fundação Rockefeller para a criação da especialidade médica de higiene e saúde pública, do curso de Enfermeiras de Saúde Pública e de Postos de Profilaxia e Saneamento Rural, no final da década de 1910. A partir de tais iniciativas, em 1925, teve início a implantação dos primeiros centros de saúde. A nova proposta, assentada na epidemiologia, educação e administração sanitária,

abrangeu novos princípios e metodologias, quais sejam: a subdivisão das cidades em Distritos Sanitários e a ação das equipes de enfermeiras visitadoras. Por meio destas buscava-se conhecer sistematicamente a situação dos domicílios, das famílias e indivíduos, monitorando e traçando o perfil epidemiológico de cada área. A partir desse conhecimento, passava-se a atuar segundo as técnicas de educação, prevenção e profilaxia disponíveis, transmitindo às famílias novos hábitos de higiene (Campos, 2007, pp.888-889).

Acreditava-se que a ignorância, mais do que a pobreza ou as degradantes condições em que viviam a imensa maioria dos brasileiros, era a causa do alto índice de doenças infectocontagiosas. Portanto, a superação desse quadro seria alcançada através da educação dos “cidadãos” para uma nova consciência sanitária. Nesse sentido,

a campanha higienista esteve, sobretudo, a serviço de dois projetos da classe dominante: superar a humilhação frente ao “atraso” [grifo da autora] do país em relação aos países civilizados, pela realização do sonho provinciano de assemelhar-se à Europa e salvar a nacionalidade pela regeneração do povo (Patto, 1999, pp. 178-179).

Conforme Lavras (2011), a proposta era vista como inovadora num contexto em que as ações de saúde pública tinham um caráter provisório e ênfase nas campanhas. Além disso, a autora destaca que se trata da primeira tentativa de organizar a oferta de cuidados primários em saúde no país. Para Campos (2008), trata-se da importação de uma concepção restrita de APS pela ênfase em problemas de relevância coletiva devido ao alto risco epidemiológico, como tuberculose, hanseníase, entre outros.

Na década de 1930, período de consolidação da saúde pública como função estatal, cabe ressaltar uma expansão desse modelo de centro de saúde (Giovannella & Mendonça, 2012). O momento é de reconfiguração política, econômica e social impulsionada por um

cenário de declínio do modelo agroexportador e emergência do primeiro processo de industrialização, modernização e consequente aceleração da urbanização. O campo da saúde é perpassado pelas questões urbanas de maneira incisiva. A crescente demanda por assistência à saúde dos trabalhadores urbanos passa a integrar a agenda do Estado, que ainda enfrenta problemas de ordem sanitária (Campos, 2007; Escorel & Teixeira, 2012). É nesse contexto que a política de saúde passa a ser fundamentada no binômio: medicina previdenciária x saúde pública. Esse arranjo irá perdurar – passando por sucessivas reestruturações – até o estabelecimento do SUS, no final da década de 1980.

Para garantir a assistência à saúde do trabalhador urbano, a medicina previdenciária foi a estratégia adotada pelo Estado a partir dos anos 1930. É importante enfatizar que o desenvolvimento dessa assistência tem por fundamento o modelo médico assistencial privatista, que é centrado na clínica curativa e individual, baseado em procedimentos especializados e voltado para atendimento de demanda espontânea. Trata-se da versão mais difundida do modelo médico hegemônico, que esteve presente na assistência filantrópica e na medicina liberal, contudo teve seu fortalecimento impulsionado pela expansão da medicina previdenciária urbana, que adotou o modelo de seguro social (Escorel & Teixeira, 2012; Giovanella & Mendonça, 2012; Paim, 2012).

Na saúde pública, de acordo com Campos (2007), apesar da hegemonia do modelo campanhista, a expansão dos centros de saúde resultou na constituição de uma rede sanitária, especialmente em São Paulo e no Rio de Janeiro. Importa salientar que o avanço dos centros de saúde em áreas urbanas está alinhado ao ideário de modernização vigente na época. A partir dos anos 1930, esse modelo de centro de saúde foi consolidado como eixo dos Sistemas de Administração Sanitária e, até recentemente, eram as unidades tradicionalmente voltadas para a atuação em saúde pública nas cidades.

A expansão dos centros de saúde, que, no início da década de 1940, havia alcançado cidades de maior vulto em todos os estados brasileiros não produziu transformações robustas no quadro sanitário do país. Nesse contexto, cabe destacar, novamente, o apoio da Fundação Rockefeller para a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942. Concebido a partir de um convênio bilateral com os Estados Unidos da América (EUA) – envolvendo interesses que extrapolavam o campo da saúde – esse serviço objetivou atuar no combate à febre amarela e à malária em regiões endêmicas no país. O modelo SESP para unidades primárias de saúde articulava ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa orientada para a saúde pública numa perspectiva focalizada (Giovanella & Mendonça, 2012). De acordo com Lavras (2011), em 1960 após extinção de convênio internacional, o SESP teve

atuação marcante nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, organizando e operando serviços de saúde pública e de assistência médica.

Para Giovanella e Mendonça (2012), na década de 1960, no bojo da expansão do movimento de medicina comunitária pelos EUA, a ideia de um centro de saúde com funções mais abrangentes esteve na pauta dos debates sobre políticas de saúde nas Américas. Convém salientar que, embora o movimento ideológico da medicina comunitária estivesse vinculado a conceitos como hierarquização, regionalização e integração de serviços de saúde, a medicina comunitária constitui uma tentativa de operacionalizar a medicina preventiva com o acréscimo de tais concepções (Paim, 2012). Corroborando essa ideia, Escorel e Teixeira (2012) afirmam que os programas de medicina comunitária na América Latina, direcionados aos mais pobres e caracterizados pela simplicidade, baixo custo e participação da comunidade, difundem o modelo preventivista com apoio de agências internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Para as autoras citadas, esses programas foram legitimados pelo discurso internacional como alternativa para suprir a crescente demanda por assistência à saúde no país.

Para a execução desses programas, houve a colaboração dos Departamentos de Medicina Preventiva de universidades brasileiras. Contudo, é no interior desses departamentos, ainda nos anos 1960, que o preventivismo é questionado por sua inadequação e ineficiência no que concerne à análise e à transformação do quadro sanitário brasileiro. A partir daí, a abordagem histórico-estrutural, materialista, marxista, que fundamenta a “teoria social da saúde”, passa a considerar o caráter político do setor saúde e a determinação social do processo saúde-doença (Escorel, 2012).

Paim (1981 citado por Escorel, 2012) afirma que os conceitos adotados: determinação social e historicidade do processo saúde-doença, processo de trabalho, medicina como prática social, poder médico e medicalização, foram estratégicos para que a prática política e a consciência sanitária dessem a tônica de um movimento que buscava transformação social na primeira metade da década de 1970. Cumpre ressaltar que essa década foi palco do surgimento e fortalecimento de diversos movimentos de contestação organizados em diferentes setores. Nesse cenário, o movimento sanitário surge, conforme Escorel (2012, p. 341), como “um novo pensamento que, em seu processo de articulação, foi se conformando como um novo ator coletivo, uma nova força política” que congregou movimento estudantil, profissionais e acadêmicos ligados ao setor saúde partilhando posturas políticas, ideológicas e teóricas na busca pela transformação da assistência e melhoria das condições de saúde da população.

Ademais, o contexto de crise econômica expunha as dificuldades da assistência médica previdenciária e aprofundava a situação de pobreza em áreas rurais e urbanas, cuja população sofria os impactos do agravamento do quadro sanitário sem acesso à assistência em saúde.

Assim, algumas experiências sanitárias orientadas pelos princípios do movimento reformista sinalizavam para um projeto de reestruturação do modelo de assistência à saúde no país. Essas iniciativas estavam atreladas a um processo de transformação no ensino e na assistência médica. Nesse sentido, práticas de medicina comunitária calcadas no pensamento médico-social traziam à baila princípios como integralidade, intersetorialidade, determinação social do processo saúde-doença, participação social, hierarquização e interiorização dos serviços de saúde, democratização da medicina. Cabe destacar, dentre as experiências desenvolvidas, a relevância do Projeto Montes Claros e do Programa de Integração das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o debate sobre APS no Brasil (Conill, 2008; Giovanella & Mendonça, 2012; Escorel, 2012; Lavras, 2011).

A pauta do movimento de Reforma Sanitária brasileiro, em certa medida, estava alinhada ao processo de questionamentos que levaram à realização da I Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, que era a capital do Cazaquistão, uma das repúblicas da URSS. Esse evento é considerado um marco histórico para o desenvolvimento do conceito de atenção primária à saúde. Conforme Giovanella e Mendonça (2012), durante a década de 1970 questionou-se, por um lado, a abordagem vertical, seletiva e descontextualizada, que caracterizava as iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para combate às endemias em países em desenvolvimento; por outro, o questionamento se dirigia ao modelo médico hegemônico, cada vez mais especializado e intervencionista. Paim (2012) corrobora esta última vertente de questionamento ao referir-se à APS como movimento de contraposição ao modelo hospitalocêntrico.

Desse modo, a Declaração de Alma-Ata, que resultou desse evento, sistematiza, consolida e transforma em propostas de políticas públicas teorias e práticas oriundas de experiências de diversos países. O referido documento definiu os princípios e diretrizes da APS afirmando a responsabilidade dos governos sobre a saúde da população, a saúde como direito humano e meta social mundial. Trata-se de uma concepção abrangente que considera esse nível de atenção como

função central do sistema nacional de saúde e como parte de um processo mais geral

de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico.... concebida como 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 (Giovanella & Mendonça, 2012, p. 497).

Nessa perspectiva, a APS é considerada um processo permanente de assistência sanitária, que envolve prevenção, promoção, cura e reabilitação em saúde. Essa concepção foi alvo de críticas fundamentadas justamente no seu caráter abrangente, considerado pouco propositivo. Com base nas preocupações do Banco Mundial sobre o custo e abrangência das propostas da APS, seus críticos buscaram opções para políticas de saúde pública tendo em vista o potencial de geração de resultados a custos reduzidos (Giovanella & Mendonça; 2012; Mello, et al., 2009).

Assim, no pós Alma-Ata, difundiu-se uma concepção de atenção primária à saúde focalizada e seletiva, caracterizada por programas com cesta restrita de serviços e recursos orientados para o enfrentamento de um número limitado de problemas de saúde. Esses programas são dirigidos a grupos populacionais em situação de pobreza e sem acesso a outros níveis de atenção à saúde (Conill, 2008; Giovanella & Mendonça, 2012).

Cabe destacar que o avanço do neoliberalismo favoreceu a difusão da concepção seletiva nos países em desenvolvimento durante a década de 1980. Na proposta inicial, fomentada por organismos internacionais como Banco Mundial e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a APS seletiva constituía uma estratégia provisória e complementar à concepção abrangente, proposta em Alma-Ata. No entanto,

passou a predominar. Pode-se argumentar que, na difusão por agências internacionais, o polo democrático/participativo foi negligenciado, para não dizer abandonado, e ocorreu a exacerbação do polo tecnocrático, com racionalização de práticas e seleção de algumas atividades custo-efetivas como a terapia de reidratação oral ou acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (Giovanella, 2008, pp.21-23).

Na América Latina, ações e programas direcionados à proteção materno-infantil foram executados na perspectiva da APS seletiva, aprofundando a fragmentação de sistemas de saúde dos países dessa região. No Brasil, paralelamente aos programas seletivos, o desenvolvimento de experiências municipais de ampliação da cobertura e organização de serviços básicos, ancoradas nos princípios da Reforma Sanitária teve continuidade. Nesse sentido, cabe destacar iniciativas como a estratégia de Ações Integradas em Saúde (AIS) e

programas de atenção primária com base na medicina integral, direcionados para grupos específicos. Para Paim (2012), essas experiências sinalizam a construção de propostas alternativas à hegemonia dos modelos médico e sanitário no sistema de saúde brasileiro, processo intensificado no bojo da implantação do SUS.

O movimento de Reforma Sanitária encampou a luta pela atenção à saúde como um direito humano fundamental que deve ser assegurado pelo Estado. A culminância desse processo foi o assentamento das bases legais, estabelecidas pela Constituição Federal em 1988, para a implantação do SUS. Posteriormente, a regulamentação desse sistema deu-se através das Leis 8.080/90 e 8.142/90, denominadas Leis Orgânicas da Saúde, imprimindo uma nova configuração à saúde pública no Brasil (Escorel, 2012; Noronha, Lima & Machado, 2012).

O SUS configura o modelo público de ações e serviços de saúde, regido pelos princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da participação social, descentralização, regionalização e hierarquização político-administrativa previstos nas Leis Orgânicas de Saúde e válidos em todo o território nacional. A partir de uma concepção ampla do direito à saúde, o Estado tem papel fundamental na garantia do acesso aos bens e serviços de saúde através do referido sistema (Noronha et al., 2012).

A reorganização dos serviços básicos, a valorização do primeiro nível de atenção e a defesa da integração do sistema de saúde foram inscritas no projeto de Reforma Sanitária desde a década de 1970. Cabe destacar, no processo de constituição do SUS, a adoção do termo “atenção básica” para designar a atenção primária. Essa opção teve como determinante a necessidade de diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário dos programas de atenção primária à saúde de caráter seletivo e focalizado que predominavam na América Latina na década de 1980 (Giovanella & Mendonça, 2012; Mello et al., 2009).

Ancoradas no princípio da equidade e da integralidade, as ações básicas seriam acompanhadas pelo acesso universal a serviços de maior complexidade conforme a necessidade do usuário. No entanto, como afirma Soares (2012), a adoção de políticas neoliberais provocou o desmonte de frágeis arranjos de proteção social na América Latina, alguns recém-instituídos, como é o caso do SUS. No Brasil, o avanço do projeto neoliberal, segundo Giovanella e Mendonça (2012), levou à adoção de mecanismos para descentralização da gestão em saúde já nos primeiros anos de existência do SUS. Conill (2008, p.11) acrescenta que os esforços do movimento sanitário centraram-se em questões mais gerais das políticas e do direito à saúde, gerando um “vazio programático para a questão assistencial no SUS”. Sem dúvida, houve ampliação do acesso à saúde, mas numa perspectiva ainda restrita.

Nesse contexto, tendo por base a experiência do Programa de Agentes de Saúde, criado em 1987, no Ceará, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado no âmbito do SUS em 1991. Esse programa constituiu um suporte à assistência básica em regiões onde as condições para interiorização da assistência em saúde não eram as mais favoráveis. Posteriormente, o PACS foi integrado ao Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 com o apoio do UNICEF. Assim, a composição da equipe mínima incluía de 4 (quatro) a 6 (seis) agentes comunitários de saúde (ACS), 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) auxiliar e/ou técnico de enfermagem para atuar em unidades básica de saúde. O PSF foi criado como propósito de colaborar na organização do SUS e municipalização da saúde, implementando os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, e ampliando a porta de acesso aos sistemas de saúde locais. O modelo de atuação preconizado buscava afastar-se da centralidade na doença e no hospital, priorizando ações de promoção e proteção à saúde sem exclusão do atendimento de demanda espontânea num dado território (Brasil, 1994).

A implantação do PSF constitui um marco no processo de organização da atenção básica no SUS. Entretanto, convém salientar que a oferta de um conjunto restrito de serviços, a ênfase na implantação em áreas de maior vulnerabilidade e a baixa articulação com os demais serviços de saúde deram a essa primeira configuração um caráter seletivo. Nesse sentido, o PSF ainda estava vinculado ao modelo sanitarista (Campos, 2008; Conill, 2008; Giovanella & Mendonça, 2012; Paim, 2012).

Com a edição da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96), a atenção básica foi caracterizada como primeiro nível de atenção voltado para promoção de saúde e prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Além disso, a NOB estabeleceu modalidades para o financiamento desse nível de atenção nos municípios, induzindo a adoção de programas estratégicos para organização de serviços básicos, dentre os quais o PACS/PSF. Esse estímulo provocou a intensificação do processo de municipalização da gestão em saúde (Brasil, 1997a; Giovanella & Mendonça, 2012).

Desse modo, o PSF passa a ser considerado uma proposta substitutiva de dimensões técnica, política e administrativa inovadoras, que objetiva atingir cobertura universal assumindo o desafio da equidade. O processo de trabalho envolve alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes, atuação inter/multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população da área de abrangência das UBS, que devem constituir porta de entrada do sistema de saúde. As EqSF devem ser habilitadas para desenvolver de maneira continuada atividades

de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção integrado a uma rede de serviços mais complexos. Essa mudança implica na colaboração entre as áreas de promoção e assistência à saúde, rompendo com a dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual (Brasil, 1997b).

Nos anos posteriores à publicação da NOB/96, a crescente expansão em termos numéricos e geográficos, a legitimação institucional e o fortalecimento de mecanismos de sustentabilidade financeira evidenciam a sedimentação do PSF como política estratégica. Esse processo possibilitou uma ampliação expressiva da cobertura e melhoria nos indicadores de saúde em três áreas estratégicas, quais sejam: saúde da criança, saúde da mulher e controle da hipertensão arterial sistêmica (Brasil, 2002, 2008b). A expansão do PSF se insere num movimento de reorganização da atenção básica, norteado pela necessidade de ruptura com os arranjos organizacionais e práticas gerenciais e profissionais vigentes. Assim, a atenção básica vai se constituindo como “política de reforma setorial” (Conill, 2008, p. 7) estratégica para a reorientação do modelo assistencial no SUS.

Análises sobre a implementação do PSF identificam avanços no que se refere à incorporação de novas práticas profissionais, sinalizando um processo de mudança, ainda em curso, no modelo assistencial da atenção básica. Por outro lado, ao considerar que se trata de um processo diverso e complexo, a expansão trouxe à baila desafios relacionados à fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde, disparidades regionais e sociodemográficas – especialmente no que se refere às especificidades na estruturação da rede de assistência à saúde em municípios de pequeno, médio e grande porte – e superação de práticas alinhadas aos modelos hegemônicos de assistência à saúde (Campos, 2008; Conill, 2008; Escorel, Giovanella, Mendonça & Senna, 2007; Giovanella & Mendonça, 2012; Lavras, 2011). Esses aspectos incidem diretamente sobre a capacidade da atenção básica para promover mudanças expressivas na organização dos sistemas de saúde e no modelo de atenção.

Considerando tais evidências e em alinhamento a um movimento internacional de reafirmação dos preceitos estabelecidos em Alma-Ata (Giovanella & Mendonça, 2012; Sumar & Fausto, 2014), em 2006, o Brasil edita a PNAB através da Portaria 648/2006. Esse documento estabelece a atenção básica como primeiro contato e porta de entrada preferencial do SUS. Além disso, amplia seu escopo incorporando atributos como longitudinalidade do cuidado e coordenação do cuidado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2012).

Cabe destacar que a estruturação de RAS visa consolidar a integração dos sistemas de saúde, favorecendo a continuidade e integralidade da atenção, utilização racional dos recursos

e a construção de vínculos de solidariedade e cooperação entre trabalhadores, serviços e população numa determinada região de saúde. Essas redes constituem-se em arranjos organizativos formados por serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial. Ainda segundo os autores citados, ao coordenar o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção das RAS, a atenção básica eleva sua capacidade resolutiva, tornando os sistemas de saúde mais custo-efetivos (Giovanella & Mendonça, 2012; Lavras, 2011 & Rodrigues et al., 2014).

Destarte, a Atenção Básica passa a ser definida em nosso país como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Brasil, 2012, pp. 19-20).

Com a PNAB, a ESF – nomenclatura adotada para substituir o PSF – é reconhecida definitivamente como prioritária para expansão, qualificação e consolidação da atenção básica no país (Conill, 2008; Giovanella & Mendonça, 2012; Lavras, 2011; Sumar & Fausto, 2014). Nesse sentido, as EqSF devem estar comprometidas em cuidar da saúde das famílias de forma humanizada, priorizando o estabelecimento de vínculos através de tecnologias leves⁶; fortalecer os processos de descentralização dos serviços e das ações de saúde; democratizar o acesso, a informação e a participação nos processos de construção da saúde; fomentar o

⁶Emerson Merhy apresenta três categorias para tipificar as tecnologias de trabalho em saúde: “tecnologias duras”, inscritas nas máquinas, instrumentos, normas, as quais já teriam seus produtos programados a priori; “tecnologias leve-duras”, que se referem ao conhecimento técnico associado a elementos já estruturados (duros), mas são passíveis de interferência do trabalhador, que imprime o seu tom singular; e as “tecnologias leves”, que dizem respeito às relações, consideradas fundamentais na produção do cuidado (Merhy, 1997).

direito a saúde como um direito de cidadania; trabalhar de forma integrada com a comunidade e fortalecer as ações intersetoriais com vistas à oferta de ações resolutivas.

Visando ampliar o escopo de ações e a resolutividade do trabalho das EqSF, desde 2008, o Ministério da Saúde incentiva, inclusive, financeiramente, a implantação de equipes NASF. Esses núcleos devem contribuir para a integralidade do cuidado, auxiliando no aumento da capacidade de intervenção em 8 (oito) áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/adolescente/jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica (Brasil, 2008a, 2009b; 2012).

A organização do processo de trabalho no NASF tem por base o apoio matricial. Uma metodologia de trabalho que visa assegurar retaguarda especializada, tanto em nível assistencial quanto técnico-pedagógico. Assim, pressupõe a responsabilização compartilhada entre a equipe de referência, composta de profissionais da atenção básica, que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e os apoiadores, que são especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, ao contribuir com intervenções que aumentem sua capacidade resolutiva (Campos & Domitti, 2007; Cunha & Campos, 2011). Nesse sentido, os cenários de atuação na ESF são ampliados a partir de ações conjuntas como interconsulta, discussão e construção de projetos terapêuticos, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, educação permanente, ações intersetoriais até a simples disponibilidade de contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos.

O desenvolvimento da ESF nos últimos anos marca um avanço significativo na política de saúde brasileira. A ampliação da cobertura é uma realidade e os esforços para qualificação da ESF a inserem no campo das propostas alternativas aos modelos de atenção à saúde hegemônicos no país (Paim, 2012). No entanto, ainda são muitos os desafios para que a atenção básica se consolide enquanto instância de coordenação do cuidado em saúde no SUS, produzindo transformações no modelo assistencial.

1.2 Atenção primária (básica) e saúde mental

A proposta de reorientação do modelo de assistência também perpassa o campo da saúde mental, que até os anos 2000 esteve pautada pelo modelo hospitalocêntrico. No Brasil, o Hospício de Pedro II, criado em 1841 e inaugurado em 1952, inicia a história da assistência às pessoas em sofrimento psíquico, abrindo o “caminho para o surgimento de muitas outras

instituições similares no país. A partir de então, e por quase 150 anos, pode-se resumir a política nacional do setor como de mera implantação de hospitais psiquiátricos”. (Amarante, 2012, p. 636). A instituição sofreu críticas, principalmente por parte da categoria médica. Argumentava-se, por um lado, que o vínculo com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia lhe conferia o caráter de instituição de caridade e, por outro, que estava em desconformidade com a terapêutica moderna da alienação mental.

Conforme Paim (2012), os modelos hegemônicos no país convivem historicamente de maneira contraditória ou complementar. Essa formulação é pertinente para pensarmos o processo de legitimação do aparato médico-psiquiátrico no país no período entre o final do século XIX e início do século XX. Para Silva, Barros e Oliveira (2002), por um lado, a ordem social em construção, permeada pelo sanitarismo, sustentava a adoção de medidas de interdição da liberdade e privação do convívio social como práticas de assistência em saúde; por outro, a Psiquiatria, imbuída de argumentos biológicos, mas também étnicos, éticos, políticos e ideológicos passa a explicar a loucura no Brasil e se coloca em defesa da manutenção do controle social pelo Estado a partir do espaço asilar, mas também fora dele.

Nesse contexto, o Hospício de Pedro II passou a ser dirigido por médicos e a Lei Federal 1.132/1903, primeira a dispor sobre a assistência aos alienados, foi promulgada, criando a Assistência Médico-Legal dos alienados, primeiro órgão nacional de normatização e gestão da assistência às pessoas em sofrimento psíquico. Esse mecanismo jurídico-político instituiu as colônias de alienados no país (Amarante, 2012; Dias, 2012; Silva, et al., 2002). Essas instituições psiquiátricas foram profundamente influenciadas pela psiquiatria francesa, postulante do tratamento moral. Nessa perspectiva, buscava-se a reeducação do alienado a partir do ensino de regras de socialização e convivência, respeito às normas e desencorajamento das condutas inconvenientes (Brito, Dimenstein, Severo, Cabral & Alverga, 2009). Nas colônias, vigorava o princípio de que o trabalho se constituía numa forma eficaz de tratamento moral.

Na década de 1920, o apelo sanitarista de regeneração do povo brasileiro pela higiene teve desdobramentos no campo da Psiquiatria, favorecendo o surgimento da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), identificada com princípios eugênicos. Essa entidade, ao fundamentar-se numa abordagem biológica e genética/hereditária do sofrimento psíquico, propunha um programa preventivo, objetivando evitar a degeneração progressiva da sociedade. Seria necessário, então, “criar” um indivíduo brasileiro mentalmente sadio recorrendo a medidas como esterilização de pessoas em sofrimento psíquico e estímulo à imigração europeia e miscigenação, estas últimas com o objetivo de embranquecer a

população (Coelho & Almeida, 2003; Correia & Ventura, 2014).

De acordo com Amarante (2012), as colônias consolidaram o modelo asilar na assistência em saúde mental no Brasil, predominando até as décadas de 1940 e 1950. Nesse momento, a assistência psiquiátrica é incorporada à assistência médica previdenciária. O estímulo para construção de hospitais, inclusive psiquiátricos, com recursos da previdência social, possibilita um crescimento expressivo da oferta de leitos psiquiátricos no país. Essa articulação entre internação asilar e privatização da assistência, além de reafirmar e legitimar a reclusão da pessoa em sofrimento psíquico como medida terapêutica, insere definitivamente a assistência em saúde mental no modelo médico assistencial privatista.

Durante os governos militares esse modelo privatizante se intensifica e se consolida a partir da crescente contratação de leitos em clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados. Tais instituições floresceram rapidamente para atender a demanda constituindo, assim, uma “indústria da loucura”. Sobre isso, Ribeiro (citado por Correia & Ventura, 2014) afirma que os donos dos hospitais privados obtinham lucros vantajosos com internações, em sua grande maioria, financiadas pelo Estado. Uma vez que o lucro estava diretamente relacionado ao tempo de internação, essa política resultava na cronificação das pessoas em sofrimento psíquico internadas. Essas instituições serviram, também, aos interesses do regime militar na medida em que opositores tratados como loucos foram “presos” e torturados nesses locais.

Esse modelo permaneceu sem alterações significativas até a década de 1970, quando trabalhadores em saúde mental, indignados com a realidade de maus-tratos e más condições de trabalho nas instituições psiquiátricas, articularam-se politicamente dando origem ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e Movimento de Luta Antimanicomial. Elementos fundamentais para o processo de luta que culminou com a proposta de Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 1995, 2012).

Cabe destacar que o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro se insere num processo histórico, político, internacional de contestação do aparato psiquiátrico, que teve início a partir de meados do século XX. Conforme Desviat (2009), em nível internacional, movimentos sociais, caracterizados como antipsiquiátricos, trouxeram para o centro do debate a cronificação resultante de longos períodos de internação, a perda de vínculos sociais e o caráter repressor e violento do tratamento oferecido em hospitais psiquiátricos. Desse modo, questionaram o lugar da loucura na sociedade, propondo não somente a desinstitucionalização, mas a transformação ou mesmo a abolição do hospital psiquiátrico. Nesse contexto, alguns países construíram propostas visando a ressignificação e transformação das práticas institucionais psiquiátricas. Convém ressaltar a proposta italiana,

que teve como precursor o médico psiquiatra Franco Basaglia. A Psiquiatria Democrática Italiana tornou-se referência para o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, que surgiu e se fortaleceu a partir de 1975, no contexto de redemocratização do país.

Configurada como um movimento de caráter democrático e social, a Reforma Psiquiátrica busca formular propostas para a construção de um novo modelo de assistência em saúde mental, fundamentado na perspectiva da desinstitucionalização, compreendida como um processo complexo, que deve envolver todos os atores sociais, a fim de modificar a forma de organização da instituição psiquiátrica, a partir da criação de estruturas que venham a substituí-la (Rotelli, 2002). No entanto, não se trata de um “processo apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.” (Amarante, 1995, p. 494). Portanto, envolve a desconstrução de um paradigma, exigindo transformações em nosso modo de subjetivação, uma abertura para o “estranho em nós” (Rolnik, 1995, p. 52), que é mais do que a simples aceitação da diferença. Trata-se da construção de novas relações, novos significados, novos encontros sociais com a loucura, visando a transformação de saberes, discursos e práticas instituídos. Há, portanto, um comprometimento com a busca por melhores condições de saúde e de vida para as pessoas em sofrimento psíquico.

Importa salientar que o movimento de Reforma Psiquiátrica ocorreu no bojo do movimento de Reforma Sanitária, compartilhando princípios e diretrizes. Nesse sentido, a desconstrução do aparato manicomial passava também pela organização e expansão de uma rede integrada de serviços de base territorial e comunitária que substituiria o hospital. (Gama & Campos, 2009; Nunes, Jucá & Valentim, 2007; Souza & Rivera, 2010).

Corroborando esse debate, nos anos 1970 e 1980, a OMS reconhece que a complexidade da saúde mental e a impossibilidade de seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Assim, passou a preconizar a descentralização e integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade (Nunes et al., 2007).

Nessa direção, Gama e Campos (2009) e Lobosque (1997) apontam que a implantação de ambulatórios de saúde mental em centros de saúde constitui uma tendência a partir dos anos 1980. Essa modalidade de assistência, que se apresentava como “alternativa” ao modelo hospitalocêntrico, configurava-se como principal iniciativa para oferta de cuidados em saúde mental na rede de serviços básicos nos anos 1980 e 1990. Críticos desse arranjo o consideravam um modelo desterritorializado, estruturado em especialidades e pautado pelo

individualismo. Conforme Lobosque (1997, p. 54), “o ambulatório não apenas não cumpre a função de esvaziar o hospital, como também psicologiza e psiquiatriza a demanda de toda uma nova camada da população”.

Paralelamente, a partir de meados dos anos 1980 e durante a década de 1990, o êxito de experiências municipais e a aprovação de leis estaduais ancoradas nos princípios reformistas refletiam o fortalecimento do movimento de Reforma Psiquiátrica, revigorando a ideia de que era possível e necessário construir uma rede de assistência em saúde mental em substituição aos manicômios. Essas iniciativas alcançaram notoriedade, constituindo um processo de legitimação institucional, culminado com a aprovação da Lei 10.216, em 2001, marco legal da assistência em saúde mental no país (Amarante, 1995, 2012; Brito, et al., 2009; Camuri & Dimenstein, 2009; Costa, Siqueira, Uhr, Silva & Molinaro, 2011; Moura & Silva, 2015; Ribeiro & Inglez-Dias, 2011).

Acerca desse contexto de desenvolvimento e fortalecimento do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, Desviat (1999) assinala a importância da “Declaração de Caracas”, resultado da Conferência Regional para a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, ocorrida em 1990. Nesse documento, do qual o Brasil é signatário, afirma-se que a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral e contínua e, portanto, a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implicaria a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na atenção em saúde mental. Nesse sentido, estabeleceu modalidades alternativas de tratamento na própria comunidade, apontando para a atuação em rede e articulação com serviços de atenção primária (básica) à saúde, que devem incorporar programas e ações em saúde mental.

Cabe destacar que o ambiente institucional proporcionado a partir da criação e regulamentação do SUS favoreceu a concretização do processo de Reforma Psiquiátrica como uma política pública de saúde. A PNSM que vem impulsionando o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil a partir da criação de novos dispositivos de atenção à saúde mental, chamados de serviços substitutivos. Trata-se dos CAPS⁷, SRT⁸, dentre outros,

⁷Segundo Leão, Severo & Dimenstein (2009, p. 176), trata-se de um serviço estratégico “para a política de saúde mental em determinado território, uma vez que funciona como substitutivo e não como complementar ao hospital psiquiátrico e como porta de entrada para a rede de Atenção em Saúde Mental.” Existem CAPS do tipo I, II, III, ad e i. Os CAPS I e CAPS II são organizados como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, com ações de assistência, reabilitação psicossocial e de suporte especializado à rede de atenção básica. Os CAPS do tipo I podem ser implantados em municípios com população entre 20 a 70.000 habitantes. Já os CAPS do tipo II podem ser implantados em municípios com população entre 70.000 a 200.000 habitantes. O CAPS III é o serviço de maior porte de rede de assistência em Saúde Mental, com funcionamento de 24 horas em todos os dias da semana, inclusive feriados. Possui uma equipe mínima composta por 16 profissionais, de nível médio e

de base territorial, que devem atuar numa perspectiva integral, envolvendo o exercício da cidadania e inserção comunitária.

Desse modo, a atenção básica vai constituindo-se progressivamente como um locus privilegiado para intervenções em saúde mental em virtude do apelo para a construção de um modelo de cuidado territorial, buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento (Dimenstein, Santos, Brito, Severo & Morais, 2005; Gama & Campos, 2009). O Ministério da Saúde, considerando a ampliação da cobertura e o fortalecimento dos serviços de atenção básica, passa a estimular diretrizes inclusivas da dimensão subjetiva do processo saúde-doença, bem como o atendimento às demandas mais frequentes em saúde mental nesse nível de atenção à saúde. Desse modo, preconiza a atenção básica, sobretudo a ESF – por estar próxima das famílias e comunidades – como recurso estratégico para o enfrentamento de agravos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e demais formas de sofrimento psíquico. A articulação entre saúde mental e atenção básica deve fundamentar-se nos seguintes princípios: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade e interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; e construção da autonomia possível de usuários e familiares. Ainda, as ações devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial com atuação intersetorial (Brasil, 2003, 2005).

A proposição da produção de cuidados em saúde mental na perspectiva do trabalho em rede está fundamentada na concepção de que um serviço ou equipamento isoladamente não é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão, promoção de autonomia e cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. Nesse sentido, a noção de “território existencial como o lugar de uma certa referência identitária e de desempenho de certos papéis, onde achamos que ali sabemos quem somos e onde capturamos estes processos diferentes, estranhos” (Merhy & Chakkour, 1997, p. 37), é especialmente orientadora. Assim, o trabalho em rede deve considerar as relações sociais, os espaços e processos de circulação das subjetividades. Nessa perspectiva, trabalhar no território envolve a potencialização de

superior, além de uma equipe noturna e de final de semana. Pode ser implantado em municípios com mais de 200.000 habitantes. O CAPS ad é um serviço que atende pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. O CAPS i é um serviço organizado para o atendimento a crianças e adolescentes. Podem ser implantados em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Os CAPS oferecem atendimento em diferentes níveis de cuidado: intensivo: diariamente, semi-intensivo: de duas a três vezes por semana; e não-intensivo: até três vezes por mês (Brasil, 2004b).

⁸Residências coletivas, inseridas no espaço urbano nas quais podem habitar, no máximo, oito pessoas. São moradias assistidas destinadas a usuários crônicos que perderam o vínculo familiar. Esses serviços atuam numa perspectiva integralizadora e de base comunitária, envolvendo o exercício da cidadania, da autonomia e da inserção na comunidade e podem ser dos tipos: feminino, misto e masculino (Brasil, 2004c).

recursos institucionais e comunitários para a construção coletiva dos cuidados em saúde mental.

Como afirma Lobosque (2011, p. 4590):

Para cuidar em liberdade é preciso que essas redes sejam descentralizadas, ou seja: por um lado, não devem organizar-se em torno de um dispositivo centralizador, qualquer que seja; por outro, devem estender-se na tessitura do espaço social, tornando-se cada vez menos técnicas e menos sanitarizadas.

De acordo com Lancetti (2002), a ESF representa um eixo estratégico para o desenvolvimento da proposta radical de cuidar em liberdade, envolvendo ações altamente complexas. No campo da saúde, de modo geral, os procedimentos realizados em serviços de atenção básica são considerados de baixa complexidade, enquanto aqueles realizados em serviços de nível terciário, como hospitais, são considerados de alta complexidade. No entanto, para o autor citado, a complexidade é invertida quando se trata de saúde mental, pois é no território, com todos os atravessamentos sociais e culturais, que as ações exigem maior complexidade. Nesse sentido, quanto mais se transita pelo território, conectando recursos e acionando redes para atender as necessidades dos usuários e, principalmente, transformar a cultura em relação ao sofrimento psíquico, a complexidade aumenta.

Segundo Camuri e Dimenstein (2009), a articulação entre saúde mental e atenção básica apresenta-se como inadiável na medida em que pode contribuir para que o processo de desinstitucionalização ocorra a partir de uma melhor cobertura assistencial. A corroborar essa ideia, Sales e Dimenstein (2009) argumentam que a ESF, por seu elevado grau de capilaridade, é um dispositivo potente para produzir cuidados em saúde mental em lugares aonde os CAPS não chegam devido à existência de um critério populacional mínimo para sua implantação.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propõe que em municípios com menos de 20.000 habitantes a rede de atenção à saúde mental seja estruturada a partir da atenção básica. Cabe destacar, portanto, a preconização do apoio matricial – como arranjo organizacional que possibilita rever a lógica de encaminhamento e potencializar a capacidade resolutiva das equipes locais – como principal diretriz para qualificação da assistência em saúde mental nesse nível de atenção. Recomenda-se que nos municípios onde houver equipamentos de saúde mental, em especial CAPS, ficará ao encargo de suas equipes o apoio matricial à atenção básica. Em casos de insuficiência dos referidos equipamentos, o apoio matricial seria garantido a partir da formação de uma equipe multiprofissional matriciadora. Ainda, em casos

de inexistência de CAPS, como na imensa maioria dos municípios com população de até 20.000 habitantes, a equipe seria simples, composta por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um profissional de saúde mental de nível superior. (Brasil, 2003, 2005).

Nessa direção, a implantação dos NASF representa um avanço importante. De acordo com o Ministério da Saúde, a composição das equipes deve ser definida pelos gestores municipais, levando em conta as especificidades de cada território. No entanto, recomenda que cada equipe conte com pelo menos um profissional da área estratégica de saúde mental. Assim, a proposta do NASF ratifica e contribui para a viabilização do apoio matricial como diretriz para articulação entre saúde mental e atenção básica (Gama & Campos, 2009; Hori & Nascimento, 2014). No que se refere aos municípios com menos de 20.000 habitantes, Silva e Campos (2015) consideram a implantação dos NASF significativa na medida em que constitui a possibilidade de inserir o apoio matricial em saúde mental no cotidiano da ESF.

O apoio matricial constitui um arranjo potente para a qualificação dos cuidados em saúde mental na ESF na medida em que pode ampliar os conhecimentos e a oferta terapêutica e dar suporte às equipes para construir fluxos e projetos terapêuticos mais eficazes com outros serviços da rede de saúde. Além disso, impulsiona a discussão sobre as possibilidades do cuidado no território, uma vez que o usuário em sofrimento psíquico se encontra na interseção entre os serviços, que compartilham a responsabilidade pelo cuidado (Athié, Fortes & Delgado, 2013; Lucchese, Oliveira, Conciani & Marcon, 2009; Machado & Camatta, 2013).

A responsabilização compartilhada pressupõe a articulação de uma rede de atenção que mobiliza recursos institucionais e comunitários, onde o lócus do tratamento se revela mutável, com intensificação no ponto da rede em que a atenção demonstra ser mais viável. Assim, todos são responsáveis e esse cuidado torna-se um dispositivo para que os usuários também possam se responsabilizar pelo seu tratamento, pelos seus sintomas, pela sua vida, produzindo outras relações com o sofrimento psíquico (Brasil, 2009b, 2011b, 2013).

Nesse sentido, a necessária articulação entre saúde mental e atenção básica possibilita

tornar as fronteiras instáveis, permeáveis, podendo nos levar a percorrer muitos caminhos diferentes... sair de um lugar segregador, excludente, para um de convívio, de agenciamentos, de possibilidades, de vida. Tal inclusão permite tornar concreto, no cotidiano da vida das pessoas, os princípios que motivaram e nortearam os caminhos tanto do movimento de Reforma Psiquiátrica quanto da Reforma Sanitária (Souza & Rivera, 2010, p. 128).

Essa articulação é reafirmada na Portaria 3.088/2011, que institui as RAPS e consolida a atenção básica como um dos sete componentes desta rede. Além da atenção básica, são componentes da RAPS a atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Cada componente compreende um conjunto de ações e serviços, chamados pontos de atenção que devem atuar no território de modo a superar o modelo manicomial. No que se refere ao componente atenção básica, os pontos de atenção são: unidades básicas de saúde, núcleos de atenção à saúde da família, equipes de atenção básica para populações específicas e centros de convivência e cultura. Cabe destacar que a instituição da RAPS orienta a criação, ampliação e articulação dos diversos pontos de atenção à saúde visando garantir a integralidade na atenção às pessoas em sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS (Brasil, 2011c).

Convém ressaltar que esse mecanismo em si mesmo não garante a consolidação da RAPS ou, como afirmam Quinderé, Jorge e Franco (2014), as redes não existem *a priori*, elas são construídas e, nesse processo, podem tornar-se rígidas ou mesmo estáticas por procedimentos burocráticos e normativos – mediante regras instituídas – ou romper a norma estabelecida e constituir novos fluxos para atender as necessidades dos usuários. Assim, uma rede horizontalizada propicia interlocuções mais profundas e dinâmicas e promove maior capilaridade das ações de saúde mental no território.

Contudo, alguns autores (Alverga & Dimenstein, 2009; Arce, Sousa e Lima, 2011; Bachetti, 2013; Camuri & Dimenstein, 2009; Dimenstein et al., 2005; Frateschi, 2014; Gama, 2011; Nunes et al., 2007; Oliveira, Guedes, Oliveira & Lima, 2011; Rosa, 2015; Silveira & Vieira, 2009) apontam que a inclusão da saúde mental na atenção básica representa um ponto sensível no que diz respeito à constituição e articulação dessas redes. Apesar da convergência no campo teórico, principalmente, no que tange os princípios e diretrizes que orientam a PNSM e a PNAB, os pesquisadores citados constataram uma insuficiência ou mesmo inexistência de articulação entre os serviços de atenção básica e demais equipamentos que compõem a rede de atenção psicossocial, bem como a incipiência das ações em saúde mental na atenção básica.

Um dos aspectos que contribuem para esse cenário é a ausência de capacitação em saúde mental referida pelos profissionais inseridos na atenção básica. Os profissionais não se consideram capacitados, preparados ou autorizados para acolher a demanda em saúde mental, argumentando não conhecer ou possuir as ferramentas necessárias para tal. O despreparo

técnico aparece vinculado a um sentimento de insegurança e impotência diante do sofrimento psíquico (Camuri & Dimenstein, 2009; Arce et al., 2011; Bachetti, 2013; Frateschi, 2014; Gama, 2011; Moura & Silva, 2015; Oliveira et al., 2011; Rosa, 2015).

Outro aspecto apontado é a predominância do modelo médico hegemônico na ESF, que engendra saberes e práticas acerca do sofrimento psíquico pautados pelo paradigma racionalista psiquiátrico. A produção de respostas técnicas e fragmentadas na atenção básica, calcadas na lógica da especialização de saberes, como encaminhamento para especialistas e medicalização, constitui um desdobramento do referido modelo na saúde mental (Arce et al., 2011; Camuri & Dimenstein, 2009; Dimenstein et al., 2005; Frateschi, 2014; Gama, 2011; Oliveira et al., 2011; Rodrigues & Moreira, 2012; Vasconcelos et al., 2012)

Segundo Camuri e Dimenstein (2009), Oliveira et al. (2011), Frateschi (2014), Rosa (2015) e Souza (2012), o estigma da periculosidade do louco, presente entre os profissionais da atenção básica, também dificulta a efetivação da articulação entre saúde mental e atenção básica. Como afirma Rosa (2015), o perigo ainda é visto como algo inerente ao sujeito em sofrimento psíquico grave. Assim, parece ainda distante a possibilidade de compreender que essas pessoas não precisam, necessariamente, adequar-se a uma estrutura padrão de normalidade presente em nossa sociedade para construir trajetórias de participação, realização de projetos e circulação social.

Cabe destacar, segundo Sales e Dimesntein (2009), que a atuação das EqSF ocorre, muitas vezes, em situações nas quais estão postos os limites entre as condições de saúde e as condições de vida, cabendo aos profissionais transitar entre esses espaços e construir, a partir do uso de tecnologias de escuta e lançando mão de seus saberes, as ações que melhor atendam as demandas da população adscrita. Sobre esse aspecto, Gama (2011) e Rosa (2015) colocam como um desafio a distinção entre situações que requerem uma intervenção do ponto de vista das ações de saúde e situações que representam modos de vida precários, situações extremas de vulnerabilidade ou violência. Para esses autores, as equipes enfrentam dificuldades em distinguir quais são as questões de saúde que se desdobram dessas situações. Desse modo, terminam por psicopatologizar e psiquiatrizar modos de vida, configurações familiares em detrimento da construção de possibilidades a partir do acionamento de redes de assistência, educação e justiça para responder à complexidade representada por determinadas situações.

Para Rosa (2015) e Souza (2012), outro desafio a ser transposto está relacionado à intersetorialidade. Recursos territoriais que não extrapolam o setor saúde, em sua maioria, aparecem como desconhecidos pelos trabalhadores das unidades básicas de saúde. Assim, a ausência de redes estruturadas e articuladas aos demais recursos do território se reflete na

baixa oferta de ações ampliadas de saúde mental no âmbito da atenção básica e no alto número de usuários referenciados/vinculados aos CAPS.

Corroborando os estudos citados acima, Gama (2011), Oliveira et al. (2011), Moura e Silva (2015) e Rosa (2011) observaram que uma das práticas mais comuns entre os profissionais da atenção básica, especificamente da ESF, é o encaminhamento de usuários em sofrimento psíquico para o CAPS. De modo geral, os casos encaminhados para esses equipamentos são aqueles considerados mais graves. No entanto, Gama (2011, p.159) alerta-nos sobre o que chama de uma “banalização da saúde mental na atenção básica” através da realização desordenada de encaminhamentos que acaba por congestionar os serviços especializados. Para Rosa (2015), a ideia de que os casos graves seriam responsabilidade do CAPS dificulta a inserção desses usuários nas atividades desenvolvidas na unidade básica de saúde. Conforme Bachetti (2013) e Oliveira et al. (2011), após o início do tratamento no CAPS, a falta de comunicação/articulação entre o referido equipamento e atenção básica termina por afastar o usuário da atenção básica. Desse modo, fica evidente uma centralidade do CAPS no tratamento do sofrimento psíquico e uma dificuldade para alcançar a responsabilização compartilhada. Para Silveira e Vieira (2009) e Athié et al. (2013), a efetivação da promoção e do cuidado em saúde mental no nível de atenção básica teria como desdobramento a redução na demanda dos usuários em sofrimento psíquico aos serviços substitutivos.

Além dos encaminhamentos para serviços e/ou profissionais especializados, os estudos de Frateschi (2014) e Rodrigues e Moreira (2012) apontam que a realização de consultas médicas e a medicalização são as principais práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica. Conforme Alverga e Dimenstein (2009) e Frosi e Tesser (2015), esse nível de atenção constitui um ponto de referência nos cuidados em saúde mental para usuários egressos de outras intervenções, desde consultas até internações psiquiátricas, realizadas em outros serviços. Desse modo, quando os usuários iniciam o acompanhamento na atenção básica já têm um histórico de tratamento medicamentoso, que passa a ser continuado sob a condução da EqSF, geralmente, sem associação com outros recursos terapêuticos e centrado na atuação dos médicos.

No estudo de Oliveira et al. (2011), os profissionais afirmam que também realizam visitas domiciliares e escuta junto aos usuários em sofrimento psíquico. Cabe destacar, no entanto, que a realização de tais práticas apresenta limitações, uma vez que as visitas são restritas à orientação sobre o acesso ao atendimento especializado e a escuta é embasada pela

nosologia psiquiátrica e pela perspectiva da medicalização através da consulta médica. Além disso, tal prática é sempre seguida de encaminhamentos.

Arce et al. (2011), Frateschi (2014) e Frosi e Tesser (2015) apontam que a identificação dos casos de sofrimento psíquico é referida pelos profissionais da ESF como prática de saúde mental. Para os autores, há uma preocupação dos profissionais em identificar a demanda em saúde mental, porém, em alguns dos casos, essa prática não implica na responsabilização da equipe pelo usuário em sofrimento psíquico. Arce et al. (2011) observaram que a identificação é seguida de encaminhamentos e que os profissionais, ao descreverem a atuação nesses casos, enfatizam a realização de esforços para conseguir a marcação da consulta psiquiátrica.

Rodrigues e Moreira (2012), Souza (2012), Vasconcelos et al. (2012), Jorge, Vasconcelos, Maia, Gondim e Simões (2012), Frosi e Tesser (2015) e Moura e Silva (2015), em seus trabalhos, sinalizam avanços na articulação entre saúde mental e atenção básica a partir do apoio matricial. Espaços de troca de conhecimento entre os diversos profissionais têm se constituído num avanço em direção à superação do trabalho fragmentado pela especialização. O caráter técnico-pedagógico desse arranjo tem propiciado ações dialogadas e interdisciplinares, ampliando as ações e repercutindo no cuidado em saúde mental que as EqSF ofertam.

Jorge et al. (2012) identificaram que os profissionais, com a inclusão do apoio matricial, passaram a questionar os encaminhamentos realizados pela EqSF, considerando-os excessivos. Desse modo, possibilita-se uma abertura de espaço para estabelecimento de vínculos na atenção básica e corresponsabilização pelo usuário. Conforme Vasconcelos et al. (2012), o apoio matricial tem propiciado encontros com o outro e com o campo da saúde mental, possibilitando espaços de troca e construção de saberes e práticas na medida em que, questões permeadas pelo receio, insegurança e saberes cristalizados suscitam reflexões coletivas e podem passar a ser encaradas de outro(s) modo(s) pela equipe. No estudo de Moura e Silva (2015), o apoio matricial é referido como um suporte que revigora os profissionais, que, em alguns momentos, sentem-se sobrecarregado por situações que não conseguem solucionar por conta própria, mas também pela intensidade dos vínculos construídos.

Rodrigues e Moreira (2012) atribuem à implementação do apoio matricial a redução de internações psiquiátricas no território em que foi realizado o estudo. Em Frosi e Tesser (2015), também encontramos referência à redução de internações como reflexo da atuação das EqSF. No entanto, esses autores afirmam que, mesmo identificando gradativa ampliação no

conjunto de intervenções realizadas, algumas práticas ainda não se coadunam com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Sobre a referida ampliação, Frosi e Tesser (2015) destacam uma crescente qualificação da atenção aos usuários em sofrimento psíquico através da parceria com a equipe NASF para a construção de intervenções em saúde mental envolvendo práticas corporais, abordagem sociocomunitária, estimulando a participação em grupos comunitários, e grupos de apoio psicológico nas unidades básicas de saúde.

Para Souza (2012) a expansão das ações de saúde mental na atenção básica, em consonância com as diretrizes da atual PNSM requer maiores investimentos da gestão local, fazendo constar como uma diretriz prioritária da política municipal; incentivo à criação de estratégias de cuidado em saúde mental voltadas para o eixo territorial, rompendo com a centralidade da atenção especializada; construção de políticas e ações intersetoriais; e investimentos na permanência dos profissionais nos serviços, diminuindo a precariedade dos vínculos trabalhistas.

1.3 Atenção primária (básica) e saúde mental em Casinhas/PE

Segundo Escorel et al. (2007) e Pimentel, Albuquerque e Souza (2015), nas cidades pequenas o incentivo financeiro – definido pela NOB-SUS 01/96 – teve grande poder de indução da política de saúde local. Assim, a implantação de programas estratégicos para organização de serviços básicos, como o PACS/PSF, deu a tônica na configuração da rede de serviços de saúde nessas cidades.

Em Casinhas/PE, o primeiro desses programas a ser implantado foi o PACS. Em 1998, havia 31 ACS atuando no município e em 2008 esse número foi elevado a 34. Cabe destacar que esse é o quantitativo de ACS no município atualmente. Quanto ao PSF, o município fez a adesão ao programa em 1999, ano de implantação da primeira EqSF. Em 2001, foram implantadas mais duas EqSF e, em 2004, outras três equipes, chegando ao número atual de seis EqSF, que atuam em seis UBS. É importante salientar que com esse número de equipes, o município atingiu 100% de cobertura. As equipes de saúde bucal (EqSB) foram implantadas a partir de 2001. Inicialmente, o município passou a contar com três dessas equipes e, em 2005, esse número foi elevado a seis (dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php).

No que se refere ao NASF, de acordo com informações obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Casinhas, inicialmente, em 2011, a implantação envolveu a pactuação entre os municípios de Casinhas e Vertente do Lério/PE, que são vizinhos. Desse modo, a

equipe formada por uma psicóloga, uma nutricionista, uma educadora física e duas fisioterapeutas apoiava dez EqSF, sendo seis em Casinhas e quatro em Vertente do Lério. Em 2013, esse arranjo foi desfeito e cada um dos municípios citados passou a contar com uma equipe NASF. Em Casinhas, a equipe foi composta da seguinte forma: uma psicóloga, uma educadora física, uma nutricionista e duas fisioterapeutas. Dessa maneira, a recomendação do Ministério da Saúde de incluir pelo menos um profissional da área estratégica de saúde mental foi considerada tanto em 2011 quanto em 2013.

Segundo Praisner, Zambenedetti, Lopes e Cervo (2015) e Tatiana Veloso (2012) a atenção em saúde mental em cidades pequenas, de modo geral, está organizada a partir dos seguintes dispositivos: ESF, serviços de caráter ambulatorial e estratégias de regionalização de CAPS e leitos de saúde mental em hospitais.

Em Casinhas, além da ESF, há oferta de atendimento em saúde mental de caráter ambulatorial na Unidade Mista Cecília Leal de Miranda (UMCLM), equipamento caracterizado como um hospital local de pequeno porte, capaz de ofertar assistência 24h em urgência e emergência, dispondo de leitos para internação e reabilitação. Esse serviço de saúde mental, nesta unidade, é prestado por uma psicóloga e um médico psiquiatra, que realizam atendimentos individuais uma vez por semana. A psicóloga faz parte do quadro de funcionários efetivos do município. Quanto ao psiquiatra, trata-se de um profissional contratado e, portanto, o serviço é caracterizado pela possibilidade de descontinuidade em virtude da disponibilidade desse profissional, mas também pela precariedade do vínculo estabelecido. Convém destacar que desde 2013, a oferta vem sendo realizada de maneira contínua, com disponibilidade de 20 vagas semanais para consulta. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, de março a agosto de 2016, foram realizados 388 atendimentos desse tipo, sendo 45 em março, 36 em abril, 49 em maio, 95 em junho, 83 em julho e 80 em agosto.

Aosani e Nunes (2013), Boarini (2009), Borsari (2012), Neponuceno (2012), e Praisner et al. (2015) ressaltam questões apontadas em outros estudos já citados, quais sejam: predominância do modelo biomédico, fragmentação dos processos de trabalho, desarticulação da atenção básica com os demais serviços da rede, ausência de desenhos ou fluxogramas de rede, dificuldades para o desenvolvimento de ações intersetoriais, pouco investimento em qualificação e fortalecimento da atenção básica como entraves ao desenvolvimento de ações em saúde mental em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica nos municípios estudados. Desse modo, a atenção em saúde mental nesses territórios acaba por centrar-se em práticas como consultas, encaminhamentos e medicalização.

Cumpra registrar, no período entre 2013 e 2016, um aumento expressivo da inclusão de usuários no cadastro de dispensação de medicamentos psicotrópicos da Farmácia Básica do município, localizada na UMCLM. Em janeiro de 2013, havia 723 usuários cadastrados. Esse número saltou para 1571 usuários cadastrados em setembro de 2016. Convém salientar que o cadastramento é um procedimento padrão para que os usuários tenham acesso à medicação psicotrópica e que o número de usuários cadastrados é cumulativo, ou seja, mesmo que o usuário só tenha recorrido a esse serviço uma única vez, seu cadastro não é excluído.

Desse modo, o número de usuários cadastrados não reflete o número de usuários fazendo uso de medicamento psicotrópico no momento da consulta ao cadastro. Buscamos, então, identificar os usuários que acessaram esse tipo de medicamento através da Farmácia Básica no ano de 2016, mais precisamente, até o mês de setembro. Como as informações no cadastro incluem o endereço dos usuários, foi possível organizar a Tabela 1 de acordo com a área correspondente às unidades básicas de saúde do município.

Tabela 1

Número de usuários com cadastro ativo, até setembro de 2016, no sistema de dispensação de medicamentos psicotrópicos da Farmácia Básica de Casinhas/PE

Área correspondente a UBS	Mulheres	Homens	Total por área	Total
Serra Verde	22	12	34	
Catolé	65	39	104	
Urbano	97	59	156	657
Junco	63	38	101	
Montado	107	68	175	
Vila Nova	54	33	87	

O número total de cadastrados representa 4,7% da população adscrita neste território, que é de 13.913 usuários. Cabe destacar que os principais medicamentos dispensados são ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos e anticonvulsivantes. No que se refere ao ano de inclusão desses usuários no cadastro, observamos que 23 destes foram incluídos em 2009, 144 em 2010, 88 em 2011, 21 em 2012, 33 em 2013, 47 em 2014, 79 em 2015 e 222 em 2016. Há que se ressaltar o número expressivo de usuários cadastrados nos anos de 2010 e 2016 em comparação aos demais. Caberia, então, aprofundar a investigação com o objetivo compreender o contexto de inclusão desses usuários no cadastro. Contudo, esse cenário corrobora os estudos citados anteriormente, que apontam a medicalização como uma estratégia largamente utilizada na atenção em saúde mental. Uma realidade que, inclusive, não

é exclusiva do nosso campo de pesquisa. Neponuceno (2012) afirma que, não havendo rede de serviços estruturada e, principalmente, articulada resta uma banalização da medicalização no cuidado do sofrimento psíquico.

É importante salientar que o município conta com alguns serviços e equipamentos tipificados como pontos de atenção da RAPS, quais sejam: UBS, NASF, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), unidade hospitalar com porta de atenção à urgência e emergência. Contudo, durante o período de realização da pesquisa não houve qualquer menção à organização e constituição de uma rede, articulando os pontos de atenção citados visando o cuidado em saúde mental.

Ademais, Silva e Campos (2015) ressaltam que os municípios com população inferior a 20.000 habitantes enfrentam muitas dificuldades para garantir atenção em saúde mental, seja pela inabilitação – devido ao critério populacional – para implantar serviços especializados, seja por entraves na pactuação intermunicipal. Nesse sentido, os autores enfatizam o papel da gestão local no sentido de um comprometimento para a inclusão da saúde mental na agenda pública. Boarini (2009) e Neponuceno (2012) destacam o que chamam de “(des)conhecimento” sobre os princípios que orientam a Reforma Psiquiátrica e estão inscritos na Política Nacional de Saúde Mental.

Para Boarini (2012, p. 40), isso

impede que a população reconheça a não priorização da atenção à saúde mental por parte do gestor. Nessa circunstância, não há elementos para estimular reivindicações para implantação e implementação de uma rede que contemple ações em saúde mental segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Diferentemente, Alvarenga e Garcia (2009), a partir de um estudo de caso sobre a implementação da política de saúde mental num município com pouco mais de 10.000 habitantes, destacam a articulação entre gestores, profissionais e população que resultou na implantação de um CAPS. Segundo os autores, o alto índice de internações psiquiátricas e a insatisfação dos familiares com as intervenções realizadas nesses estabelecimentos mobilizaram os referidos atores com o objetivo de transformar a atenção em saúde mental no município estudado.

No que se refere à regionalização, convém ressaltar que a identificação de limitações no processo de municipalização da gestão em saúde levou a uma revisão do modelo de regionalização no SUS. Buscou-se, então, construir um modelo que possibilitasse a conciliação entre aspectos positivos da municipalização com a implementação de redes de

atenção à saúde. Após um amplo processo de debates e negociações, foi publicada, em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/01), que propunha a constituição de redes regionais de saúde, considerando a diversidade e, principalmente, a disparidade características dos municípios brasileiros no que se refere à capacidade instalada para prover atenção à saúde nos níveis crescentes de complexidade. Portanto, o conceito de região de saúde⁹ passa a orientar a elaboração dos planos de regionalização da atenção à saúde nos estados (Brasil, 2001, 2006). Nesse sentido, a RAPS se insere, também, nesse modelo de regionalização.

Cabe registrar que o desenho da RAPS para a II Região de Saúde Pernambuco, da qual o município de Casinhas faz parte, teve seu desenho (Figura 1) aprovado em reunião do Colegiado Intergestores Regional (CIR), que emitiu a resolução N° 49, de 21 de outubro de 2013.



Figura 1. Desenho da RAPS na II Região de Saúde de Pernambuco. Fonte: Pernambuco (2013, p. 138).

⁹Base territorial de planejamento da atenção à saúde, constituída por agrupamentos de municípios limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. A macrorregião de saúde constitui um arranjo territorial que agrega mais de uma região de saúde objetivando a organização de ações e serviços de média complexidade especial e alta complexidade. Já a microrregião é definida a partir da subdivisão de uma região de saúde tendo em vista a constituição de bases territoriais com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e de média complexidade para o planejamento da atenção primária (básica). A delimitação desses arranjos deve considerar fluxos assistenciais, redes de comunicação e acessibilidade entre os municípios, capacidade instalada e potencial de ampliação da oferta, características demográficas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, sociais, econômicas e culturais. (Brasil, 2001, 2006; Pernambuco, 2011).

Ao observar o desenho aprovado, imediatamente pensamos que há uma disponibilidade de equipamentos distribuídos pelo território. No entanto, trata-se de uma proposição tendo em vista as necessidades identificadas. Através de informações obtidas junto à Coordenação de Atenção Básica da II Região de Saúde, que também responde pela área de saúde mental, podemos afirmar que o atual desenho da RAPS nessa região é bastante deficitário. Dos 20 (vinte) municípios que compõem esse território, 5 (cinco) dispõem de 1 (um) CAPS I; 1 (um), de 1 (um) CAPS I e de 1 (um) Serviço Residencial Terapêutico; 1 (um), dispõe de 1 (um) Serviço Residencial Terapêutico, de 1 (uma) Unidade de Acolhimento Adulto e de 1 (um) CAPS AD III Regional. Ainda, conforme a Coordenação de Atenção Básica, a garantia de referência de CAPS III, CAPS AD III, CAPS i e leitos em hospitais gerais constituem desafios para a consolidação da RAPS na região. Desse modo, os usuários em sofrimento psíquico, residentes em Casinhas não acessam atenção psicossocial especializada e, durante o período de realização da pesquisa, não foi identificada pactuação no sentido da implantação de serviços de referência que viessem a contemplar o município.

Ainda assim, diferentemente de Aosani e Nunes (2013), Boarini (2009) e Neponuceno (2012), que apontam a internação psiquiátrica como uma intervenção recorrente nos municípios estudados, em Casinhas, o número de usuários em sofrimento psíquico encaminhados para internação é baixo. Por exemplo, em todo o ano de 2016 houve apenas um registro desse tipo no município. Cabe destacar que, nesse caso, tratou-se de uma internação involuntária, determinada através de medida judicial num processo que envolveu articulação entre as secretarias municipais de Saúde e Assistência Social. Como não há instituições psiquiátricas na II Região de Saúde, o usuário foi internado numa instituição pública, localizada na cidade de Recife.

O cenário descrito nesta seção (Atenção primária (básica) e saúde mental em Casinhas/PE) corrobora o estudo de Luzio e L'Abbate (2009), quando sugere que as cidades pequenas, com intenção de dar conta da nova responsabilidade que é produzir cuidado em saúde mental de modo territorializado têm reproduzido o modelo médico (psi) hegemônico, atribuindo à medicalização um papel central no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico. Nesse sentido, vemo-nos diante do imenso, motivador e instigante desafio de construir conhecimento sobre a atenção em saúde mental em cidades pequenas no contexto do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro.

CAPÍTULO 2 ESTUDO DA PRODUÇÃO DE SENTIDOS ATRAVÉS DA ANÁLISE DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS

O objetivo deste capítulo é apresentar a perspectiva teórico-metodológica que fundamenta esta pesquisa. Para isso, estabelecemos um diálogo com alguns autores que nos auxiliam a compreender os fundamentos epistemológicos que embasam o estudo da produção de sentido a partir da análise das práticas discursivas.

A proposta de estudo da produção de sentido através da análise das práticas discursivas fundamenta-se nos pressupostos do Construcionismo Social, um movimento de contestação à “ortodoxia científica”, cujo desenvolvimento Spink (2010) situa no contexto da “Modernidade Tardia”. A autora aponta três aspectos desse momento que são fundamentais para a compreensão do debate moderno sobre ciência, quais sejam: globalização, individualização e reflexividade. A globalização seria o entrelaçamento de relações e eventos sociais que estão distantes dos contextos locais, repercutindo em mudanças nas formas como as pessoas se relacionam. Já a individualização surge como uma das repercussões da globalização e envolve uma destradicionalização das principais instituições da modernidade clássica. Por fim, a reflexividade constitui a ponte para as reflexões sobre o Construcionismo. Esta última tem como pressuposto a liberdade e, ainda mais, a necessidade de revisão de conceitos postos e a proposição de novos. Trata-se, portanto de um movimento intrínseco à própria ciência que, ao lançar o olhar para si mesma, permite implosões e quebra de hegemonias, mas também, extrínseco, pois envolve a crítica aos produtos científicos.

Conforme Mélo, Silva, Lima e Di Paolo (2007), para alguns autores, o construcionismo se caracterizaria como um movimento e não como uma teoria, uma vez que não tem a intenção de ditar ou revelar verdades, mas, sim, posicionar-se criticamente diante do mundo. Spink, Medrado e Mélo (2014) ressaltam a pluralidade no âmbito dessa perspectiva epistemológica ao explicitarem a preferência pela expressão “perspectivas construcionistas” ou, conforme Ibáñez (2001), “movimentos construcionistas”. No entanto, nessa afirmação da diversidade, o compartilhamento de uma desconfiança sobre a natureza pré-discursiva de qualquer objeto social é colocado como ponto de interlocução na construção de uma postura construcionista em ciência.

A perspectiva construcionista resulta de três movimentos: a reação ao representacionismo, na Filosofia; a desconstrução de uma retórica da verdade, na Sociologia

do Conhecimento; e a busca de *empowerment* de grupos marginalizados socialmente. Interdependentes, esses movimentos refletem um movimento mais amplo de reconfiguração de uma visão de mundo própria do nosso tempo, que influencia diversas áreas do conhecimento (Spink, 2010; Spink & Frezza, 2013).

Iñiguez (2002) discorre sobre os quatro postulados do construcionismo, por meio dos quais é possível compreender a postura construcionista no que se refere à produção de conhecimento. Um primeiro postulado é o questionamento das verdades acatadas, considerando que o conhecimento não é imparcial; o segundo é a ideia de que se deve considerar as especificidades e as particularidades históricas e culturais do conhecimento; um terceiro postulado remete aos processos sociais como fundações ou sustentações do conhecimento, ou seja, o conhecimento sempre é resultado de uma construção coletiva; o quarto postulado é de que o conhecimento é inseparável da ação social, ou seja, todas as condições do mundo são resultados da ação e da negociação social.

Desse modo, traz um novo olhar e uma nova perspectiva para a ciência que engloba formas de conhecermos o mundo, considerando “a primazia dos relacionamentos humanos na produção e sustentação do conhecimento, a interligação entre conhecimento e ação e a valorização de uma postura crítica e reflexiva.” (Rasera & Japur, 2005, p. 21). Nesse sentido, a partir da compreensão de que o conhecimento não é o que se tem, mas o que se faz em conjunto com outras pessoas, o objetivo da pesquisa construcionista desloca-se da natureza das pessoas ou da sociedade para as interações e para as práticas sociais daí resultantes (Gergen, 1992).

Spink (2010, p. 09) afirma que a perspectiva construcionista abdica da visão representacionista do conhecimento, que propõe a mente como espelho do mundo. No construcionismo, o conhecimento é algo que as pessoas constroem juntas e, conseqüentemente, “resulta numa socialização do conhecimento, que passa a ser algo que construímos juntos por meio de nossas práticas sociais e não algo que apreendo do mundo.” Cabe destacar que, nesta perspectiva, a produção do conhecimento deve ser considerada num tempo e espaço específicos, enquanto construtiva de uma realidade intersubjetiva. Desse modo, é historicamente, culturalmente e socialmente situada.

Não significa, no entanto, nem é intuito do movimento construcionista afirmar que não há verdades, mas assumir uma postura crítica e questionadora sobre as verdades construídas e tidas como generalizantes, óbvias e naturais, sedimentadas como algo posto e irrefutável. Desse modo, a perspectiva construcionista afirma, conforme Mélló et al. (2007, p. 28), que as verdades “são versões, sempre específicas, negociadas, construídas, adequadas às finalidades

designadas coletivamente como relevantes.” Assim, como diz Ribeiro (2011), a verdade é a de nossas concepções, instituições, relações, de nossos acordos sociais.

Nesse sentido, a proposição de Ibañez (1994) de uma perspectiva em que sujeito e objeto são construções sócio-históricas sujeitas à problematização e à desfamiliarização, questiona a noção de realidade. Para o autor, a natureza dos objetos é a natureza das pessoas que os criam. Não há independência entre ambos. Portanto, sustenta-se que a realidade é construída nas e pelas relações e trocas intersubjetivas.

A pesquisa construcionista parte do estranhamento em relação àquilo que é familiar e socialmente instituído. Esse estranhamento constitui um movimento na direção da ruptura com o habitual e desfamiliarização de verdades naturalizadas. Dizer que algo foi construído não significa negar a existência de um dado fenômeno, mas estar aberto a examinar certas convenções e os elementos aí implicados, entendendo-os como regras que são histórica e socialmente situadas (Spink, 2010). O construcionismo “traz para a pesquisa uma postura desreificante, desnaturalizante, desessencializadora, que radicaliza ao máximo a natureza social do nosso mundo vivido e a historicidade de nossas práticas.” (Ribeiro, 2011, p. 560). Nessa perspectiva, como afirma Gergen (2009), interessa à pesquisa o modo como os seres humanos em interação e situados no tempo, no espaço e numa determinada cultura, produzem o mundo em que vivem, compreendem-no e o “vestem” de sentido. Para isso, todo o foco da investigação construcionista passa a ser o entendimento dos processos pelos quais, através da interação humana, as pessoas dão sentido ao mundo, descrevem-no, explicam-no.

Desse modo, uma implicação fundamental da concepção construcionista é a importância conferida à linguagem. Como afirma Spink (2010, p.16),

existe sem dúvida uma ênfase na linguagem. Muito embora ninguém que esteja afinado com a postura construcionista afirme que a linguagem é o único produto da atividade humana que gera objetivações, há, de fato, uma tendência a trabalhar com produções linguísticas.

Assim, a linguagem constitui um elemento importante para análise e compreensão do mundo, uma vez que possibilita trocas e construções intersubjetivas entre pessoas que compartilham um determinado tempo, espaço e cultura. Mais do que isso, a linguagem é percebida como ação que produz consequências, uma vez que o que chamamos realidade não existe independente de nosso modo de acessá-la. Portanto, o uso da linguagem produz, dialogicamente, efeitos. (Iñiguez, 2002).

É pela linguagem na interação das pessoas umas com as outras, que o mundo passa a ser construído e ter um sentido. Desse modo, o construcionismo não pode relegar à linguagem

o lugar de veículo para os sentimentos, emoções e pensamentos. A linguagem é condição de possibilidades para configuração da realidade na medida em que a escolha de uma palavra para nomear determinada coisa ou situação ao mesmo tempo define uma realidade específica para aquilo que está sendo nomeado. A partir do questionamento da tradição que considera a linguagem, apenas, como instrumento de representação da realidade, na perspectiva construcionista, a linguagem passa a ser concebida como uma forma de ação no mundo: uma prática. Dessa maneira, é possível articular a “noção de práticas discursivas às produções que se realizam na academia e no cotidiano, entendendo-as sempre como efeitos de negociações” (Méllo et al., 2007, p. 26).

Spink (2010) salienta que a adoção do termo práticas discursivas em preferência a discurso permite fazer a distinção entre práticas discursivas – as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas – e o uso institucionalizado da linguagem – quando falamos a partir de formas de falar próprias a certos domínios de saber, a Psicologia, por exemplo.

É a partir dessa compreensão que a referida autora depreende os sentidos enquanto construções sociais, mais precisamente, um empreendimento interativo através do qual as pessoas constroem termos para, na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, compreenderem e lidarem com situações, experiências e fenômenos do mundo social. Isto é, produzir sentido refere-se a um fenômeno sociolinguístico, em que a linguagem ocupa um lugar de destaque, para que essas práticas sociais sejam significadas no cotidiano.

Cumprido ressaltar ainda que a produção de sentidos, tomada como um fenômeno sociolinguístico, não representa uma atividade cognitiva intraindividual – por isso a ênfase na interatividade – nem a simples reprodução de modelos predeterminados, mas, sim, configura-se como uma prática social dialógica, que implica a linguagem em uso. Nesse sentido, as práticas discursivas são entendidas como linguagem em ação, são as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais cotidianas.

Nessa perspectiva, há um destaque para a importância da linguagem em uso, pois os sentidos são construídos a partir do confronto de diversas vozes. A linguagem em uso é compreendida como prática social. Isso implica considerar, por meio da interanimação dialógica, os “aspectos performáticos da linguagem”, ou seja, quando a pessoa fala, em que condições, com que intenções e de que modo em interface com as condições de produção, entendidas “tanto como contexto social e interacional, quanto no sentido foucaultiano de construções históricas” (Spink, 2010, p. 26).

Ao trabalho com práticas discursivas não interessa procurar estruturas ou formas usuais de associar conteúdos. Parte-se do pressuposto que esses conteúdos associam-se de uma forma em determinados contextos, e de outras formas em outros contextos. Os sentidos são fluídos e contextuais. Assim, para compreender as práticas discursivas é preciso conhecer os elementos que as constituem: a dinâmica (enunciados orientados por vozes); as formas *speech genres* ou gêneros de fala (formas mais ou menos rígidas de enunciados); e conteúdos ou repertórios linguísticos.

Conforme Spink (2010), a noção de repertórios linguísticos permite diferenciar conteúdos e processos, caracterizando-se tanto pela dinâmica quanto pelos conteúdos. Os repertórios são colocados em movimento nos processos de interanimação dialógica que, integram as unidades básicas de linguagem (sentença e palavra) e comunicação (enunciado). Bakhtin (1994) afirma que sentença é um pensamento relativamente completo que se relaciona a outros pensamentos de um único locutor, em um mesmo enunciado. Já a palavra tem pelo menos três dimensões: a palavra neutra da linguagem, ou seja, o código, a palavra dicionarizada; a palavra do outro, carregada de ecos dos enunciados dos outros (forma como os outros a utilizam); e a minha palavra, usada num plano de fala específico (forma como eu a utilizo). O referido autor denomina a dinâmica entre as três dimensões da palavra como interanimação dialógica.

As vozes desse processo não necessariamente precisam ser de pessoas que estejam presentes no momento em que o relato está sendo construído, porém elas se refletem na produção de sentido dos interlocutores, uma vez que todas as vozes da história de vida do interlocutor vão de alguma maneira estar contidas em suas práticas discursivas. É necessário entender, então, que as produções de sentido sobre um determinado tema, em um dado contexto histórico e cultural nunca são individuais, mas a soma da produção de várias vozes (Spink & Medrado, 2013).

Cumprido salientar que as noções de sentença e palavra, são pautadas pela gramática ou pela sintaxe, diferentemente do enunciado, este pautado pelo interlocutor. Trata-se de um elo na cadeia de comunicação, cuja compreensão impõe a exigência de não descontextualizar, quando da análise, os trechos das trocas discursivas, pois:

A sentença só adquire um sentido completo no contexto do enunciado. Portanto, para entender o processo de interanimação dialógica, é preciso incorporar na análise os vários elos dessa cadeia de comunicação: levar em consideração não só o que a pessoa falou, mas também o que precedeu essa fala.... Essas trocas também constituem o contexto de produção de sentidos. Só entendemos o sentido na medida em que incorporamos na análise esse contexto mais amplo de perguntas, respostas e

intervenções (Spink, 2010, p. 29).

Assim, os enunciados referem-se à prática social enquanto prática dialógica, que se estabelece entre dois ou mais interlocutores, presentes na interação ou presentificados (através de textos, de livros, de vozes trazidas ao longo do diálogo ou mesmo presentes no pensamento individual). Segundo a definição de Bakhtin (1994), enunciados são definidos como expressões utilizadas em ações contextualizadas e, quando se ligam à ideia de vozes, adquirem status social. As vozes seriam diálogos que se travam entre vários significados possíveis e disponíveis para a produção de um enunciado. Para produzir um enunciado, portanto, o falante usa um sistema de enunciados já preexistente e se coloca em determinada posição em relação a ele.

Os enunciados têm como características: as fronteiras, o endereçamento e os *speech genres*. Quanto às fronteiras, cada enunciado concreto é definido pela mudança de locutor. Para que essa mudança ocorra, é necessário que o enunciado seja finalizado. É o conceito de finalização que permite entender a dinâmica das fronteiras de um enunciado, ou seja, o conteúdo discursivo tem que ter o potencial de evocar uma reação de resposta. A segunda característica do enunciado, o endereçamento, pressupõe que ele é uma resposta ao enunciado que o precedeu. Está, portanto, atravessado de dialogicidade. Esse encadeamento de endereçamentos Spink (2010) chama de interanimação dialógica.

Quanto aos *speech genres* ou gêneros de fala, de acordo com Spink (2010) são formas relativamente estáveis de enunciados compondo o substrato compartilhado que possibilita a comunicação. São atravessados por expressividade, pois, sendo formas típicas de enunciados, herdam e carregam traços de expressividade que é própria de uma cultura específica, mas também de estilos individuais. Trata-se de uma competência importante para a comunicação do dia-a-dia que adquirimos no processo de socialização ligada mais especificamente às regularidades linguísticas que orientam as práticas do cotidiano das pessoas. Por exemplo, numa festa de aniversário, é comum as pessoas empregarem o enunciado “Parabéns!” Sendo rara, a utilização de algo como “Meus pêsames!” ou “Sinto muito!” (Spink & Medrado, 2013).

Portanto, os repertórios linguísticos se referem às “unidades de construção das práticas discursivas” (Spink, 2010, p. 47), e seriam o apanhado de termos em que residem as diversas formas e possibilidades das construções discursivas, ou compreensão das ações, dentro de um contexto específico. Assim, os repertórios linguísticos são imprescindíveis para a compreensão tanto das regularidades quanto das singularidades das práticas discursivas. A

compreensão das singularidades permite apreender como repertórios oriundos de diversos discursos se articulam para produzir formas incomuns, gerando argumentos específicos e contradições.

O trabalho com repertórios linguísticos evidencia o caráter histórico dessas construções. Diante disso, Spink (2010) e Spink e Medrado (2013), ao considerarem a questão do tempo para focar o contexto de circulação dos repertórios linguísticos, adotam uma perspectiva temporal que articula três tempos (tempo longo, tempo vivido e tempo curto) ao lidar com um “passado presentificado”.

O tempo longo focaliza a história de circulação de repertórios linguísticos na sociedade e o fato de que eles não desaparecem ao deixarem de estar presos às condições de sua produção. Esses repertórios são, portanto, os conteúdos culturais que formam o discurso numa determinada época. O tempo longo constitui repertórios disponíveis às vozes, anteriores à vivência do sujeito, manifestadas nos enunciados e está relacionado à cultura de um povo, aquilo que está sedimentado em uma dada sociedade. Trata-se das vozes longínquas do passado que eclodem nas práticas discursivas e nas produções de sentido atuais. O tempo vivido pode ser entendido como o da socialização em que aprendemos a usar repertórios a partir de nossas posições de pessoas em diferentes contextos. Esses processos de socialização definem as oportunidades de contato com repertório, gêneros de fala e linguagens sociais. Já o tempo curto é o tempo das interações, da interanimação dialógica, tomado como o tempo do acontecimento, do momento presente e concreto da vida das pessoas e permite entender a dinâmica da produção dos sentidos. Esse caráter interativo refere-se às comunicações diretas entre os interlocutores, pautado pela presença de variados repertórios que dão sentido às experiências pessoais de cada um (Spink, 2010; Spink & Medrado, 2013).

Na perspectiva da linguagem em uso, o sentido é sempre interativo: os enunciados de uma pessoa estão sempre em contato ou são endereçados a uma outra pessoa e esses endereçamentos se interanimam mutuamente. Não existe o monólogo. Os processos de produção de sentidos implicam existência de interlocutores variados, cujas vozes se fazem presentes. As práticas discursivas estão sempre atravessadas por vozes; são endereçadas e, portanto, supõem interlocutores. É por meio dessas interações que as pessoas se constituem, produzem sentidos e se posicionam diante das situações do cotidiano, um “processo de negociação, trocas simbólicas num espaço de intersubjetividade” (Spink & Medrado, 2013, p. 55).

Nesse sentido, a noção de posicionamento (Davies & Harré, 1990), mais dinâmica que identidade, torna-se fundamental para compreensão da processualidade e interatividade das

construções identitárias na perspectiva do estudo da produção de sentido a partir das práticas discursivas (Spink, 2010).

O posicionamento é fluido e contextual, pois são posições de pessoa assumidas no processo de interação como produtos dessa interação (Davies & Harré, 1990). Em interanimação dialógica, as pessoas se posicionam em relação à fala do outro e são posicionadas a partir da fala do outro numa produção conjunta. Desse modo, na produção das práticas discursivas, o tom, as personagens, os eventos, as memórias e histórias são selecionados buscando correspondência com os posicionamentos assumidos no contexto interativo. No entanto, cabe destacar que as posições não são irrevogáveis, mas continuamente negociadas (Pinheiro, 2013).

Conforme Spink (2010, p. 36) “posicionar-se implica navegar pelas múltiplas narrativas com que entramos em contato e que se articulam nas práticas discursivas.” Assim, a noção de posicionamento possibilita uma compreensão da pessoa em sua continuidade (identidade) e multiplicidade (*se/ves* posicionados em múltiplas e contraditórias narrativas). (Spink & Medrado, 2013). Como afirma Pinheiro (2013), as mudanças de posição numa conversação apontam a contradição entre os múltiplos *se/ves* e a necessidade de um posicionamento coerente numa linha de história definida. A multiplicidade dos *se/ves* é resultado das múltiplas práticas discursivas através das quais o indivíduo participa e se posiciona.

“As concepções que as pessoas têm de si mesmas são desarticuladas até o momento em que elas passam a estar localizadas numa história. Dado que muitas histórias podem ser contadas, mesmo em se tratando de um único evento.” (Davies & Harré, 1990, p. 59). Desse modo, a força constitutiva das práticas discursivas está em poder prover posições de pessoa na medida em que cada posicionamento incorpora repertórios interpretativos, bem como uma posição num jogo de relações inegavelmente permeado por relações de poder (Spink & Medrado, 2013).

Fundamentando-se na perspectiva teórico metodológica do estudo da produção de sentidos a partir das práticas discursivas, Pinheiro (2013) buscou compreender como se constrói a relação inicial entre o usuário e o serviço de saúde mental de um centro de saúde, enfocando o encontro entre o usuário e o profissional (ou o serviço), em consulta ou sessão de triagem. Para isso, a autora realizou entrevistas com usuários do referido serviço, que foram analisadas recorrendo à técnica atualmente denominada mapa dialógico (que será referida no próximo capítulo, intitulado Procedimentos metodológicos). Nesse processo, emergiram as seguintes categorias: a) sofrimento psíquico: como nomeia, como descreve, como explica, o

que falam os outros; b) ajudas profissionais: como chega, onde chega, quem atende, o que diz, o que faz o profissional, como avalia; e c) Centro de Saúde: como chega, quem atende, o que falam, como avalia.

Para a autora, o momento enfocado, aparentemente, trata-se de uma situação pré-definida, ou uma situação em que os papéis prescritos (profissional e usuário) são os mais atuantes. No entanto, mesmo nessas situações ocorrem negociações sutis devido ao posicionamento dos interlocutores. É a partir dessa situação e da interação que se estabelece que as pessoas falam, selecionando linhas narrativas, introduzindo termos e personagens, saberes, argumentando para se incluir ou excluir do atendimento em saúde mental. Conforme Pinheiro (2013), as pessoas constroem um sentido sobre a situação para a qual se requer atenção e sobre o momento da interação, que é prenhe de funcionalidade, dado que, a partir desse contato, será definida a resposta da instituição a demanda. Desse modo, a triagem ou consulta inicial deveria ser interpretada como espaço de coprodução de sentidos, de subversão do instituído.

CAPÍTULO 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Situando e caracterizando o local de pesquisa

Como já salientado, a partir da publicação da NOAS – SUS 01/01 o conceito de região de saúde foi introduzido, e passou a orientar os processos de regionalização da saúde. O estado de Pernambuco, a partir da homologação do Plano Diretor de Regionalização da Saúde, em 2011, passou a ser organizado em quatro Macrorregiões de Saúde, conforme demonstrado na Figura 2.



Figura 2. Mapa de Pernambuco com a distribuição espacial das macrorregiões de saúde e indicação dos municípios sede. Fonte: Pernambuco (2011, p. 12).

A Macrorregião Metropolitana agrega as regiões de saúde I, II, III e XII, a Macrorregião Agreste é composta pelas regiões de saúde IV e V, a Macrorregião Sertão é constituída pelas regiões de saúde VI, X e XI e, finalmente, fazem parte da Macrorregião Vale do São Francisco e Araripe as regiões de saúde VII, VIII e IX. Portanto, o desenho da regionalização no território estadual está organizado em doze regiões de saúde (Figura 3). Cabe destacar que a organização político-administrativa da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco é definida com base nessa conformação territorial. Assim, a gestão de cada uma dessas regiões está sob a responsabilidade de Gerências Regionais de Saúde (GERES), que são unidades técnicas e administrativas, localizadas nos municípios sede de cada região, com

a função de planejar, executar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde no território definido (Pernambuco, 2011).

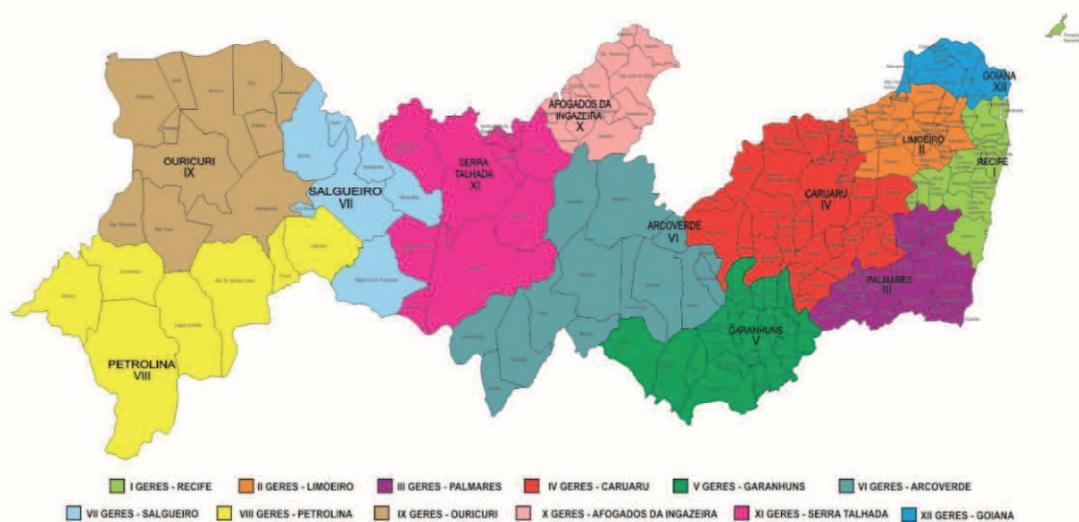
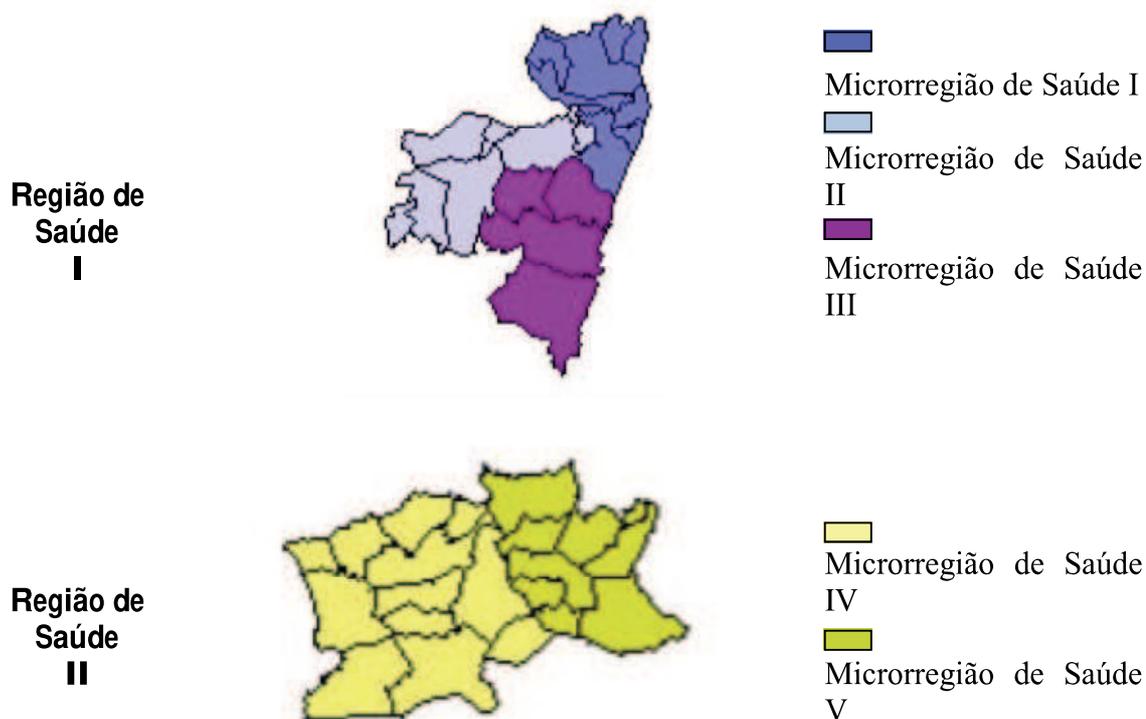


Figura 3. Mapa de Pernambuco com a distribuição espacial das doze regiões de saúde e indicação dos municípios sede. Fonte: Pernambuco (2011, p. 13).

No que se refere ao desenho da regionalização da atenção à saúde no estado de Pernambuco, há que se destacar, ainda, a delimitação de onze microrregiões de saúde nas regiões I, II, IV e VI, conforme demonstrado na **Figura 4**.



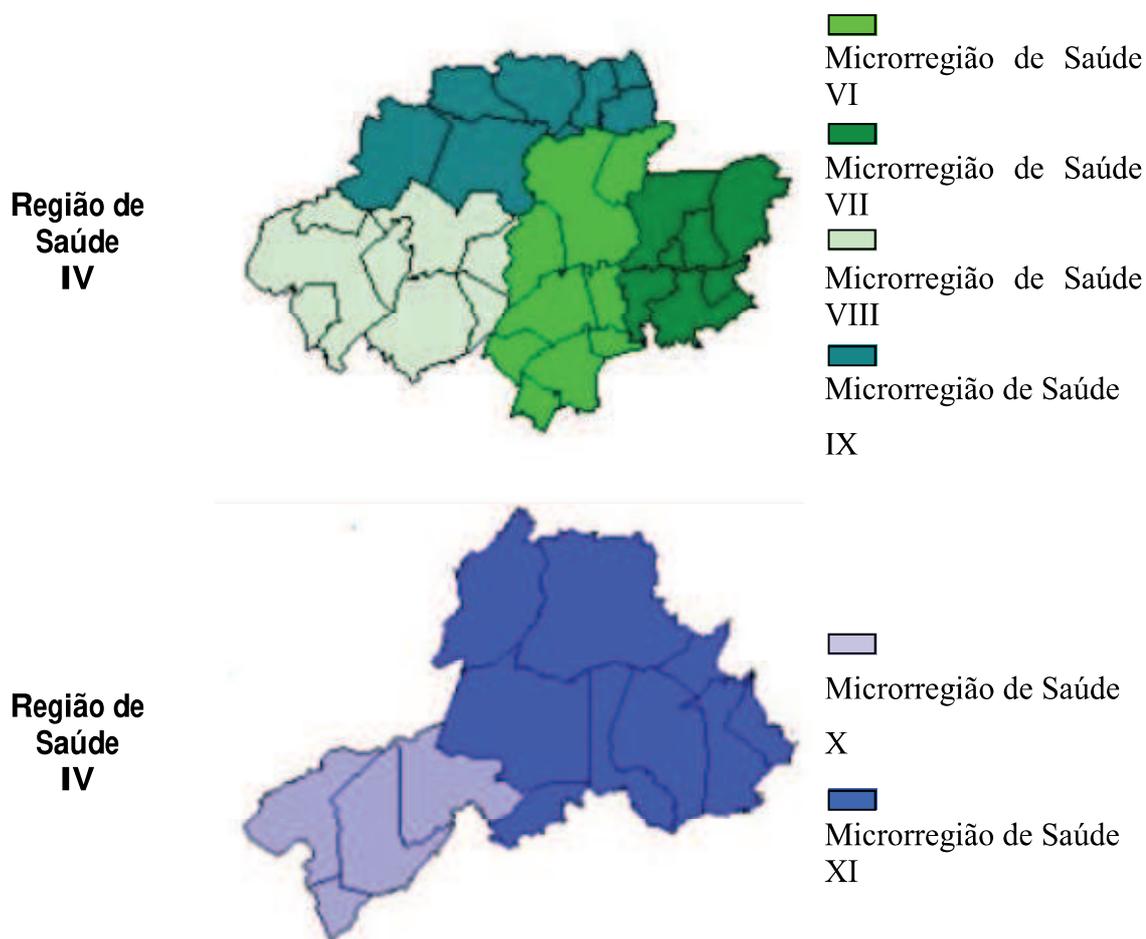
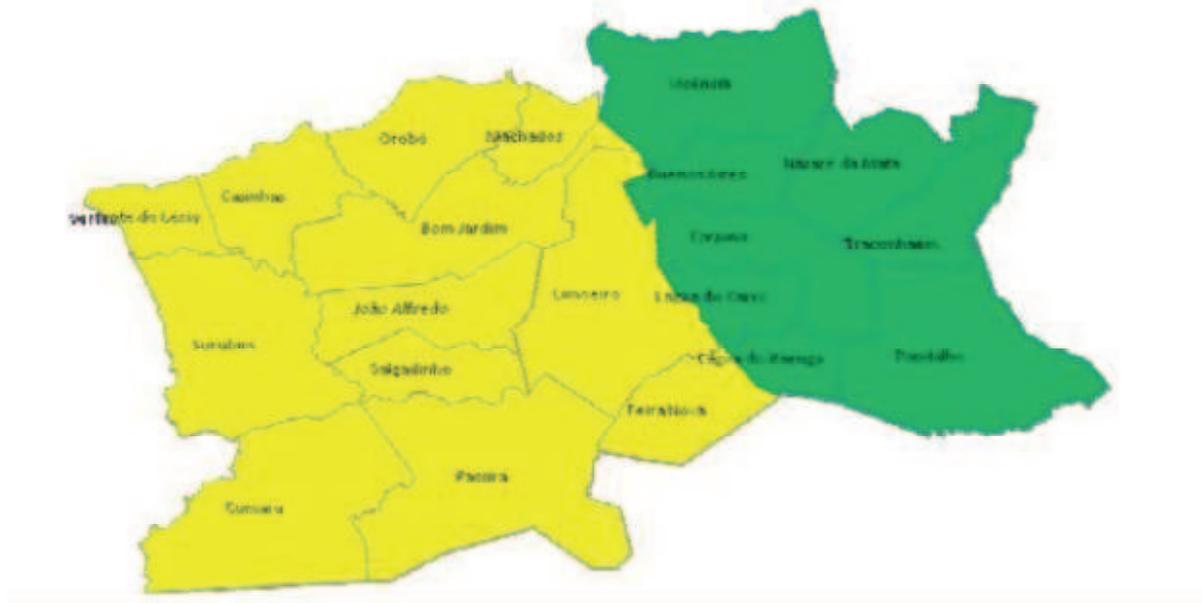


Figura 4. Mapas das Regiões de Saúde I, II, IV e VI com indicativo da subdivisão em Microrregiões de Saúde. Fonte: Pernambuco (2011, pp. 13-16).

A apropriação do desenho de regionalização da atenção à saúde no estado possibilita situar o nosso campo. A pesquisa que deu origem a essa dissertação foi realizada no município de Casinhas, que está inserido na Microrregião de Saúde IV, e, portanto, faz parte do território da Região de Saúde II do estado, como também do território da Macrorregião de Saúde Metropolitana.

A Região de Saúde II é formada por 20 municípios, que estão distribuídos nas microrregiões de saúde da seguinte forma: Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim e Vertente do Lério formam a **Microrregião de Saúde IV**; Buenos Aires, Carpina, Lagoa do Itaenga, Lagoa do Carro, Machados, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém e Vicência compõem a **Microrregião de Saúde V**(Figura 5).



■ Microrregião de Saúde IV ■ Microrregião de Saúde V

Figura 5. Mapa da II Região de Saúde com indicação dos municípios que a compõem. Fonte: Pernambuco (2013, p. 10).

A população estimada nessa região é de 596.974 habitantes e a densidade demográfica corresponde a 181,94 hab/Km² (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2017). Cabe destacar que se trata de um território que se estende por duas regiões climáticas distintas. Os municípios da Microrregião de Saúde IV estão localizados na região Agreste, uma área de transição entre a Zona da Mata e o Sertão e, portanto, identificada com o clima semi-árido. Já os municípios da Microrregião de Saúde V estão localizados na Zona da Mata, uma região mais próxima do litoral e, portanto, mais úmida. Essa caracterização tem desdobramentos nas atividades econômicas que se desenvolvem na região (Pernambuco, 2013).

Quanto ao porte demográfico¹⁰ dos municípios, cinco são classificados como de médio porte, sete como de pequeno porte II e oito como de pequeno porte I. Trata-se, portanto, de uma região composta por uma maioria de cidades pequenas, termo utilizado por Bacelar (2010), Soares e Melo (2010) e Dantas e Oliveira (2014) em referência aos municípios de pequeno porte I. Cumpre ressaltar que o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e

¹⁰Para o IBGE, o critério populacional pode ser utilizado para definir o porte de um município e, assim, orientar processos de gestão, planejamento, financiamento e avaliação de políticas públicas. Desse modo, os municípios podem ser classificados da seguinte forma:

- Municípios de Pequeno Porte I – população até 20.000 habitantes.
- Municípios de Pequeno Porte II – população de 20.001 a 50.000 habitantes.
- Municípios de Médio Porte – população de 50.001 a 100.000 habitantes.
- Municípios de Grande Porte – população de 100.001 mil a 900.000 habitantes.
- Metrôpoles – população de mais de 900.000 habitantes.

Estatística (IBGE, 2010) indica que aproximadamente 70% dos municípios brasileiros possuem menos de 20.000 habitantes.

De acordo com Bacelar (2010) e Soares e Melo (2010), as cidades pequenas são caracterizadas por uma estreita vinculação entre o núcleo urbano – que corresponde à sede municipal – e o seu entorno rural e pelo papel central desempenhado pelo Estado no que se refere à atividade produtiva e econômica. Dantas e Oliveira (2014) afirmam que, embora apresentem fortes características rurais, as cidades pequenas não são dotadas de um sentido próprio e único, pelo contrário, constituem-se num movimento dialético entre urbano e rural. Portanto, há que se considerar conexões e continuidades e não somente diferenças.

Ainda de acordo com as autoras citadas acima, no que se refere às políticas públicas, a introdução da noção de território possibilitou a implantação de uma rede hierarquizada de serviços orientados por princípios e diretrizes estabelecidos em políticas nacionais, principalmente no campo da saúde e assistência social. Assim, as cidades pequenas passaram a dispor de uma rede de serviços públicos, ao constituírem-se num espaço de atuação de psicólogos, o que impulsionou um processo denominado interiorização da profissão (Leite et al., 2013; Dantas e Oliveira, 2014). Cabe destacar, no entanto, que as cidades pequenas com menos de 20.000 habitantes, geralmente, enquadram-se nos critérios estabelecidos para implantação de serviços básicos.

Assim, o município de Casinhas, onde realizamos a pesquisa, cuja população é de 13.766 habitantes – dos quais uma maioria expressiva (12.103 habitantes) reside da zona rural, que constitui a maior parte de seu território (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010), no âmbito do SUS, implantou programas e serviços para a estruturação da atenção básica, mas também conta com alguns equipamentos e serviços de atenção secundária, e no que se refere ao SUAS, foram implantados três CRAS, caracterizados como a principal porta de entrada deste sistema, assumindo a responsabilidade pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica (Brasil, 2009a). Cumpre registrar que um dos CRAS está localizado na sede do município e os outros dois nos sítios Montado e Catolé de Napoleão.

Ao considerar Cardona, Cordeiro e Brasilino (2014), quando dizem que o pesquisador não cai de paraquedas no campo de pesquisa e que a entrada nos lugares como um caminho para aproximação com as pessoas envolve, além de escolhas metodológicas e aspectos éticos, questões pessoais e afetivas, cumpre registrar que minha relação com essa cidade pequena é muito anterior à realização da pesquisa. Casinhas é o lugar onde nasci, cresci... vivi até os 20 anos de idade, quando me mudei para Campina Grande/PB, iniciando minha história com a

UEPB. Em 2013, após concluir o curso de Psicologia, voltei a Casinhas para ocupar o lugar de psicóloga na equipe de um dos CRAS implantados no município. Essa experiência profissional, como já explicitado, possibilitou o delineamento da pesquisa, que me levou de volta a Campina Grande para cursar a Pós-Graduação (Mestrado) em Psicologia da Saúde e, assim, construir essa dissertação. Desse modo, durante a realização da pesquisa houve inúmeros deslocamentos entre Campina Grande e Casinhas.

Certamente, a familiaridade com as dinâmicas do território contribuiu para que eu não enfrentasse resistências quando de minha incursão nos lugares de pesquisa. É válido registrar que o trabalho no campo foi realizado no período entre julho de 2015 e dezembro de 2016. Mais especificamente, estive em Casinhas realizando atividades de pesquisa nos dias 26, 29 e 30 de julho de 2015; 24 de novembro de 2015; 17, 18 e 19 de fevereiro de 2016; 2, 3, 4, 9 e 10 de agosto de 2016; 21 de setembro de 2016; 6, 23 e 24 de outubro de 2016; 6, 21, 22 e 23 de novembro de 2016 e 7, 8 e 9 de dezembro de 2016. Num primeiro momento, em julho de 2015, foi feito um contato prévio com a secretária municipal de saúde objetivando apresentar a proposta de pesquisa. No dia 26 de julho, participei de um encontro com a secretária e a coordenadora de atenção básica. A proposta foi muito bem recebida e, inclusive, tanto a secretária como a coordenadora demonstraram interesse em contribuir no que fosse necessário para a realização da pesquisa. Cabe destacar que, nesse primeiro encontro, as duas gestoras indicaram a psicóloga do NASF como uma técnica de referência.

Já nesse primeiro encontro, foram obtidas informações sobre a rede de atenção à saúde do município. A capacidade instalada pode ofertar atenção à saúde nos níveis de complexidade básica e secundária. No que se refere à atenção básica, o município conta com seis unidades básicas de saúde, como já explicitado. Das quais, cinco estão localizadas nas comunidades rurais Vila Nova, Junco, Catolé, Serra Verde e Montado e uma está localizada na sede do município. Cumpre destacar que as unidades básicas de saúde do Junco, Montado e Casinhas, pela extensão de seus territórios de abrangência, contam com um ponto de apoio cada, localizados nas comunidades de Lagoa de Pedra, Chatinha e Oratório, respectivamente. Trata-se de espaços que possibilitam às equipes de saúde da família o desenvolvimento de uma atuação mais próxima das comunidades. Cada unidade básica de saúde contava com um auxiliar de serviços gerais e um recepcionista. No que diz respeito às EqSF, nesse momento, estavam completas, sendo compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um odontólogo, um auxiliar em saúde bucal e agentes comunitários de saúde. O número de ACS por unidade variava de quatro a oito de acordo com a população adscrita, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2

Quantitativo de famílias cadastradas, população adscrita e ACS por UBS no município de Casinhas/PE

Unidade Básica de Saúde	Famílias cadastradas	População adscrita	Número de ACS
Serra Verde	428	1.506	5
Catolé	463	1.834	4
Casinhas (sede)	737	2.560	6
Junco	698	2.385	5
Montado	979	3.462	8
Vila Nova	601	2.166	6

O município conta, também com uma equipe NASF, composta por um nutricionista, um educador físico, dois fisioterapeutas e um psicólogo. Convém pôr em relevo, ainda em relação à atenção básica, que o município aderiu ao Programa Saúde na Escola (PSE) e dispõe de uma Academia da Saúde, este equipamento está localizado no perímetro urbano. O PSE e a Academia da Saúde constituem iniciativas para ampliação das ações intersetoriais e de promoção de saúde no SUS que se articulam com a atenção básica Brasil (2012).

No que se refere à atenção secundária, a UMCLM tem capacidade para prestar assistência em urgência e emergência, além de dispôr de leitos para internação e reabilitação. Essa unidade conta, também, com Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) através de um laboratório de análises clínicas e, além disto, oferta atendimento ambulatorial nas seguintes especialidades: ginecologia, pediatria, cardiologia e psiquiatria. Destaca-se, como já mencionado, a existência e funcionamento de uma base do SAMU no município.

Cabe destacar, também, o intenso fluxo de usuários em busca de assistência à saúde nos níveis crescentes de complexidade em cidades de médio e grande porte, na macrorregião Metropolitana. Frequentemente municípios como Surubim, Limoeiro, Carpina e Recife recebem usuários residentes em Casinhas para realização de consultas, exames, cirurgias entre outros procedimentos. Em alguns casos, as pessoas chegam a viajar até três vezes por semana para garantir a continuidade de um tratamento. Assim, a “marcação” dos procedimentos, bem como a organização dos deslocamentos faz parte do cotidiano da gestão municipal de saúde. Conforme Dantas e Oliveira (2014), esse cenário é característico das cidades pequenas, que mantém uma forte relação com cidades consideradas polo de uma região, especialmente no

que diz respeito a serviços de educação e saúde.

Sobre a assistência em saúde mental, foram poucas as informações obtidas nesse primeiro encontro. Cabe destacar novamente que na PNSM o critério populacional é considerado para a implantação de serviços especializados. Desse modo, a assistência em saúde mental no município deve ser desenvolvida pelos serviços da ESF. As gestoras afirmaram que existe uma demanda expressiva em saúde mental no município, ressaltaram a oferta de assistência ambulatorial na unidade mista, realizada por um médico psiquiatra e uma psicóloga e, no que se refere à atenção básica, indicaram alguns caminhos para a obtenção de mais informações. Seria necessário entrar em contato com a psicóloga do NASF e, nas unidades básicas de saúde, acessar um documento que elas chamaram de “livro de saúde mental”. Segundo as gestoras, esse livro conteria informações atualizadas sobre a assistência em saúde mental em cada uma das UBS do município. Posteriormente, no dia 27 de julho, houve um contato telefônico com a psicóloga do NASF, que me sugeriu estabelecer uma aproximação com os agentes comunitários de saúde, pois estes profissionais teriam informações mais atualizadas.

No dia 29 de julho, fiz uma visita à unidade básica de saúde localizada na sede do município. Nessa oportunidade, pude conversar com alguns profissionais sobre minha proposta de pesquisa e acessar um dos tais “livros de saúde mental”. Nesse espaço, também houve bastante receptividade e, além disto, demonstrações de que havia necessidade de lançar um olhar sobre a assistência em saúde mental no município. Além do mais, tive a impressão de que a proposta gerava expectativas relacionadas ao desenvolvimento da assistência em saúde mental. Quanto ao livro, foi verificado que as informações estavam bastante desatualizadas, corroborando alguns estudos (Bachetti, 2013; Nunes, et al., 2007; Trovão & Thelma Veloso, 2016) em que foi identificada a ausência de fluxos e registros relativos à saúde mental em unidades básicas de saúde. No livro acessado, havia 4 (quatro) usuários cadastrados. Como o acesso ao livro ocorreu em companhia da enfermeira e de algumas agentes comunitárias de saúde, logo foi identificada a desatualização do documento. Todas foram enfáticas em afirmar que o número não correspondia à realidade e, inclusive, demonstraram surpresa com a informação contida no livro. Seria necessário, então, contar com a contribuição dos profissionais, em especial, os agentes comunitários de saúde para obter informações sobre saúde mental na atenção básica e, principalmente, identificar os usuários em sofrimento psíquico.

Cabe destacar que, naquele momento, a identificação dos usuários era primordial, uma vez que a pesquisa seria realizada com os usuários de saúde mental. Para isso, foi essencial a

contribuição da coordenação de atenção básica, enfermeiras das UBS e agentes comunitários de saúde. Depois de algumas tentativas “solitárias” e pontuais sem êxito, participei de uma reunião com os ACS promovida pela coordenação de atenção básica no dia 24 de novembro de 2015, onde pude apresentar o projeto de pesquisa a todos os agentes comunitários de saúde e enfermeiras, bem como solicitar a contribuição desses profissionais para identificar os usuários em sofrimento psíquico em seus territórios de atuação. Já nesse momento, alguns tentaram construir listas. No entanto, as pessoas incluídas nessas listas eram egressas de internamento psiquiátrico e/ou em sofrimento psíquico grave. Pessoas em sofrimento psíquico considerado moderado e leve, fazendo uso de psicotrópicos não eram identificadas como usuários de saúde mental. Assim, foi solicitado que essas pessoas também fossem incluídas. Sobre o processo de identificação dos usuários em sofrimento psíquico, cabe destacar que essa informação já existia nas fichas de cadastro dos ACS e, como diz Spink (2013), faltava apenas fazer a pergunta. Assim, essas informações foram sistematizadas em listas – manuscritos em folhas de caderno ou papel sulfite – que foram entregues às enfermeiras das UBS, com quem mantive contato durante a produção das informações e, em meados de fevereiro de 2016, foi possível construir a Tabela 3.

Tabela 3

Quantitativo de usuários de mental nas áreas de abrangência de cada UBS do município de Casinhas/PE.

UBS	Mulheres	Homens	Total – UBS	Total - município
Serra Verde	49	18	67	
Catolé	40	30	70	
Casinhas (sede)	49	30	79	
Junco	31	16	47	576
Montado	98	62	160	
Vila Nova	108	45	153	

Convém salientar que após, a qualificação do projeto de pesquisa, houve modificações e adequações, realizadas no sentido de construir um conhecimento mais amplo e detalhado sobre a assistência em saúde mental na atenção básica no município de Casinhas/PE, conforme explicado na Introdução desta dissertação. Buscou-se, desse modo, subsidiar reflexões pertinentes sobre o desenvolvimento da assistência em saúde mental em cidades de pequeno porte. Sendo assim, fez-se necessária uma ampliação da proposta de pesquisa, que passou a ser delimitada como estudo de caso de cunho qualitativo. Nesse novo delineamento,

os documentos de domínio público foram incluídos como fontes de informação e profissionais e familiares foram incluídos como atores a serem entrevistados, ampliando, assim, o número de entrevistas realizadas.

3.2 Delineamento da pesquisa: um estudo de caso

Em se tratando de uma pesquisa qualitativa, buscamos nos aproximar das relações, dos processos, dos fenômenos a partir do modo como as pessoas lhes conferem significado (Denzin & Lincoln, 2006; Minayo, 2007), o que implica uma densa partilha com os objetos sobre os quais nos debruçamos. Portanto, conforme Minayo e Guerriero (2014), nessa perspectiva, há uma valorização dos processos, sobretudo incluindo o que é singular num contexto histórico e social mais ampliado. Os autores acrescentam que na pesquisa qualitativa é atribuída uma importância substancial à linguagem na medida em que se constitui como condição de possibilidades para a configuração da realidade.

No campo da saúde, Minayo e Guerriero (2014) argumentam que a investigação qualitativa oferece subsídios para a compreensão do ponto de vista dos usuários, profissionais e gestores sobre os mais diferentes aspectos: a lógica do sistema, a qualidade dos serviços, as concepções envolvidas nas tomadas de decisões e na prestação de serviços e significados sobre saúde, adoecimento, morte, entre outros temas.

No que se refere ao estudo de caso, Platt (1992) afirma tratar-se de uma lógica de planejamento, uma estratégia que deve ser priorizada ao longo do processo de pesquisa – na medida em que novas ideias são desenvolvidas – em vez de um comprometimento ideológico a ser seguido não importando quais sejam as circunstâncias. Nesse sentido, o pesquisador pode mostrar-se mais criativo e imaginativo (Laville & Dionne, 1999), uma vez que, no decorrer da investigação, pode adaptar seus instrumentos ou até mesmo modificar sua abordagem para explorar elementos imprevistos, assim como precisar detalhes e construir uma compreensão acerca do caso que considere esta dinâmica.

Conforme Laville e Dionne (1999), o estudo de caso é caracterizado por visar, sobretudo, profundidade. Yin (2015) afirma que não se deve considerá-lo como uma mera etapa do planejamento de pesquisa, geralmente identificada como exploratória, mas como uma estratégia de pesquisa abrangente para investigar um fenômeno contemporâneo ao considerar as condições contextuais pertinentes ao objeto de estudo. Para Goldenberg (2004, pp. 33-34), trata-se de uma “análise holística”, que leva em conta o objeto de pesquisa como um todo e, portanto, requer a obtenção do “maior número de informações detalhadas, por

meio de diferentes técnicas de pesquisa, com o objetivo de *apreender* [itálico nosso] a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso”.

Yin (2015) considera que a potência do estudo de caso está relacionada à possibilidade de lidar com uma ampla variedade de fontes de informação como documentos, entrevistas e observações. Para esse autor, a utilização de diferentes procedimentos para a obtenção de informações permite o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação. Assim, o conhecimento construído estará ancorado num processo corroborativo, o que confere validade ao estudo. Ainda de acordo com esse autor, a delimitação da(s) unidade(s) de análise, ou seja, do “caso” constitui um passo fundamental para o desenvolvimento do estudo, que pode ser de caso único ou múltiplo.

A pesquisa desenvolvida foi delimitada como estudo de caso único: a atenção à saúde mental na atenção básica no município de Casinhas/PE. A justificativa para a delimitação de um caso único é recomendada, segundo Yin (2015), em condições nas quais o caso representa um teste crucial da teoria existente, quando o caso é um evento raro ou exclusivo ou serve a um propósito “revelador”. Sobre esse último aspecto, o autor afirma tratar-se de uma situação em que o pesquisador pode debruçar-se sobre um objeto pouco acessado em investigações científicas, embora seja facilmente identificado na contemporaneidade. Alves (2007) acrescenta que essa condição diz respeito ao caráter inovador do estudo num contexto de escassa literatura sobre o objeto específico. A complementar esse entendimento, Laville e Dionne (1999) argumentam que um pesquisador, quando se dedica a um determinado caso, é por considerá-lo típico de um conjunto mais amplo do qual se torna o representante.

Destarte, a delimitação como estudo de caso único foi justificada, pois objetivamos construir um conhecimento amplo e detalhado sobre a atenção em saúde mental na atenção básica em Casinhas, que é uma das mais de 4000 cidades pequenas espalhadas pelo território brasileiro, que compartilha aspectos relativos à capacidade instalada para prover atenção à saúde, em especial, à saúde mental. No entanto, são poucos os estudos que tratam desse universo.

Conforme Yin (2015), estudos de caso único admitem a possibilidade de incorporação de subunidades de análise que acrescentam oportunidades significativas à ampliação da análise do caso único. Nesse sentido, com o objetivo de construir um corpo de informações o mais amplo possível e tendo em vista a representatividade de atores fundamentais na atenção em saúde mental, foram delimitadas como subunidades de análise, as práticas discursivas de profissionais, familiares e usuários sobre a atenção à saúde mental.

De acordo com Goldenberg (2004), nos estudos de casos, técnicas complementares

para obtenção de informações permitem aprofundar as questões de pesquisa na interlocução com os participantes, possibilitando aproximar-se do significado de determinadas situações. Portanto, recorreremos à utilização de diversos procedimentos de pesquisa para construir um conhecimento amplo e detalhado sobre a atenção em saúde mental no nível de atenção básica em Casinhas/PE, como será explicitado a seguir.

3.3 Procedimentos para obtenção das informações

Para a realização dessa pesquisa, recorreremos a três fontes de informação, quais sejam: documentos, observação no cotidiano e entrevistas semiestruturadas. Spink, Ribeiro, Conejo e Souza (2014, p. 207) utilizam a expressão “documento” no “sentido elástico de registro, de algo que tem uma presença física; que fala sobre algo e é também algo”. Convém destacar que os autores citados discutem documentos de domínio público, como arquivos, relatórios, legislações, enquanto práticas discursivas, tornadas públicas por meio da interação com um outro desconhecido, porém significativo e frequentemente coletivo (Spink, 2013). Trata-se, portanto, de construções sociais que encerram a noção do público como espaço de ação e discussão.

Para Souza, Kantorski e Luis (2011) e Spink et al. (2014), os documentos não necessariamente constituem o foco central das investigações. Há trabalhos em que tais fontes de informação fazem parte de uma escolha metodológica mais ampla e, portanto, são utilizados objetivando estabelecer conexões com as demais informações, obtidas através de outras técnicas. A questão mais importante, no entanto, é selecionar o material pertinente ao objeto de estudo e manter a porta aberta para as surpresas do cotidiano.

Na pesquisa que foi realizada documentos como portarias, normativas técnicas, relatórios publicados tanto em nível nacional quanto estadual, bem como registros municipais referentes à atenção em saúde mental foram utilizados como fonte de informações para a construção do referencial teórico. Tais documentos são importantes para o estudo na medida em que possibilitam acessar mecanismos legais, diretrizes e princípios que orientam a articulação entre saúde mental e atenção básica. Assim, esses documentos foram utilizados, também, para caracterizar o campo de pesquisa e para estabelecer conexões com as informações produzidas através da observação realizada no cotidiano e das entrevistas.

Spink (2010) salienta que a observação é uma forma de escutar a fala espontânea das pessoas que participam do estudo, possibilitando ao pesquisador aproximar-se dos termos que fazem parte de seu vocabulário espontâneo. Cardona, et al. (2014, p.129) compreendem a

observação no cotidiano “do ponto de vista da linguagem em ação, como coconstrução do/a pesquisador/a e das pessoas que participam com ele/a de cenas cotidianas”. Cabe destacar a noção de cotidiano como microlugares de convivência em que se dão encontros, conflitos e tensionamentos entre o pesquisador e as pessoas, grupos ou comunidades no contexto de pesquisa (Spink, 2008).

Observar no cotidiano implica estabelecer uma teia de relações na qual o pesquisador se move e se posiciona buscando entender o que se passa e o que isso significa no contexto local.

A observação nunca é neutra.... A própria convivência, nas suas variadas formas (mais ou menos intensa), implica escolha (mais ou menos planejada) de caminhos para ter “acesso” [grifos dos autores] às pessoas, locais e informações, inclusive quando o/a pesquisador/a faz uma pesquisa na sua própria cotidianidade. Até o tipo de observação na qual o pesquisador busca observar sem ser percebido, assumindo que não requer ser aceito nem se comprometer, implica influenciar de algum modo os outros. (Cardona et al., 2014, p. 130).

Desse modo, o pesquisador deve refletir sobre a própria interação durante a observação, que constitui um meio para a obtenção de informações e um processo de coprodução de sentidos. Dessa maneira, cabe destacar a importância da(s) forma(s) de registro para dar conta da fluidez e complexidade de descrições situadas, mais ou menos participantes, todas elas contribuindo para a compreensão dos sentidos produzidos pelas pessoas nas suas práticas discursivas.

Durante a pesquisa em questão, recorreremos ao diário de campo como forma de registro da observação. Medrado, Spink e Mélo (2014), refletindo sobre a utilização do diário de campo em pesquisa, defendem que este instrumento seja considerado como participante do processo investigativo e, portanto, tratam-no como “atuante”. Nessa perspectiva, os diários são mais que meros instrumentos de registro, pois funcionam como elementos co-construtores das informações, tendo em vista que é desde o momento de construção desses textos que se produzem os sentidos da experiência.

A pesquisa alcança certa fluidez à medida que o pesquisador dialoga com essa narrativa, ao construir relatos, dúvidas, impressões, posicionamentos, “uma conjugação de fluxos em agenciamentos coletivos produzindo a própria ação de pesquisar” (Medrado et al., 2014, p. 278).

Durante a pesquisa em questão, entre os dias 26 e 29 de julho de 2015, como já explicado, houve um encontro na secretaria municipal de saúde, contato telefônico com a psicóloga e visita à unidade básica de saúde localizada na sede do município e,

posteriormente, em 24 de novembro de 2015, ocorreu a participação numa reunião com os agentes comunitários de saúde. Após essas primeiras incursões, voltei à Secretaria Municipal de Saúde no início do mês de fevereiro de 2016, para acessar as informações produzidas pelos agentes comunitários de saúde. Num outro momento, nos dias 2, 3, 4, 9 e 10 de agosto de 2016, foram realizadas observações nas cinco unidades básicas de saúde localizadas na zona rural do município, sendo um dia em cada unidade.

Conforme Cardona et al. (2014), o acolhimento do pesquisador no contexto pode ter vários desdobramentos, como o acesso a determinados contatos e outros não, o que incide sobre a possibilidade de ampliação do eixo de relações e conhecimento para além da pessoa que inicialmente acolheu o estudo. Foi ao ampliar os contatos na secretaria de saúde que a UMCLM, mais especificamente, a Farmácia Básica do município, localizada nessa unidade, que constituiu mais um espaço de observação. Ao conversar com um técnico administrativo, responsável por “alimentar” os sistemas de informação, foi-me sugerido consultar os registros relativos à saúde mental dessa farmácia. Assim, concomitantemente à consulta, a observação foi realizada nesse espaço nos dias 23 e 24 de outubro de 2016.

Em todos esses momentos estive atenta ao contexto, aos contatos estabelecidos, às relações e possibilidades para o desenvolvimento da pesquisa sempre procurando compreender o lugar da saúde mental nesses espaços. Portanto, recorreremos à observação no cotidiano como ferramenta complementar na construção de uma compreensão acerca da atenção em saúde mental no município. Importa salientar que a observação não ficou restrita aos momentos citados acima, pois o contexto de realização das entrevistas foi também objeto de nossa atenção.

Nesta pesquisa, as entrevistas realizadas foram do tipo semiestruturada, e orientadas por roteiros (Apêndices A, B e C) construídos de acordo com os objetivos da pesquisa. Aragaki, Pereira, Lima e Nascimento (2014) assinalam como característica desse instrumento o fato de o pesquisador construir previamente um roteiro que irá nortear a interlocução, possibilitando momentos de construção, negociação de sentidos, colaborando na interanimação dialógica e manutenção do foco na entrevista. Isso é possível, pois a técnica, conforme Laville e Jean (1999) e Minayo (2007), permite ampliar as perguntas a partir das respostas do interlocutor, conferindo uma abordagem mais flexível, que possibilita a liberdade para realizar intervenções de acordo com o andamento da entrevista a fim de que os pressupostos da pesquisa sejam contemplados.

Spink (2010), afirma que a ruptura com o habitual possibilita dar visibilidade aos sentidos. Assim, na entrevista, os questionamentos tendem a focalizar um ou mais temas que,

talvez, nunca tenham sido alvo de reflexão. A entrevista, enquanto ação (interação) situada e contextualizada, pode ser considerada uma prática discursiva através da qual os entrevistados são convidados a produzir sentidos e construir versões da realidade. É, portanto, a entrevista, “um processo dialógico em que ocorre negociação de pontos de vista e de versões sobre assuntos e acontecimentos, e que vai posicionando ambos/as os/as participantes durante a sua interanimação” (Aragaki et al., 2014, p. 59).

Pinheiro (2013) alerta que a entrevista não tem a mobilidade das interações verbais do cotidiano, pois há posições estabelecidas social e institucionalmente. Aparentemente, trata-se de uma situação pré-definida, ou uma situação em que os papéis prescritos são os mais atuantes. No entanto, mesmo nessas situações, ocorrem negociações, que podem ser sutis ou explícitas, devido ao posicionamento dos interlocutores.

Na pesquisa realizada, o número de entrevistados foi delimitado pelo critério de acessibilidade e disponibilidade em conceder a entrevista e pelo critério do ponto de saturação. Sobre este último, Lang, Campos e Demartini (2010) afirmam que este critério indica quando já se dispõe de informações suficientes sobre determinado aspecto. Isso é possível, pois a análise acompanha todo o processo de pesquisa e permite constatar, nas entrevistas, uma repetição dos conteúdos, indicando que a obtenção de informações pode ser encerrada após a realização de mais algumas entrevistas.

Foram entrevistadas 31 pessoas, sendo 14 (catorze) profissionais, 9 (nove) usuários e 8 (oito) familiares entre 21 de setembro e 9 de dezembro de 2016. Em relação aos profissionais, foram 3 (três) homens e 11 (onze) mulheres, cujas idades variaram entre 24 e 48 anos. Quanto à profissão, 4 (quatro) são enfermeiros, sendo que 2 dois deles ocupavam cargos na gestão municipal de saúde, 3 (três) são agentes comunitários de saúde, 2 (dois) são médicos, 1 (uma) é odontóloga, 1 (uma) é auxiliar de consultório dentário, 1 (uma) é técnica em enfermagem, 1 (uma) é nutricionista e 1 (uma) é fisioterapeuta. Quanto ao nível de escolaridade, foram 2 (dois) com especialização, 7 (sete) com nível superior, 2 (dois) com nível técnico e 3 (três) com ensino médio. No tocante à formação/experiência em saúde mental, apenas 3 (três) dos profissionais entrevistados, relataram alguma experiência de formação em saúde mental, sendo 1 (um) enfermeiro e 2 (duas) ACS. O enfermeiro referiu-se à experiência de estágio obrigatório em saúde mental durante sua graduação, realizada num CAPS. Já as agentes comunitárias de saúde participaram da Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para ACS e auxiliares/técnicos em Enfermagem da atenção básica, ofertada no município em 2014, através do Projeto Caminhos do Cuidado. O tempo de atuação na atenção básica variou entre 8 (oito) meses e 25 (vinte e cinco) anos.

Cabe destacar que 7 (sete) dos entrevistados não residiam no município. No entanto, 3 (três) deles, devido à distância entre o município e seus locais de residência, permaneciam em Casinhas, numa residência de apoio, durante os dias de trabalho. A maioria das entrevistas realizadas com esse grupo ocorreu em seus locais de trabalho, secretaria municipal de saúde, UBS e UMCLM e apenas 2 (duas) entrevistas foram realizadas fora desses espaços, sendo 1 (uma) na residência do profissional e 1 (uma) na casa de apoio.

Quanto aos usuários, foram 5 (cinco) mulheres e 4 (quatro) homens, cujas idades variaram entre 32 a 62 anos. Desses, 3 (três) são agricultores, 4 (quatro) são beneficiários do BPC e 2 (dois) são aposentados. Todos afirmaram ter renda em torno de 01 (um) salário mínimo. No que se refere à escolaridade, 1 (um) é analfabeto funcional, 3 (três) não chegaram a concluir o ensino fundamental, 1 (um) não chegou a concluir o ensino médio e 4 (quatro) concluíram o ensino médio. Quanto ao estado civil, 4 (quatro) dos entrevistados são casados, 4 (quatro) são solteiros e 1 (um) vive em união estável.

Os usuários foram questionados sobre o número de vezes que recorreram à UBS para tratar de demandas em saúde mental, e 3 (três) não responderam com exatidão, 2 (dois) afirmaram não procurar a UBS, 1 (um) afirmou ter procurado por 04 (quatro) vezes, 1 (um) por 20 (vinte) vezes, 1 (um) disse que procura mensalmente e 1 (um), bimestralmente. Quanto ao uso de psicotrópicos, 9 (nove) usuários entrevistados afirmaram que fazem uso desses medicamentos. Questionados se procuram outros serviços com demandas em saúde mental, todos responderam que sim e citaram os seguintes serviços: atendimento psiquiátrico (público ou particular), atendimento psicológico (público ou particular) e hospital psiquiátrico. Cabe destacar que apenas 1 (um) usuário reside na sede do município e os demais na zona rural, 5 (cinco) deles foram entrevistados em suas residências – incluindo-se aí o usuário residente na zona urbana – e 4 (quatro) nas UBS.

As entrevistas com familiares foram realizadas com 8 (oito) mulheres, com idades entre 38 e 60 anos, sendo 6 (seis) agricultoras, 1 (uma) ACS e 1 (uma) gari. A renda variou de 1 (um) a 3 (três) salários mínimos. Quanto ao nível de escolaridade, 7 (sete) não chegaram a concluir o ensino fundamental e 1 (uma) concluiu o ensino médio. Quanto ao estado civil, 6 (seis) são casadas, 1 (uma) é separada e 1 (uma) afirmou viver em união estável. Todas as entrevistadas tinham relação de parentesco e cuidado com os usuários de saúde mental, sendo 5 (cinco) mães, 1 (uma) cunhada, 1 (uma) irmã e 1 (uma) esposa. Vale salientar que nem todas as familiares entrevistadas eram parentes dos usuários entrevistados, mas de outros usuários de saúde mental.

Convém registrar que 5 (cinco) das entrevistadas residem na zona rural e 3 (três) na

zona urbana. Quanto ao local em que foi feita a entrevista, 6 (seis) foram entrevistadas em suas residências e 2 (duas), nas UBS.

Para as entrevistas realizadas nas residências, foi fundamental a contribuição de agentes comunitárias de saúde, que indicaram o caminho até a casa dos usuários e familiares e, em alguns casos, acompanharam-me durante o percurso. Quanto às entrevistas realizadas nas UBS, numa, foi possível entrevistar usuários e familiares enquanto eles aguardavam a chegada do médico para fazer consulta e noutra, contei com a contribuição de uma enfermeira, que havia convidado alguns usuários e familiares para participar da pesquisa.

Cabe destacar que as entrevistas realizadas com usuários e familiares foram caracterizadas, em sua maioria, por certa resistência. Na maioria das vezes, fui interpelada sobre minhas intenções, se eu era “do governo”, se a entrevista “era essas coisa pra cortar benefício”. Somente após um processo de negociação, às vezes contando com a legitimação das agentes comunitárias de saúde que me acompanhavam, as pessoas aceitavam participar do estudo.

Todas as entrevistas realizadas foram gravadas, mediante autorização dos participantes, recorrendo ao uso de um aparelho MP4. Recorremos, também, ao diário de campo como estratégia para registro de percepções, questionamentos e informações acerca do contexto de realização da entrevista (Cruz, 1995). Trata-se de informações que não são obtidas através de outras técnicas e podem auxiliar no momento da análise das entrevistas. Como afirmam Medrado et al. (2014, p.288), trata-se de anotações que, pormenores de posicionamentos pautados pela vivência do pesquisador no campo, permitem “conectar os acontecimentos narrados, à sua visão de mundo e às leituras político-ontológicas derivadas das referências teóricas e contextuais utilizadas”. Portanto, a própria escrita do diário é constituinte de um processo que tem continuidade nas conexões possíveis quando da análise das informações.

3.4 Procedimentos para análise das entrevistas

A perspectiva construcionista adotada nesta pesquisa permite revisar o conceito de rigor, que passa a ser concebido como objetividade possível no âmbito da intersubjetividade, uma vez que a interpretação emerge como elemento intrínseco à pesquisa e constitui um processo de produção de sentidos. Desse modo, a subjetividade do pesquisador é mais um recurso. Então, o rigor passa pela explicitação da posição do pesquisador e implica na reflexão sobre seus valores, interesses, contextos, influências e possibilidades de

interpretação. Nessa perspectiva, a objetividade é ressignificada como visibilidade. Trata-se, portanto, de possibilitar ao leitor a compreensão dos passos de análise e interpretação (Spink & Lima, 2013).

Conforme Nascimento et al. (2014), o processo de análise exige que o pesquisador se debruce sobre o material dedicando seu tempo em diversas audições e leituras a fim de realizar um trabalho criterioso e sistemático. Spink e Lima (2013) afirmam que a análise tem início com uma imersão no conjunto de informações obtidas sem enquadrá-las em categorias definidas previamente, permitindo a fluidez do processo interpretativo. Para essas autoras, categorizar, classificar e tematizar fazem parte do processo de análise, contudo, não encerram processos impositivos, pelo contrário, as categorias emergem do confronto entre os sentidos construídos no processo de pesquisa e de interpretação e aqueles produzidos a partir da aproximação com a produção teórica relativa ao campo de estudo.

O mapa dialógico, inicialmente chamado de mapa de associações de ideias (Spink & Lima, 2013) ou simplesmente mapa (Spink, 2010), é um instrumento de análise que auxilia pesquisadores na aproximação com o material, na organização das práticas discursivas e no norteamento da discussão (Nascimento et al., 2014). No estudo das práticas discursivas, esse instrumento possibilita dar visibilidade aos processos de interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, às rupturas, bem como à produção, às disputas e às negociações de sentidos, às relações de saber-poder e aos jogos de posicionamento, que ocorrem no contexto da interação, na medida em que perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários.

Conforme Spink e Lima (2013), essa sistematização fornece subsídios ao processo de interpretação e também facilita a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo. A proposição para construção dos mapas dialógicos está diretamente atrelada ao referencial teórico-metodológico do estudo das práticas discursivas e produção de sentidos, que ressalta a visibilidade do processo de análise e contexto de co-produção das práticas discursivas, ou seja, o modo como as pessoas falam, os repertórios linguísticos utilizados ao descreverem o mundo em que vivem, assim como as outras vozes presentificadas nessas falas, textos ou imagens (Nascimento et al., 2014).

O mapa dialógico é uma tabela com linhas e colunas definidas tematicamente, de acordo com as categorias que emergem das práticas discursivas analisadas. Os repertórios são organizados nessas categorias, de modo a preservar a sequência das falas tendo em vista uma análise contextualizada e sem fragmentação. Spink e Lima (2013) afirmam que, embora as categorias iniciais geralmente reflitam os objetivos de pesquisa, a imersão no processo de interpretação durante todo o percurso da pesquisa possibilita a redefinição de categorias.

Nesse sentido, Nascimento et al. (2014) assinalam que os mapas são organizados de acordo com os objetivos do estudo, com os temas identificados na transcrição; e com aquilo que é preciso tornar visível em nossas análises. Além disso, os temas/categorias refletem os temas privilegiados nos instrumentos utilizados para obtenção de informações, como um roteiro de entrevista.

Nesta pesquisa, recorreremos à construção de mapas dialógicos para analisar as entrevistas dos profissionais, familiares e usuários. Importa destacar que as informações obtidas através dos documentos e das observações no cotidiano não foram analisadas nessa perspectiva. Documentos e observações constituíram subsídio para compreensão de nosso campo de pesquisa, bem como para análise contextualizada das práticas discursivas.

Após a transcrição integral de todas as entrevistas e apropriação desse material através de leituras sistemáticas, os mapas dialógicos foram organizados em categorias gerais que refletiam os objetivos da pesquisa, quais sejam: descrições sobre a atenção em saúde mental na atenção básica; avaliações sobre a atenção em saúde mental na atenção básica; e expectativas sobre a atenção em saúde mental na atenção básica. Embora se saiba que, ao construir descrições, necessariamente são construídas avaliações, é importante salientar que optamos por dar maior ênfase às avaliações no segundo eixo analítico, acima explicitado, isto é, no eixo das avaliações sobre a atenção em saúde mental na atenção básica.

Recortamos, então, trechos da transcrição integral das entrevistas, buscando dar visibilidade aos repertórios linguísticos que emergiram de modo a preservar o processo de interanimação dialógica. Assim, após o término da construção dos mapas, procedemos à análise desses repertórios a partir do referencial teórico adotado (Spink, 2010, Nascimento et al., 2014; Spink & Lima, 2013).

3.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade com os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos contidos na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB, que emitiu parecer (Anexo A) ao aprovar sua realização.

Convém registrar, também, que buscamos estar em consonância com a ética dialógica, e não, simplesmente, burocrática, que perpassa a produção do conhecimento na perspectiva construcionista, tendo em vista a visibilidade dos processos de obtenção e análise das

informações como forma de garantir o rigor metodológico (Spink, 2000; Cordeiro, Freitas, Conejo & Luiz, 2014; Spink & Menegon, 2013). Para essas autoras, a ética dialógica está pautada em três cuidados essenciais de pesquisa: o consentimento informado, livre e esclarecido; proteção ao anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e seus interlocutores.

Sobre o consentimento informado, livre e esclarecido, cumpre ressaltar que envolve a construção de uma relação pautada pela transparência e responsabilidade desde a inserção no(s) lugar(es) de pesquisa, apresentação e discussão dos objetivos até a negociação dos procedimentos a serem realizados. Cumpre ressaltar que esse critério foi e segue sendo respeitado na medida em que todos os interlocutores foram informados sobre os objetivos, procedimentos e desdobramentos da pesquisa, inclusive sobre o direito de interromper sua participação a qualquer momento, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), que foi assinado por todos, bem como o Termo de Autorização para Gravação de Voz (Anexo C).

A proteção ao anonimato visa resguardar a identidade dos interlocutores. Assim, a todos os 32 entrevistados, foi assegurada a garantia de total discrição sobre quaisquer elementos que pudessem identificá-los, inclusive, recorrendo à utilização de pseudônimos desde a etapa da análise até os momentos de publicização deste trabalho.

Já o resguardo do uso abusivo do poder implica o reconhecimento de que a posição do pesquisador no campo de pesquisa pode produzir assimetrias, intimidando seus interlocutores. Nesse sentido, atentamos para o cuidado ético no estabelecimento de uma relação de confiança e respeito aos limites dos interlocutores nos momentos de interação, assegurando-lhes o direito de não revelação ou de revelação velada, bem como o desligamento do gravador.

CAPÍTULO 4 COMO SE CARACTERIZA A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CASINHAS/PE NOS RELATOS DE PROFISSIONAIS, FAMILIARES E USUÁRIOS

Este capítulo tem como objetivo compreender como a atenção básica tem recebido e atendido a demanda em saúde mental no município em questão. Desse modo, ocupar-se-á da análise dos sentidos construídos sobre como se caracteriza a atenção em saúde mental no município de Casinhas/PE, com ênfase nas descrições construídas por cada uma das categorias de entrevistados sobre o referido objeto. Cabe salientar que se trata da análise das entrevistas, pois, como já explicitado, os documentos de domínio público e os diários de campo não foram submetidos à análise de discurso, mas foram utilizados para complementarem informações e caracterizarem o campo de pesquisa, bem como fornecer subsídios para aprofundar a análise das entrevistas. Optamos por organizar a apresentação desses relatos da seguinte maneira: de início, profissionais, depois, familiares, e, em seguida, usuários.

4.1 A atenção em saúde mental na atenção básica nas práticas discursivas dos profissionais

Ao serem indagados sobre como ocorre o acesso dos usuários à atenção em saúde mental no município, os profissionais entrevistados constroem sentidos diversos sobre como a demanda em saúde mental chega aos serviços da rede básica de saúde.

Alguns profissionais entrevistados relatam que a atenção básica recebe usuários em sofrimento psíquico que são identificados e encaminhados por agentes comunitários de saúde.

Maria: *É... primeiro são identificados pelos agentes de saúde, né? Os agentes de saúde identificam aquele paciente que tem problema mental. É levado pra... enfermeira do... PSF. Essa enfermeira, ela vai estudar o caso dele. Vai repassar pro médico do PSF, certo? Vão encaminhar esse paciente pra o psiquiatra da região. Daqui da... do... da... da... cidade, que a gente tem um psiquiatra. E esse psiquiatra vai fazer o tratamento desse paciente. Dependendo da situação, aqui não tem CAPS, né? É... é mandado pra Recife pra fazer um tratamento mais longo. Dependendo da situação do paciente, certo? Mas aí eles têm os medicamentos que são tratados aqui porque a... a prefeitura dispõe pra esse paciente (29 anos, enfermeira, 02 anos e 04 meses de atuação na atenção básica).*

Adolfo: *Ah... geralmente... a agente comunitária de saúde ou manda vir no dia da gente ou manda vir... direto no dia do psicólogo, dependendo de cada caso. E aí eles*

vêm pra gente. Dependendo [ênfase] se for uma coisinha a gente manda também... acumular o trabalho com Psicologia. Dependendo... a gente também já encaminha pro psiquiatra que atende em Casinhas. Aí depende muito do que a gente, médico, achar... que o paciente precisa, entendeu?

Entrevistadora: *Depende do que ele precisa?*

Adolfo: *Isso, durante a conversa, durante a anamnese a gente vê mais ou menos... se a gente consegue fazer só o acompanhamento com a gente, médico, se conseguir, ótimo. Se não... se precisar de um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico a gente encaminha. E como o psiquiatra tem aqui é até mais fácil do que se fosse outra especialidade, o psiquiatra eles têm... o acesso mais fácil do que um cardiologista, por exemplo (26 anos, médico, 08 meses de atuação na atenção básica).*

Esses profissionais atribuem ao ACS a responsabilidade pela identificação e encaminhamento dos usuários em sofrimento psíquico para a UBS. Para Maria, os agentes de saúde são quem “primeiro... identificam aquele paciente que tem problema mental” e levam à “enfermeira”, que vai “estudar o caso” e “repassar pro médico”. Cabe observar, nesse relato, uma descrição que se aproxima do modelo de produção fordista que tem como efeito a construção de um trabalho em saúde extremamente fragmentado. Nesse sentido, o usuário transita entre os pontos dessa “linha de produção” até ser encaminhado ao “psiquiatra da região”, que “vai fazer o tratamento”. Maria, em sua fala, sugere a impossibilidade de tratar o sofrimento psíquico na atenção básica e, “dependendo” do caso, no município. Por fim, Maria busca minimizar o impacto de seu relato, enfatizando a oferta gratuita de medicamentos para pessoas em sofrimento psíquico: “não tem CAPS”, o usuário “é mandado pra Recife... dependendo da situação”, “mas têm os medicamentos” que “a prefeitura dispõe pra esse paciente”. Durante a realização da pesquisa, a entrevistada ocupava um cargo de gestão. Assim, possivelmente, buscou marcar a posição da gestão municipal na assistência em saúde mental.

Já Adolfo, afirma que a ACS “manda” o usuário ir à unidade básica no dia do atendimento dele, que é médico, ou “direto no dia do psicólogo”. Diferentemente de Maria, ele constrói a possibilidade de o usuário em sofrimento psíquico ter acompanhamento no nível de atenção básica. No entanto, cabe atentar para o uso repetido de variações do verbo “depende” em seu relato (inclusive de modo enfático), sugerindo a existência de condicionalidades para que isso ocorra, como podemos observar no seguinte trecho: “Dependendo [ênfase] se for uma coisinha a gente manda também... acumular o trabalho com Psicologia. Dependendo... a gente também já encaminha pro psiquiatra que atende em Casinhas.”

Importa destacar também, nesse trecho, o uso do termo “coisinha” e a hesitação – ao ponto de não nomear – para referir-se aos casos em que recorre ao trabalho do psicólogo e do

psiquiatra, respectivamente, produzindo, além da ideia de que não há clareza quanto aos critérios para realização dos encaminhamentos, uma hierarquização das situações encaminhadas aos referidos profissionais.

Cabe observar, também, que o entrevistado atribui a gestão do cuidado em saúde mental a si mesmo: “depende muito do que a gente, médico, achar... que o paciente precisa (...) se a gente consegue fazer só o acompanhamento com a gente, médico, se conseguir, ótimo”. Adolfo se posiciona como membro de uma categoria profissional (“a gente, médico”) que decide e, mais, tem a capacidade de identificar as necessidades do usuário sem, necessariamente, dialogar com outros profissionais da equipe. Nesse sentido, sua fala afasta a existência de um trabalho multiprofissional. Por fim, ele enfatiza que, no município, o acesso a consultas psiquiátricas é facilitado: “E como o psiquiatra tem aqui é até mais fácil do que se fosse outra especialidade, o psiquiatra eles têm... o acesso mais fácil do que um cardiologista, por exemplo”.

Outros profissionais, além de citarem o ACS, ampliam o escopo de atores que podem identificar demandas em saúde mental. Adauto, abaixo, considera que a atenção básica pode receber usuários em sofrimento psíquico também por meio da “equipe mutiprofissional” e da “população”.

Adauto: *A recomendação é que o agente de saúde, nas visitas, identifique. Tanto identifique o... usuário que necessita de um acompanhamento ou psicológico ou psiquiátrico, como também, a... a equipe multiprofissional nas visitas, que tem que ser feitas com médico, como... dentista, que também pode identificar, nível superior e o enfermeiro. E também... a gente é... recomenda em palestras ou ações que a população que... se identificar uma necessidade de... de um acompanhamento da... na saúde mental, procure uma... uma unidade de referência que, no caso, pra... na... na atenção básica é o PSF (24 anos, enfermeiro, 02 meses de atuação na atenção básica).*

Esse entrevistado, num outro momento, também cita a escola como instituição através da qual a demanda em saúde mental chega à atenção básica.

Adauto: *No... nas escolas pelo que eu tenho conhecimento tem o... acompanhamento psico... pedagógico, num é isso? Pronto. Existe o acompanhamento psicopedagógico. E em casos... em certos casos eu recebo... ou por ofício ou... de forma informal... ou informalmente é... o pedido. Geralmente é feito por... pela gestora do... da escola, pedindo acompanhamento psicológico ou... casos já aconteceram de a... é... acompanhamento psi... psiquiátrico. Esse pedido é feito ou por forma de ofício ou informal.*

Entrevistadora: *E como é que vocês costumam atender essa demanda?*

Adauto: *Pronto. Essas demandas... é... a gente encaminha pro... esse... esse usuário, ele tem uma ponte da escola pra Atenção Básica. Algum... algum profissional de nível*

superior que, no caso é médico ou enfermeiro, pra que seja feito o encaminhamento ou para o psicólogo ou para o psiquiatra (24 anos, enfermeiro, 02 meses de atuação na atenção básica).

Adauto, ao citar em seu relato, além do ACS, outros componentes da equipe, como “médico”, “dentista”, “enfermeiro” e, também, a “escola”, ele produz uma descrição mais ampliada sobre as formas de acesso à assistência em saúde mental no município. Cabe destacar, no entanto, como o entrevistado constrói o relato. No primeiro trecho analisado, o relato é construído como “recomendação” dirigida tanto à equipe quanto à população. O entrevistado, quando se refere aos profissionais, não se coloca como sujeito da ação “recomendar”. Já quando se refere à população, ele se posiciona, com hesitação, enquanto sujeito de uma ação coletiva, “a gente é... recomenda”. Assim, o entrevistado busca demonstrar que existe uma recomendação e se posiciona como alguém que a conhece e segue. Esse relato diz “como deve” ocorrer o acesso dos usuários em sofrimento psíquico à assistência em saúde mental no nível de atenção básica no município de Casinhas/PE e não como é na prática.

Por outro lado, no segundo trecho analisado, Adauto recorre a determinadas estratégias discursivas para conferir factualidade ao seu relato. Recorrendo ao uso do pronome pessoal em “eu tenho conhecimento”, “eu recebo”, o entrevistado se coloca como sujeito, embora seja perceptível certa hesitação em sua fala. Além disso, a utilização dos verbos “existe”, “feito”, “aconteceram” faz com que uma versão factual se imponha nesse relato. A relação entre o entrevistado e gestores escolares, embora seja apresentada de maneira dúbia, cabendo “formalidade” e “informalidade”, é apresentada enquanto materialidade através do “ofício”. Certamente, o que diferencia esses relatos são os efeitos de sentido produzidos. Enquanto o primeiro produz a ideia de orientação, que pode estar sendo seguida ou não, o segundo, traz recursos discursivos que lhe conferem, como diz Ribeiro (2011), solidez e literalidade de modo a torná-lo independente do falante.

Para outros profissionais, a demanda em saúde mental chega à atenção básica espontaneamente.

Laura: *Como é que eles vem pra cá, né? Olhe, geralmente, uns... uns mesmo vem procurar por eles próprio mesmo e outros quem vem procurar é o pai, é a irmã e a... fica... que às vezes o médico já conhece aquele paciente já, né? Quando ele conhece, que sabe tudinho a medicação que ele toma, ele mesmo passa as receita. Agora quando ele não conhece, que ele nunca passou uma medicação aí você tem que passar no psiquiatra primeiro e tem que trazer a viazinha da receita. Não tem aquela... a segunda via da receita?*

Entrevistadora: Hum

Laura: *Pra poder passar essa medicação. Aí quando ele não conhece ele não passa de jeito nenhum. Aí tem que ir pro psiquiatra e é o certo, né? Aí quando ele vai pro psiquiatra, que tá com a segunda via aí Dr. [diz o nome do médico da UBS], geralmente, ele passa a medicação, essa receita pra eles comprarem... só compra com... receita controlada, né? Aí primeiro ele tem que... ter o comprovante que toma aquela medicação porque se não ele não vai passar. E... geralmente quem vem é o... os familiares, né?*

Entrevistadora: *Geralmente os familiares?*

Laura: *É... a mãe... o irmão ou o pai... é... uma pessoa assim. Quando eles mesmos... tem uns que eles mesmos próprio vem, aquele que não é doente... mental mesmo, mas sempre tem muita dificuldade. Não, pra eles pegar essa receita não. Agora se não tiver... se... não tiver no receituário ali aí fica complicado... tem que primeiro ir pra Casinhas... procurar o psiquiatra pra poder... passar a medicação (45 anos, agente comunitária de saúde, 25 anos de atuação na atenção básica).*

Pedro: *Pode ser dado de duas... formas. Uma, quando o paciente, por exemplo, tem um surto, tem uma... uma descompensação da doença. Aí complica porque, muitas vezes, você não tem, no posto de saúde, a medicação certa para você dar uma resposta imediata a esse paciente. Se o paciente não tiver uma descompensação e só for na consulta, a dificuldade está em que você não pode dar um acolhimento a esse paciente porque a demanda na consulta, no momento em que você chega é muito grande. Aí você tem que atender vários pacientes, com diversos tipos de doença, dar acompanhamento a uma grávida, uma criança... uma consulta demora mais do que a outra e, geralmente, o paciente com... doença psiquiátrica ou doenças em saúde mental de... é... precisa de um tempo mais porque muitas vezes ele não tem a confiança suficiente para falar do problema ou você não tem aquela... habilidade para conseguir aquela empatia para que ele possa falar e você possa diagnosticar de maneira... assim, de uma forma certa. . Às vezes... às vezes falta em nossa consulta. Quando a gente vai falar ou vai se focar na parte da atenção básica se vamos ver essa questão do acolhimento, temos que ver que o acolhimento não é só do médico, é da equipe inteira. Todo mundo tem que saber como fazer um bom acolhimento e acolhimento não é... é... saber o que o paciente tem. É saber se tem uma escuta qualificada e saber dar uma prioridade porque muitas vezes os pacientes vão só para renovar receita ou só para solicitar exames. Isso não é uma prioridade, agora se o paciente tem uma necessidade sentida, você tem que saber identificar essa necessidade e dar uma resposta adequada, que muitas vezes [inaudível] não temos essa... essa habilidade. Aí seria muito importante, interessante que toda a equipe, a equipe toda pudesse saber como agir ante de um caso desse para que essa responsabilidade não seja só da enfermeira, da técnica de enfermagem, seja da recepcionista, seja de todo mundo (35 anos, médico, 10 anos de atuação na atenção básica).*

Laura, em seu relato, distingue os usuários em sofrimento psíquico em duas categorias: os que procuram a UBS “por eles próprio mesmo” e aqueles que “quem vem procurar é o pai, é a irmã”, pois são “doente... doente mental mesmo”. Cabe observar que o uso do termo “mesmo” produz um efeito de intensificação da distinção. De um lado, estaria o usuário que acessa o serviço sem a necessidade de intermediários e, de outro, o usuário “doente mental”, posicionado como dependente em relação aos familiares. Laura traz,

também, referências à família em sua fala. Para ela, em muitos casos são os familiares que procuram a unidade nesse intuito. Assim, o tratamento medicamentoso tem continuidade sem que o usuário seja avaliado por qualquer membro da equipe.

Essa entrevistada constrói um relato burocrático acerca do acesso à assistência em saúde mental na atenção básica, baseada no tratamento medicamentoso. Para Laura, os usuários procuram a unidade para o médico “passar a medicação”. Chama-nos atenção o uso dos verbos “conhecer” e “saber” quando ela se refere à relação médico-usuário. Nesse trecho, conhecer o “paciente” é saber “a medicação que ele toma”. E o médico só “passa” se ele “conhecer”. Além disso, termos típicos da burocracia, como “segunda via”, “comprovante” são utilizados para produzir uma ideia de controle sobre o uso dos medicamentos. Nesse sentido, a responsabilidade pela prescrição, pelo tratamento é do psiquiatra e, conseqüentemente, de um outro nível de atenção à saúde. Na atenção básica ocorre, apenas, a manutenção dessa prescrição com a chancela do médico psiquiatra.

Para Pedro, o usuário expressa seu sofrimento psíquico. Desse modo, a atenção básica recebe a demanda em saúde mental de “duas formas”. No momento de “descompensação”, “surto” ou mesmo “na consulta” o usuário expressa, comunica seu sofrimento. No entanto, Pedro constrói um relato que ressalta barreiras ao acolhimento desse usuário em seu sofrimento. Em “surto” o “posto de saúde” não tem “a medicação certa para... dar uma resposta imediata”. Na consulta, “a doença psiquiátrica ou doenças em saúde mental de... é... precisa de um tempo”, de “habilidade” para “conseguir empatia”. O entrevistado afirma que toda a equipe deve ser capaz de acolher a demanda desse usuário e sugere que essa ainda não é a realidade.

Questionados sobre os critérios utilizados para inserir os usuários na assistência em saúde mental, a maioria dos profissionais afirma que o critério utilizado é a necessidade de atendimento psiquiátrico. É o que podemos conferir nas falas de Maria e Laura, abaixo:

Maria: *Aqui na nossa região, ela tem muitos [ênfase] paciente [pausa] que tem problema... no sistema nervoso, né? E... o critério [pausa] é aquele paciente que realmente necessita de uma avaliação... do psiquiatra. Que a gente nota realmente, né? Que na família tem e a gente vê, faz um estudo, né? Primeiro pra ver se... realmente ou é só aquele momento depressivo ou é crônico mesmo. Aí é estudado e a partir daí ele vai fazer o tratamento... até a vida dele. (...) O estudo que eu digo é assim: o paciente vai, aí... vai pro... pro PSF. É observado que na família tem gente já com esses problemas. Aí o paciente é encaminhado pra o psiquiatra. O psiquiatra vai fazer a avaliação dele lá e vai começar o tratamento [pausa] certo? Aí a partir daí ele vai ter todo um acompanhamento com enfermeiro. Com... enfermeiro do PSF e o médico do PSF. Aí renovação de receitas. Tem as receitas controladas, que é mensalmente. O médico do PSF que renova, certo? Mas, o medicamento é dado pelo...*

médico psiquiatra daqui. Do hospital. [referindo-se à UMCLM] (29 anos, enfermeira, 02 anos e 04 meses de atuação na atenção básica).

Laura: *Olhe, o critério... geralmente, é assim... por exemplo, eu mesmo... eu mesmo já cheguei em casa de paciente que... eu mesmo já tava... “Você tem que procurar um psiquiatra.” Você chega na casa dele, ele tem até medo de conversar com você... escuta vozes... “Eu penso... Eu vejo... Alguém tá falando isso...” Assim... fica escutando vozes, fica... fica... é... a... às vezes tem uns que tem... é... confunde você com outra pessoa, com médico, com... a pessoa diz: “Não, essa pessoa tem... que procurar... o psiquiatra.” A gente encaminha pra cá, da... daqui Dr. [diz o nome do médico da UBS] encaminha ou se não a gente diz: “Oh [diz o nome da enfermeira da UBS], olha, fulano tá assim...” Com a enfermeira também, sabe? Olha, a gente conta... traz aquele problema pro médico ou pra enfermeira... a gente conversa e diz assim: “Olhe, fulano tá assim, assim, assim.” Ai ela diz: “Então tá precisando.” Ai... “Traga pra cá.” Ou se não... a mulher vem ou a fi... o filho vem aí aqui já encaminha ele pro... psiquiatra, psicólogo (45 anos, agente comunitária de saúde, 25 anos de atuação na atenção básica).*

Maria e Laura argumentam que os profissionais avaliam se o usuário precisa do psiquiatra. No primeiro relato, o histórico familiar aparece como fator relevante para a decisão de encaminhar o usuário ao psiquiatra. Nesse sentido, a entrevistada atribui ao sofrimento uma base genética/hereditária. Além disso, ao afirmar que se “faz um estudo (...) pra ver se... realmente ou é só aquele momento depressivo ou é crônico mesmo”, insere o sofrimento psíquico em duas categorias, quais sejam: pontual e crônico. Em se tratando dessa última, o usuário “vai fazer o tratamento... até a vida dele.” Não há, portanto, possibilidade de cura.

Há, nesses relatos, certa hesitação, o que demonstra alguma dificuldade para falar sobre a avaliação que fazem da necessidade do usuário. No entanto, essa é uma característica mais presente na fala de Laura. Ela enfoca seu relato no comportamento do usuário e recorre a outras vozes para descrever o que ela considera uma necessidade e, também, para legitimar o que diz. Ao utilizar o discurso direto, a entrevistada busca garantir ao interlocutor que está respaldada por outros profissionais, como a enfermeira da UBS. Segundo Laura, após ouvir o seu relato, ela responde: “Então tá precisando.”... “Traga pra cá.”, corroborando sua avaliação. Cabe destacar que ao construir o seu relato recorrendo ao uso do discurso direto, notoriamente se esforçando para trazer outras vozes, a versão de Laura é fortalecida/legitimada, pois, conforme Souza (1998, p. 166), “a versão adquire maior grau de veracidade para si e para os outros quando corroborada por outros que lhe são significativos.”

Para Pedro não há um critério “bem definido”:

Pedro: *Olha, geralmente, critério, critério... não existe um critério, assim, que esteja bem definido. Tudo vai depender do que eu estava falando anteriormente, desse acolhimento, da escuta qualificada. Se você recebe um paciente... ele relata uma*

queixa, você tem que saber escutar. Isso é uma regra de ouro. E... tentar tratar esse paciente como todo mundo gostaria que fosse tratado. Paciente com uma... com uma doença... seria... mental [inaudível] que estão nesse grupo de... de saúde mental tem características especiais. No sentido de que você tem que saber... o que vai perguntar... que ele possa... ter uma... empatia. Se você conseguir essa empatia com esse paciente pra você dar um diagnóstico, se você não tiver essa capacidade, essa habilidade você não vai diagnosticar, o paciente vai se agravar e aí a saúde, no município, nesse aspecto, nesse grupo de paciente, não vai ser boa (35 anos, médico, 10 anos de atuação na atenção básica).

Nesse relato, o acesso à assistência em saúde mental, depende de “acolhimento”, de uma “escuta qualificada”, de “empatia”. Essas posturas diante do sofrimento, segundo Pedro, são necessárias na medida em que possibilitam ao profissional chegar a um diagnóstico. O entrevistado constrói a ideia de que sem “diagnosticar, o paciente vai se agravar”. Portanto, uma intervenção eficaz depende do diagnóstico.

No decorrer da entrevista os profissionais foram convidados a falar sobre como se caracteriza a sua atuação junto aos usuários em sofrimento psíquico e questionados sobre quais práticas têm sido desenvolvidas no sentido da articulação entre saúde mental e atenção básica. Nesse contexto, foram produzidos sentidos que nos permitem dar continuidade à construção de uma compreensão sobre o desenvolvimento da assistência em saúde mental na atenção básica no município de Casinhas/PE. Nos relatos sobre a atuação profissional é possível identificar como a demanda em saúde mental vem sendo atendida. Desse modo, nos relatos de Maria e Laura, abaixo, observamos que a atenção básica atende a demanda em saúde mental através do controle da administração dos medicamentos prescritos aos usuários, bem como da frequência de consultas psiquiátricas.

Maria: *E... Além do... da... que a gente mandava ele pra... o hospital sempre pra uma consulta com o psiquiatra, é... tinha uma avaliação com o médico e com a enfermagem também, né? Sempre tava ali próximo dele, tentando ver se... ele tinha aquela rotina de tomar o remédio porque a dificuldade maior era que ele não tomava o remédio, né? Ele tinha todo um tratamento. Tava todo... tinha o remédio, mas aí ele não conseguia... ele não queria tomar o remédio, certo? Aí a gente tinha que ficar em cima mesmo pra ver se ele tomava. Mas chegou um certo ponto que ele não queria, que não, não teve jeito mesmo e ele passou um tempo surtando e foi nesse momento que ele foi encaminhado para o Ulysses [Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, localizado na cidade de Recife, popularmente conhecido como Hospital da Tamarineira] mas a... a... em si, a unidade estava sempre presente pra ver se tinha esse controle da medicação (29 anos, enfermeira, 02 anos e 04 meses de atuação na atenção básica).*

Entrevistadora: *É... você pode falar um pouco sobre a sua atuação junto a essas pessoas com distúrbios [termo utilizado pela entrevistada]?*

Laura: *Não, a minha atuação. A minha atuação... [riso] como eu já falei, né? A...*

atuação da gente, geralmente, tem aqueles que a gente tem que tá... de... de olho, né? Ver se tá tomando a medicação certinha. “Tá tomando?” “Tô.” Eu chegar... fazer... aí a gente começa a fazer as perguntas da gente: “Tá tomando a medicação certa? Qual o remédio que você toma? Qual a medicação que você toma? Tá tomando a horinha... a hora certa?” Aí já explica a [inaudível] não sei o quê, num é? Geralmente, minha atuação é essa e sempre a gente tá de olho... Toda vez que a gente vai perguntar... “Tomou a medicação certinha?” “Tô” “Foi pro psiquiatra? Foi pro... pro médico?” “Fui.” Geralmente minha atuação é essa... ficar de... de vigília com aquele... com aquele paciente.

Entrevistadora: *Ficar de vigília com o paciente?*

Laura: *É. É. Sempre ficar de olho na medicação dele, como é que tá... se tá sempre procurando o médico... quando foi que foi... geralmente a gente é assim (45 anos, agente comunitária de saúde, 25 anos de atuação na atenção básica).*

Maria descreve a atuação da equipe de saúde da família junto a um usuário que foi internado. Ela constrói seu relato buscando demonstrar a presença da equipe, que “sempre tava ali próximo”. No entanto, fica evidente que esse esforço tem a adesão ao tratamento medicamentoso como objetivo, talvez, único. A entrevistada, ao tentar descrever um cenário de oferta assistencial, busca responsabilizar o usuário por seu internamento. Afinal de contas, “ele tinha todo um tratamento (...) tinha o remédio, mas aí ele não conseguia...” Cabe destacar, no final de seu relato, que a presença da “unidade” tinha como objetivo garantir o “controle da medicação”, corroborando a centralidade do tratamento medicamentoso.

Já Laura recorre à voz do usuário para demonstrar sua “atuação vigilante”. Ao longo do relato, chama atenção o uso das expressões “ficar de olho”, “tá de olho” e “de vigília” reforçando a ideia de controle sobre o usuário em sofrimento psíquico. Aqui, também, a preocupação com o remédio e a frequência às consultas psiquiátricas é central, assim, produzem uma associação entre medicalização e controle.

Outros profissionais, em suas falas sobre a atuação junto a pessoas em sofrimento psíquico, citam procedimentos relacionados às suas áreas de formação.

Entrevistadora: *Você pode falar um pouco sobre a sua atuação junto a esses usuários com problemas mentais [termo utilizado pela entrevistada]?*

Pedrita: *Certo. A maioria, eles vêm acompanhados dos responsáveis... é... não vêm só. A maioria vem acompanhado dos responsáveis. A maioria também não sabe dizer o que é que tá sentindo. Então o responsável, também, ele é... ela é... é ele que fala... é ele que relata o que o paciente teve, se na noite anterior ele disse que incomodou alguma coisa do tipo e o responsável também fica em toda a consulta. É... durante [ênfase] a consulta, o procedimento... antes, na verdade, a gente tem que explicar o que é que vai ser feito [ênfase] e se ele... se o paciente deixar, se o paciente permitir a gente conclui, né? Mas, assim... a gente pode ver que... na maioria deles é... é mais agitado. Então assim... a gente tem que fazer tudo com... muita agilidade. (...) A prevenção a gente faz mais na... na escola com palestras... é... atividade educativa de orientação de higiene. Alguns, assim... a gente aproveita quando vai fazer visita*

domiciliar... porque as visitas domiciliares, elas são mais focadas em idosos, né? Que são os acamados. Aí as meninas, [referindo-se às agentes comunitárias de saúde] quando já tem, aí diz: “Óh, vamos parar aqui, que aqui tem um paciente que... é interessante você ver, Pedrita.” Aí eu: “Tá.” A gente para. Dou uma olhadinha. Aí ver assim... também a questão do câncer de boca, né? Lesões na cavidade oral... alguma coisa desse tipo e orienta o paciente e o responsável sempre (27 anos, odontóloga, 01 ano e 06 meses de atuação na atenção básica).

Priscila: *Mas, antes disso [refere-se à saída da psicóloga do NASF], era questão de... desses grupos mesmo... que ela falava, que... a anterior, né? A psicóloga que tava, ela sempre... é... acho que era Balão Mágico o nome do... Balão Mágico. [refere-se a um grupo de saúde mental que existiu no município] Pronto. Esse Balão Mágico era super ativo, entendeu? Então era mais, assim... palestra. No meu caso, na questão de nutrição, ia palestra sobre alimentação, pedir pra evitar... a questão de, assim... alimentos industrializados, que provocassem hipertensão. Mas, acho que sobre doença crônica não-transmissível, né? Porque aí... obesidade...*

Entrevistadora: Hum

Priscila: *Pressão alta, diabetes... pra eles... e eles iam direitinho. Eles ficam... um ou outro é que é... sempre diferente, mas, no geral, era tranquilo. Ela fazia a palestra dela, a psicóloga e depois o educador físico entrava com... a atividade física, que era o que eles mais... gostam. Aí assim, como eu tô dizendo a você, eu atendo pra orientação nutricional... tanto eles... como é que eu posso dizer? Independentes, né? Mais ou menos independentes que... que vão. E também atendo os... cuidadores, que na maioria dos casos são as pessoas que tem que ser orientadas porque assim... nunca... não... dificilmente são eles que fazem a comida. Só essas pessoas que eu tô dizendo a você, que tem mais autonomia, tal... Mas, no caso, é mais os cuidadores. E... na questão de NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família], de equipe [ênfase] é... nos grupos, onde tem os grupos com eles. Aí... no meu caso, nutrição, palestra sobre alimentos (46 anos, nutricionista, 04 anos de atuação na atenção básica).*

Pedrita, ao descrever o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico, posiciona, com clara hesitação, o responsável como a pessoa que fala pelo usuário, que, por sua vez, é posicionado como incapaz de falar sobre o que sente: “não sabe dizer o que é que tá sentindo”. Nesse sentido, é o acompanhante quem “relata o que o paciente teve”, ao usuário cabe ouvir o que vai ser feito e permitir que se conclua o procedimento. Cabe destacar, também, um posicionamento do usuário como “agitado”, o que implica na necessidade de conferir agilidade ao atendimento. Pedrita também relata as suas atividades preventivas. No que se refere aos usuários de saúde mental, ela afirma que “aproveita quando vai fazer visita domiciliar”, cujo foco são “idosos”, para dar “uma olhadinha (...) Aí ver assim... também a questão do câncer de boca, né? Lesões na cavidade oral... alguma coisa desse tipo e orienta o paciente e o responsável”. Cabe ressaltar que essas visitas ocorrem a partir da indicação de agentes comunitários de saúde. Nesse contexto, sua fala demonstra que o usuário de saúde mental não é o foco das suas visitas domiciliares: “Alguns, assim... a gente aproveita quando vai fazer visita domiciliar... porque as visitas domiciliares, elas são mais focadas em idosos,

né?”.

Já Priscila, em seu relato, cita a sua participação em atividades junto a um grupo de saúde mental (Balão Mágico) através da realização de palestras “sobre alimentação” e, a realização de atendimento “pra orientação nutricional”. Cabe destacar que durante a entrevista, ela posicionou-se como “incapaz de passar as informações corretas e adequadas”. Em vários momentos sugeriu que a entrevista fosse realizada com psicólogos, inclusive do CRAS. Não por acaso, sua fala em relação ao grupo de saúde mental, evoca o período em que a psicóloga “tava” presente e o grupo era “super ativo”. É válido ressaltar que, durante o período de realização da pesquisa, o referido grupo não existia mais, mas foi citado por alguns dos participantes da pesquisa, em especial, por aqueles que trabalhavam ou residiam na comunidade em que o grupo foi formado.

Essa profissional, ao falar sobre os usuários, produz categorias distintas. Num primeiro momento, quando fala sobre a participação nas palestras, diz que “eles iam direitinho (...) um ou outro é que é... sempre diferente”. Já, ao falar sobre o atendimento para “orientação profissional”, considera que aqueles “mais ou menos independentes” são os que acessam esse tipo de intervenção. Bastante hesitante, Priscila categoriza os usuários a partir da “diferença” e, também, da independência/autonomia. Cabe destacar que, apesar de construir tais distinções, a entrevistada considera que “na maioria dos casos”, são os cuidadores que devem ser orientados e não os usuários.

Quando questionados sobre quais são as práticas desenvolvidas para articulação entre saúde mental e atenção básica, os profissionais entrevistados também construíram relatos sobre o atendimento da demanda em saúde mental. Alguns deles consideram que “nada” é feito no sentido dessa articulação e que, na atenção básica, a demanda tem sido atendida através de encaminhamentos e medicalização do sofrimento psíquico.

Luna: Bom, como eu te disse, no momento... no caso, a gente não tá fazendo nenhuma... não temos nenhum grupo, não temos... nada. *Infelizmente, estamos meio que... sem fazer nada. A saúde mental só a questão da medicação mesmo. Infelizmente da medicação, do... do encaminhamento ao psiquiatra e...a parte de Psicologia também tá muito... defa... não é, não é defasada, é muito... pequena. Não tem profissionais! Tem um psicólogo para o município todo! A porcentagem de... de pa... pacientes que... que tem problemas mentais, que tem problema mental aqui no município é enorme e nós não temos um... um serviço... de qualidade, nem de quantidade. De nada. Praticamente... serviço zero. Temos um NASF, como eu te disse, sem psicólogo, sem terapeuta, sem... só tem um psicólogo pra... pra o município todo e atende um dia na semana... (...) É. É um atendimento ambulatorial, no hospital. Uma... uma manhã lá (43 anos, enfermeira, 16 anos de atuação na atenção básica).*

O relato de Luna explicita um cenário em que a assistência em saúde mental no nível de atenção básica é “só a questão da medicação” e “encaminhamento”. A repetição dos termos “nada”, “nenhum(a)”, “sem” reforça a ausência de ações articuladas, de profissionais especializados. A entrevistada pinta um quadro ainda mais dramático, quando diz que a “porcentagem... de pacientes... que tem problema mental no município é enorme e nós não temos um... um serviço... de qualidade, nem de quantidade.” Dessa forma, produz a ideia de que a demanda em saúde mental está sendo atendida mínima e precariamente. Luna, assim como os demais, constrói seu relato de maneira hesitante. Sua crítica é bastante incisiva e, inegavelmente, ela está inserida na situação descrita. Nesse sentido, sua hesitação possivelmente se relaciona com a gestão desse conflito.

Por outro lado, alguns profissionais citam o encaminhamento como uma prática desenvolvida no sentido da articulação entre saúde mental e atenção básica, considerando que “facilitar esse encaminhamento” é uma boa forma de atender a demanda em saúde mental.

Adolfo: *A gente tenta sempre facilitar, por exemplo, um encaminhamento da gente para o psiquiatra. A gente tenta sempre facilitar esse encaminhamento. Por exemplo, a gente... se a gente for encaminhar um paciente para um cardiologista, tem que preencher uma fichinha... encaminhar. Pra o psiquiatra não [ênfase]. A gente vê o dia que ele está disponível e ele consegue ir... automaticamente sem nenhuma carta, o que é excelente. O paciente marcar com psicólogo... a mesma coisa, a gente consegue... marcar o mais rápido possível também. Então isso é imprescindível para aquele paciente não chegar aqui e demorar três, quatro, às vezes até seis meses para conseguir consulta... então isso... é o principal ponto da gente aqui **(26 anos, médico, 08 meses de atuação na atenção básica)**.*

Adolfo, em seu relato, busca demonstrar que os usuários em sofrimento psíquico não enfrentam dificuldades para acessar atendimento psicológico e psiquiátrico no município. Ele se posiciona como um facilitador desse acesso e ressalta que o usuário consegue a consulta “automaticamente”. Para reforçar ainda mais essa agilidade, o entrevistado argumenta que não é preciso esperar “três, quatro, às vezes até seis meses para conseguir consulta...”. Assim, desconstrói, o considerado, um dos gargalos do nosso sistema de saúde, a demora para acessar especialistas.

Outros profissionais citam, em seus relatos, a realização de “ações do PSF”, “grupos e palestras” como práticas que articulam saúde mental e atenção básica, envolvendo a participação de diversos profissionais, como se observa nas falas de Aduino e Maria, abaixo:

Aduino: *São ações do PSF... visitas domiciliares... dos profissionais que a gente tem no PSF, médico, dentista e... e... o enfermeiro, a equipe do NASF também entra, nutricionista a gente pode enquadrar, os fisioterapeutas a gente pode enquadrar e...*

pra que nas ações que são realizadas... sempre [ênfase] é... seja introduzido no meio das ações o âmbito da saúde mental [pausa] não sei de que forma eles trabalham, mas a gente sempre pede.

Entrevistadora: Sempre pede?

Adauto: *Que seja incluído. É como eu te falei... é em comum, Atenção Básica e saúde mental (24 anos, enfermeiro, 02 meses de atuação na atenção básica).*

Maria: *As práticas são... palestras, grupos. Eles formam grupos. Nesses grupos são vivenciados vários temas e um... um contando experiência pra o outro e aí vai formando aquele elo no grupo. Um vai contando o que aconteceu, como é que está e aí vai passando essas informações um pro outro e ainda as palestras. Tinha... também com a Psicologia... com a psicóloga, tem também com a enfermeira e com os médicos. Grupos e palestras (29 anos, enfermeira, 02 anos e 04 meses de atuação na atenção básica).*

Adauto e Maria, cabe destacar, ocupavam cargos de gestão quando do período em que a pesquisa foi realizada. Ele constrói seu relato buscando demonstrar que conhece as possibilidades de articulação e que, enquanto gestor, “pede” para que a saúde mental seja incluída nas ações realizadas. Já Maria reduz a articulação à formação de grupos e realização de palestras.

Para outros profissionais entrevistados, como Pedrita e Tereza, abaixo, a articulação entre saúde mental e atenção básica ocorre a partir das visitas domiciliares.

Pedrita: *Porque assim... a psicóloga... aqui, eu não sei se as meninas [referindo-se às agentes comunitárias de saúde] te falaram, mas ela não vem diretamente aqui ao posto, né? Elas, quando notam algum... quando elas re... quando elas pedem pra psicóloga vir é em alguns casos específicos. É pra levar pra umas casas específicas pra... já diretamente aos pacientes, entendesse? (...) É. Já vai diretamente nas casas. Não lembro da psicóloga aqui na unidade de saúde não. Nesse tempo que eu tô aqui... não lembro não. Não (27 anos, odontóloga, 01 ano e 06 meses de atuação na atenção básica).*

Tereza: *Até... até então, assim... já tentou formar um grupo, só que... eles não participa. Que o foco maior são eles, né? Só uns diz: “Não, me acordo tarde.” Outros... assim... fica botando mil e um obstáculo, sabe? “Eu durmo muito.” “Eu não tenho vontade de sair de casa.” Aí assim... já tentou uma vez formar um grupo aqui, quando tinha a psicóloga do NASF e não conseguiu porque eles não colaborava. Não vinha. Aí teve... alguns que ficou sendo acompanhado em casa.*

Entrevistadora: Acompanhado em casa?

Tereza: Foi.

Entrevistadora: E como era esse acompanhamento?

Tereza: *Assim... até então, a gente não acompanhava, né? Porque a psicóloga ia com... ia pra casa do paciente e lá a gente não... não tinha acesso a conversa. Assim... o atendimento dela, a gente não sabia como era. Que até então, a gente não acompanha que é o pessoal do NASF. É o programa... já é outra coisa. Assim... tem com... é junto com o posto? É. Mas assim... na visita deles, nas visita domiciliar só quem vai é eles. Eles e o agente de saúde que acompanha eles, sabe? Que leva na*

casa do paciente e... é só... entre eles a conversa. A gente não tem acesso, não sabe o... o tipo de visita deles. A gente sabe que vai fazer a visita domiciliar, mas assim... o foco... é... da conversa, a gente não tem acesso (35 anos, técnica em enfermagem, 04 anos de atuação na atenção básica).

Nesses relatos, psicóloga e agentes comunitárias de saúde são posicionadas como profissionais que se articulam para atender a demanda em saúde mental. As entrevistadas atribuem à psicóloga do NASF a realização de visitas domiciliares a pessoas em sofrimento psíquico. Aos agentes comunitários de saúde cabe solicitar e acompanhar essa profissional.

No relato de Pedrita ela busca, ao citar as agentes comunitárias de saúde, respaldar sua afirmação sobre a ausência da psicóloga no posto. “Porque assim... a psicóloga... aqui, eu não sei se as meninas [referindo-se às agentes comunitárias de saúde] te falaram, mas ela não vem diretamente aqui ao posto, né?” Essa entrevistada produz uma associação entre o papel da psicóloga e a realização de práticas em saúde mental na atenção básica ao mesmo tempo em que se posiciona como alguém que não é capaz de fornecer informações consistentes sobre essa questão. Ela constrói seu relato de maneira imprecisa, e recorre às agentes comunitárias de saúde como suas testemunhas, como observado no trecho explicitado. Nesse sentido, a odontóloga tenta afirmar, sem se comprometer, que a psicóloga “vai diretamente nas casas” quando as agentes “pedem”. Ao final de seu relato, ela recorre à memória: “Não lembro da psicóloga aqui na unidade de saúde não. Nesse tempo que eu tô aqui... não lembro não. Não.” Esse trecho reforça a imprecisão de seu relato. Embora Pedrita não lembre, a psicóloga pode ter ido à unidade. Contudo, cabe destacar que ela repete a palavra “não” cinco vezes de modo a reforçar a ausência de uma lembrança sobre “a presença da psicóloga na unidade”.

Assim como Pedrita, Tereza cita as visitas domiciliares realizadas pela psicóloga e ACS. No entanto, seu relato é construído de uma maneira que responsabiliza o usuário por esse cenário. Ela localiza num tempo passado a tentativa de formação de um grupo, que não obteve êxito porque o usuário “não participa”. Cabe destacar o uso do discurso direto para explicitar essas recusas – “Não, me acordo tarde.”, “Eu durmo muito.”, “Eu não tenho vontade de sair de casa.” – reforçando o posicionamento do usuário como ator que “não colaborava”. Diante disso, segundo ela, alguns usuários passaram a ser acompanhados, através das visitas, no próprio domicílio.

As duas entrevistadas se posicionam como profissionais que não participam da articulação entre saúde mental e atenção básica, porém Tereza é mais explícita e, além disso, recorre repetidas vezes à expressão “a gente” para demonstrar que não é só ela que “não acompanha”, “não sabe”, “não tem acesso”. Essa estratégia discursiva associada à afirmação

de que o NASF “já é outra coisa” descreve os serviços na atenção básica de modo fragmentado.

Ainda sobre as visitas domiciliares, Luna, abaixo, além de ressaltar a exclusividade dessa prática no que se refere à articulação entre saúde mental e atenção básica, constrói, mais uma vez, um relato crítico.

Luna: *Antes tinha... tinha a psicóloga do NASF, mas também... não... não surtia tanto efeito porque era... uma psicóloga que fazia umas visitas... domiciliares. Fazia às vezes algum ambulatório, também não tinha grupos e... (...) as visitas eram... era o que mais acontecia. Mas, umas visitas...*

Entrevistadora: *Visitas?*

Luna: *Visitas domiciliares que até os próprios pacientes... se queixavam.*

Entrevistadora: *Se queixavam?*

Luna: *Alguns se queixavam que era uma coisa muito rápida, que era coisa muito... não tinha uma continuidade, entendeu? E... eles... alguns se queixavam... disso. Realmente a gente nunca teve um serviço que funcionasse. Nunca tivemos realmente um serviço que funcionasse... assim de uma forma enérgica, atuante, que... a gente visse resultado... não, realmente nunca tivemos... isso (43 anos, enfermeira, 16 anos de atuação na atenção básica).*

Luna relata o período em que havia psicóloga no NASF. Ela hesita ao falar sobre a atuação dessa profissional, porém constrói um discurso que desvaloriza o trabalho realizado. Segundo a entrevistada, a psicóloga “fazia umas visitas... domiciliares. Fazia às vezes algum ambulatório, também não tinha grupos”. Cabe destacar nesse trecho a utilização dos artigos indefinidos “umas” e “algum”, que não são os mais adequados para construir descrições factuais, pois conferem imprecisão ao relato. Das atividades citadas, “as visitas eram... era o que mais acontecia. Mas, umas visitas...”. Luna silencia e, em resposta à insistência da entrevistadora, recorre à voz dos usuários, que diziam ser “uma coisa muito rápida, que era coisa muito... não tinha uma continuidade”. Dessa forma, ela constrói a crítica sem posicionar-se como autora.

Já para Laura, o NASF desenvolve práticas de articulação entre saúde mental e atenção básica através da facilitação de atividades junto a um grupo de saúde mental:

Laura: *Tinha o NASF... a gente tinha... um grupo de saúde mental. (...) Balão Mágico. Era saúde mental e... idoso. A gente sempre se reunia, fazia exercício, era... era muito bom, só que... agora tá sem... depois que [diz o nome do educador físico] faleceu... sempre quinze em quinze dias ele tava com a gente aqui... com esse grupo Balão Mágico. Era de saúde mental e idoso. (...) Olha, a gente desenvolvia com... fazia palestra com eles... sobre saúde mental mesmo, sobre a alimentação... caminhada, exercício... é... sempre a gente desenvolvia isso com eles... assim... trabalhava com eles... aí fazia brincadeira... é... tinha aquelas brincadeira de... de... de... como é... pra saber... é... pra saber... é... saber como é que eles tava... assim... se*

*olhava no espelho, por exemplo... “Você tá vendo quem aqui?” Não sei o quê... Sempre puxava por eles, sabe? Era um grupo muito bom, muito bom mesmo... quinze, vinte pessoas, vinte duas pessoas... sempre tinha essas pessoas. Era um grupo muito bom mesmo... de saúde mental e, geralmente, eles compareciam. (...) ACS... às vezes, psicóloga, que era [diz o nome da psicóloga do NASF] ou se não... quando era elas, né? Que é... [diz os nomes do educador físico e da fisioterapeuta do NASF]... é tudo o pessoal do NASF mesmo... é fisioterapeuta... sempre eles tavam participando dessas palestra. Agora o mais que vinha era [diz o nome do educador físico do NASF] mesmo, sabe como é? Agora quando ele precisava... é uma palestra com [diz o nome da psicóloga do NASF], hoje... era aí... sempre ela tava... sempre ela tava com a gente também... explicando, fazendo exercício com eles. Era um grupo muito bom mesmo, mas... infelizmente... a gente tá sem o professor da gente. E eles gostava, viu?! Dançava. Botava pra dançar. “Quer o que hoje?” Eles diz: “A gente quer dançar.” Ele ligava o som, eles dançava, eles fazia exercício, fazia aquelas... aquelas aeróbica, fazia tudo com eles **(45 anos, agente comunitária de saúde, 25 anos de atuação na atenção básica)**.*

Laura cita o trabalho realizado junto ao único grupo de saúde mental que existiu no município. Como no período em que essa pesquisa foi realizada o referido grupo não estava em atividade, justifica-se o emprego dos verbos no tempo passado (“tinha”, “reunia, fazia”, entre outros). Essa entrevistada atribui à equipe NASF a facilitação de atividades junto ao grupo, que segundo ela, “era saúde mental... e idoso”. A participação de profissionais, segundo Laura, ocorria através da realização de palestras, atividades físicas e brincadeiras. Merece destaque o trecho em que a entrevistada descreve aquilo que nomeia como brincadeira: “pra saber... é... pra saber... é... saber como é que eles tava... assim... se olhava no espelho, por exemplo... “Você tá vendo quem aqui?”. Não sei o quê... Sempre puxava por eles, sabe?”. Ao nomear como brincadeira, um momento em que os usuários são estimulados a participar e interagem através de uma dinâmica de grupo, a entrevistada produz uma imagem infantilizada do usuário em sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que não valoriza a atividade como um recurso terapêutico.

A utilização do discurso direto feita por Laura reforça suas repetidas afirmações a respeito do quanto o grupo “era bom” e como os usuários “gostava” de participar. Por fim, a ênfase dada à atividade física demonstra que o grupo não tinha como objetivo principal a promoção de um espaço de reflexão, de escuta e de problematização da realidade, como propõe a Reforma Psiquiátrica (Rodrigues, Carvalho & Ximenes, 2011).

Para Pedro e Helena, cujas falas transcritas seguem abaixo, as práticas desenvolvidas no sentido da articulação entre saúde mental e atenção básica são pontuais e, nesse sentido, a atenção básica tem atendido a demanda em saúde mental de maneira descontinuada.

Entrevistadora: *Pedro, quais práticas você acha que vem sendo... o que vem sendo*

feito no sentido de... é... dessa articulação entre saúde mental e atenção básica?

Pedro: *Ações... foram feitas. Já foram feitas várias ações, só que... neste último ano tem sido pouca. Não [ênfase] devemos fazer essa atividade uma vez por mês, em um canto determinado só para postar nas redes sociais. Isso aí é como se, por exemplo, eu tivesse é... tomando remédio pra pressão só quando vejo o médico passando, fazendo visita. Não, tem que ser todo dia. A depressão, os sintomas da depressão, a doença não desaparecem quando você vai visitar um médico. Eles estão aí, só é... é... você vai precisar de um gatilho de algo que dispare essa descompensação e quando isso acontece, você vai fazer o quê? Internar o paciente? Não. Isso é todos os dias. Você pode tirar um dia da semana... ou cada quinze dias para fazer essa... essa... essas atividades com todo esses pacientes. (...) Se a gente se limita só fazer só uma... atividade uma vez no mês, vai ser muito difícil a gente fazer prevenção. (...) Só que o que está faltando é a continuidade... periodicidade [ênfase]. Não adianta você fazer, por exemplo, uma atividade pelo dia do idoso, quando o dia do idoso acontece uma vez no ano... ou pelo dia da mulher, o dia da criança, o dia do... paciente com deficiência quando você sabe que só acontece uma vez por ano. É para ser feito a cada quinze dias, uma vez por mês, todas as semanas, dependendo do grupo **(35 anos, médico, 10 anos de atuação na atenção básica)**.*

Helena: *Oh, Luca [apelido da entrevistadora] nessas... nessas co... vamos supor, eu sou enfermeira e eu vou na sua casa... você tem... problema mentais aí eu chego lá converso com você, explico a você, mas eu... Pronto. Um mês... eu vou na sua casa, explico tudinho e outro dia eu vou na sua ca... eu não vou mais. Passa meses e meses. Aí eu necessito da sua visita só uma vez por mês ou no... ou no... meses. Não é assim... a pessoa precisa dessas... dessas pessoas diariamente **(37 anos, auxiliar de consultório dentário, 03 anos e 10 meses de atuação na atenção básica)**.*

Nos relatos acima, Pedro e Helena produzem a ideia de que algo vem sendo feito no sentido da articulação entre saúde mental e atenção básica, mas sem “continuidade”, “periodicidade”. Pedro faz uma analogia entre hipertensão e depressão para enfatizar que não é possível cuidar do usuário em sofrimento psíquico e/ou “fazer prevenção” realizando atividades “uma vez por mês”. Em seu relato, “os sintomas da depressão, a doença não desaparecem quando você vai visitar um médico.” Ao posicionar o usuário de saúde mental como doente crônico, pois os sintomas não cessam, “eles estão aí” e basta “um gatilho de algo que dispare essa descompensação”, Pedro se posiciona como um crítico do caráter pontual das atividades realizadas. Cabe destacar que ele não se refere exclusivamente à saúde mental. Nesse sentido, a descontinuidade das ações parece ser uma característica do trabalho desenvolvido em relação a outros grupos como “idoso”, “mulher”, “criança”.

O relato de Helena corrobora a crítica ao caráter pontual das ações e a ideia de cronicidade presentes na fala de Pedro. Cabe destacar, no início de sua fala, que ela chama a entrevistada pelo apelido (Luca). Certamente, esse recurso pode ter sido utilizado para estabelecer uma relação de proximidade, de cumplicidade, construindo um ambiente de acolhimento para sua suposição sobre o desenvolvimento da articulação entre saúde mental e

atenção básica. Então ela descreve de maneira hesitante uma situação em que as pessoas com “problemas mentais” são assistidas de maneira pontual. Helena constrói seu relato de modo a denunciar uma situação e posicionar-se de modo contrário, quando afirma que “Não é assim... a pessoa precisa dessas... dessas pessoas diariamente.”.

Em resposta ao questionamento sobre articulação com outros serviços da rede local, alguns profissionais entrevistados, ao falarem sobre sua existência, fazem referências apenas ao setor saúde.

Pedrita: *Mas pelo que eu vejo é de... marcar na secretaria... um... neurologista... algum outro serviço que o paciente necessite. É... as agentes, elas, é... quando a família necessita, as agente de saúde, elas solicitam na secretaria a visita do... do profissional. Às vezes... é... fisioterapeuta ou nutricionista ou... do próprio psicólogo, entendeu? Eu acho que... é... esse profissionais, eu sei que... nutricionista e fisioterapeuta, eles tem, mais ou menos, os dias certinhos de tarem passando em cada área. Mas de psicólogo, eu creio que é mais a solicitação das meninas, elas pedirem. Porque falta também, eu creio que falta... é... o transporte pra o profissional ir ao paciente.*

Entrevistadora: *Falta o transporte?*

Pedrita: *É. O meio de transporte pra o profissional ir (27 anos, odontóloga, 01 ano e 06 meses de atuação na atenção básica).*

Pedrita constrói, em seu relato, a ideia de articulação ligada à marcação de atendimentos com profissionais especializados. Nesse relato, as ACS são posicionadas como articuladoras, pois são elas que “marcam” ou “solicitam na secretaria a visita do... do profissional”. Cabe salientar, nesse relato, que Pedrita elenca obstáculos para acesso ao psicólogo como a necessidade de um pedido, feito pelas agentes comunitárias de saúde e o “transporte pra o profissional ir ao paciente”. Essa descrição corrobora a afirmação dela, feita em outro momento da entrevista e anteriormente citada, de que a psicóloga não vai à UBS.

Já para Tereza, em seu relato, abaixo, a articulação ocorre entre “pessoa doente, a família e o PSF”.

Tereza: *Assim... às vezes... é... a gente... o médico... vem pra... aqui pro posto aí o médico renova a receita. É algum parente [do usuário], aí o médico: “Não, mande vir aqui.” Aí conversa com o paciente. Eu acho que isso seja uma... maneira de você, né? Conversar... ter mais acesso àquela pessoa, ver a maneira de ela se expressar... eu acho que isso aí é uma... uma maneira de... de articulação, de aproximar. Entre a... é... a pessoa, né? A pessoa doente, a família e o PSF (35 anos, técnica em enfermagem, 04 anos de atuação na atenção básica).*

Ela utiliza o discurso direto (“Não, mande vir aqui.”) para posicionar o médico como ordenador do que considera a articulação de uma rede local. Segundo a entrevistada, quando é

“algum parente” que vai “pro posto” e “renova a receita”, esse profissional, ao solicitar que a família leve o usuário para a consulta, conversar com esse usuário e ver como se expressa produz “uma maneira de... de articulação”. Nesse relato, o médico é posicionado como figura central desse processo. O “ato médico” é ressaltado num contexto em que o encontro entre usuário e médico, mesmo para “renovação de receita” de psicotrópicos, não aparece como indispensável, pois ressalta a necessidade da conversa: “Conversar... ter mais acesso àquela pessoa, ver a maneira de ela se expressar... eu acho que isso aí é uma... uma maneira de... de articulação, de aproximar.”.

Outros profissionais consideram que a atenção básica estabelece uma articulação com os Centros de Referência em Assistência Social para intervir quando a pessoa em sofrimento psíquico “não tá sendo bem cuidada” por seus familiares e/ou responsáveis.

Laura: *Só... acho que só isso... é o NASF... é... é... aqui mesmo e... o assistência social. (...) É... a gente sempre procura elas, [diz o nome de uma assistente social]... as meninas assim... a gente sempre procura elas quando tem algum problema... alguma coisa que a gente... a gente vê que a gente não pode resolver, sabe? (...) Aquele... aquela... aquela pessoa não tá sendo bem cuidada... já [riso] assim... aí a gente, geralmente, procura a assistência social.*

Entrevistadora: *Quando não tá sendo bem cuidada?*

Laura: *É. A gente tá vendo que não tão ligando pra medicação dele, pras coisa dele aí a gente procura assim... sempre... a gente, geralmente, procura aqui no posto aí depois daí eles já... encaminha a gente pra... procurar a assistência social. (...) É difícil eu procurar, mas quando eu procurei eu achei que... melhorou, viu?*

Entrevistadora: *Melhorou.*

Laura: *Eu achei que melhorou... porque eles [referindo-se aos familiares de usuários de saúde mental] fica com medo, né? Eles... eles procura assim aí eles fica com medo. Eu achei que melhorou essa pessoa que eu mandei... achei que melhorou muito, depois que eu mandei procurar... Eles ficaram [dizendo]: “Não, mas será... quem foi que foi?” Eu digo: “Ah... eu não sei não quem foi.” [quem foi dizer] (...) Porque eu achei que eles... quase não tava ligando com ele... assim... tipo um desprezo, sabe? Um desprezo... tava ligando com ele não. Aí... eu procurei e eu achei que... eles melhoraram muito. Tiveram mais cuidado com ele (45 anos, agente comunitária de saúde, 25 anos de atuação na atenção básica).*

Laura inicia seu relato utilizando repetidamente, precisamente, onze vezes, a expressão “a gente” para falar sobre o acionamento da assistência social. Esse recurso discursivo, geralmente, é empregado para mobilizar uma noção de coletividade. Assim, quando diz “a gente sempre procura”, “a gente não pode resolver”, “a gente tá vendo”, a entrevistada demonstra que não se trata de ações particularizadas. O relato é construído sinalizando que há a participação de outras pessoas desde a identificação do “problema” até a decisão de procurar o CRAS para intervir. O seu relato sugere, também, certa tensão, pois

mais adiante ela diz: “Aquele... aquela... aquela pessoa não tá sendo bem cuidada... já [riso] assim... aí a gente, geralmente, procura a assistência social.” O seu riso, nesse trecho, parece imprimir o tensionamento na administração da “denúncia”. Além disso, cabe ressaltar a construção do cuidado associado à medicalização, quando ela diz: “A gente tá vendo que não tão ligando pra medicação dele, pras coisa dele aí a gente procura assim... sempre... a gente, geralmente, procura aqui no posto aí depois daí eles já... encaminha a gente pra... procurar a assistência social.” Nesse sentido, estabelece uma relação entre estar bem cuidado e estar medicado, além de trazer a questão da responsabilidade da família por esse cuidado.

A tensão aparece novamente a partir do momento em que Laura se posiciona, utilizando a primeira pessoa do singular (“É difícil eu procurar, mas quando eu procurei eu achei que... melhorou, viu?”) e, ao utilizar o discurso direto, introduz um diálogo que demonstra a desconfiança dos familiares em relação à autoria da “denúncia” (Eles ficaram [dizendo]: “Não, mas será... quem foi que foi?” Eu digo: “Ah... eu não sei não quem foi.”). Nesse contexto, cabe destacar a recorrência a variações do verbo “melhorar” de modo repetido. Ela utiliza “melhorou” três vezes, “melhorou muito” duas vezes e “melhoraram muito” uma vez. Laura parece buscar justificar sua ação reafirmando os desdobramentos, que para ela são positivos, da intervenção do CRAS.

Essa articulação com o Centro de Referência em Assistência Social também ocorre no que se refere aos recursos humanos. Num cenário de ausência do psicólogo no NASF, alguns profissionais consideram que a demanda em saúde mental é atendida através de um arranjo em que o psicólogo do CRAS recebe usuários em sofrimento psíquico, encaminhados pelos serviços de saúde.

Luna: *A gente tem o NASF, né? Que tem a psicóloga a... aí tínhamos uns grupos de... de... saúde mental, só que há um tempo, a nossa realidade há um tempo que não tem psicóloga do NASF. A gente, nós estamos sem psicóloga do NASF. O único psicólogo que tem é do CRAS e mesmo assim... não é aquele atendimento individual, você sabe, eles trabalham com grupo, tudinho... Quando... algum paciente tá realmente precisando, que a gente manda pro CRAS, o CRAS imediatamente manda pra psicóloga em Casinhas (43 anos, enfermeira, 16 anos de atuação na atenção básica).*

Adauto: *(...) infelizmente na Atenção Básica, a gente tá sem psicólogo e na... na... ação social a gente tem... um psicólogo que nos dá um suporte. Aí no caso eu faço essa ponte... no caso é... existe uma demanda de psicólogo... de Psicologia que... no caso, aqui no hospital [referindo-se à UMCLM] eu não tô conseguindo cobrir aí eu peço uma ajuda ao pessoal da assistência social e encaminho esse paciente para... o acompanhamento com o psicólogo da assistência (24 anos, enfermeiro, 02 meses de atuação na atenção básica).*

Luna, em seu relato, busca demonstrar que, anteriormente, quando havia uma psicóloga compondo a equipe NASF, havia grupos de saúde mental em atividade. Com a saída dessa profissional, a entrevistada afirma que “o único psicólogo que tem é do CRAS”. Porém, ela considera que o trabalho desse profissional não é o mais adequado, pois “não é aquele atendimento individual (...) eles trabalham com grupo, tudinho...”. Dessa forma, Luna argumenta em favor de uma abordagem clínica, individual no NASF. Não por acaso, ela afirma que o CRAS, ao receber “algum paciente que tá realmente precisando (...) imediatamente manda pra psicóloga em Casinhas”. Cabe destacar que, em Casinhas, o atendimento psicológico é realizado de maneira ambulatorial.

Adauto inicia seu relato lamentando a falta de psicólogo, mas afirma, logo em seguida, que a “ação social” tem “um psicólogo que (...) dá um suporte.”. Com isso, ele busca amenizar o déficit e demonstrar que a demanda em saúde mental vem sendo atendida, também, através desse arranjo. Diferentemente de Luna, nesse relato, o “psicólogo da assistência” é posicionado como um profissional que contribui para “cobrir” a demanda que chega ao hospital.

4.2 A atenção em saúde mental na atenção básica nas práticas discursivas das familiares

Sobre como a Atenção Básica tem recebido e atendido a demanda em Saúde Mental no município, algumas familiares entrevistadas consideram não existir assistência em saúde mental no nível de atenção básica.

Júlia: *No posto de saúde tem não... o que é que o posto de saúde ali oferece? Nada. Pra... mental.*

Entrevistadora: *Nada pra mental...*

Júlia: *Nada pra mental. Num tem nada pra mental não. Aqui não (50 anos, agricultora, mãe).*

Vanuza: *Não tem, né? Porque... eu mesmo não sei não... quando tem, né? Um psicólogo... psiquiatra... psicóloga... aparece assim... cinco meses, quatro meses e não vem mais, né? Aí o... psiquiatra não tem, né? A gente tem que fazer uma consulta particular... (...) Tem que ter acompanhamento, mas... a gente não consegue, né?*

Entrevistadora: *Tem que ter acompanhamento?*

Vanuza: *É. Tem que ter, né? Sempre ir para o médico, né? Tem que ir pra psicóloga, pra o psiquiatra. Sempre, sempre a pessoa tem que ir, mas... os médicos vem e vai embora, né? Na cidade grande tem a vantagem, né? Porque sempre aqueles médicos... é difícil, né? Eles não estar lá (...) mas esse negócio da Psicologia... tem muita não... tem muita... muita vantagem não porque os médicos não demora, né?*

Entrevistadora: *Os médicos não demora?*

Vanuza: *Não demora aqui no... município, né? Não demora. Aí a gente fica sem*

opção, né? Aí eu vou... quando precisa de um médico assim... se tiver a gente vai, se tiver a gente vai... [ênfase] eu vou, mas se não tiver e o caso for mais sério já procuro outra... outro lugar pra ir... fazer... fazer consulta com outra pessoa (49 anos, agricultora, mãe).

Para Júlia e Vanuza, a atenção básica não recebe e não atende a demanda em saúde mental. Júlia é categórica ao afirmar que no “posto de saúde” de sua comunidade não “tem nada pra mental”. Cabe destacar, na fala de Júlia, uma intensa negatividade. Num trecho curto de fala ela utiliza as expressões “não” e “nada” três vezes, cada uma, de maneira a ratificar sua afirmação. Já Vanuza, inicia sua fala com essa mesma afirmação, mas constrói uma crítica baseada no argumento de que não é possível “ter acompanhamento”, embora seja necessário, porque os “médico vem e vai embora”. Esse aspecto sustenta o argumento de que as cidades pequenas estão em posição de desvantagem, uma vez que, “na cidade grande” é difícil não encontrar os “médicos”. Ao final de seu relato, ela afirma enfática e repetidamente que “se tiver a gente vai, se tiver a gente vai...”, demonstrando disposição para procurar atendimento no município e em outros lugares. Nesse sentido, ao demonstrar interesse, ela reforça a desassistência.

Outras entrevistadas, como Roberta e Dalva, citam o “psiquiatra” como um recurso disponível para o cuidado em saúde mental no município, como podemos observar abaixo:

Roberta: *Eu acho assim... o psiquiatra porque sempre tem que dá o remédio. Eu vou pra Casinhas... quem... toda assim... três em três mês... o médico é... sempre... tentar comparecer lá no... no... pergunta a medicação, como é... pra ele ver ela [referindo-se à irmã/usuária de saúde mental] mesmo... pra ver se ela tá nervosa, se não tá, né? (38 anos, agricultora, irmã).*

Dalva: *Eu... tinha as... doutora psiquiatra que... ajudava muito ele [referindo-se ao filho/usuário de saúde mental], dava o remédio dele, conversava muito com ele... dava conselho. Quando eu levo pra doutora psiquiatra, ela dar muito conselho a ele... aí até fica meio... até fica mais melhor assim, sabe? (...) Primeiramente Deus, né? E segundo... as doutora. E esse remédio também que... combate, ele mesmo, graças a Deus. Serve... tá se dando muito com ele (60 anos, agricultora aposentada, mãe).*

No relato de Roberta, o psiquiatra é necessário “porque sempre tem que dá o remédio.”. Nesse sentido, é preciso garantir a frequência das consultas com esse profissional. Para Maria, além do medicamento, esse profissional dá “conselho” e conversa. Guardadas as diferenças em seus relatos, as entrevistadas dão ênfase ao medicamento e, ao não fazerem referência aos serviços e/ou profissionais da ESF, sugerem um protagonismo da atenção secundária e da medicalização na assistência em saúde mental no município.

Nessa direção, outras entrevistadas, ao falarem sobre o funcionamento da assistência

em saúde mental na atenção básica, ressaltam também que essa demanda é atendida através da medicalização do sofrimento psíquico.

Anúnciação: *É a gente acompanhar com... com psiquiatra, né? Cuidar do... do tratamento certo.*

Entrevistadora: *Cuidar do tratamento certo?*

Anúnciação: *É.*

Entrevistadora: *Como assim?*

Anúnciação: *Cuidar do tratamento certo é quando... o remédio... antes de acabar a gente levar pra... mesmo que não leve pra o psiquiatra, mas procura levar pro médico pra ele passar a requisição pra gente providenciar o medicamento. É... quando num consegue levar pro psiquiatra a gente leva pro posto. (...) Eu vou mais pra... aqui pra o posto pra passar a receita pra o medicamento dele [referindo-se ao filho, usuário de saúde mental]. Quando num tem aí eu levo pra Casinhas (56 anos, agricultora aposentada, mãe).*

Marcela: *Porque... o que eu vejo na atenção básica é o medicamento que dão.*

Entrevistadora: *O medicamento que dão?*

Marcela: *O medicamento que dão. E a consulta... psiquiatra... quem procura, né? Quem vai atrás, consegue (55 anos, agente comunitária de saúde, esposa).*

É possível identificar, nesses relatos, que o “medicamento” também é enfatizado como um recurso disponível na atenção básica. Para Anúnciação, “cuidar do tratamento certo” é procurar o médico “antes de acabar” o remédio. Assim, ela afirma procurar o posto “pra passar a receita pra o medicamento” do filho. Tal afirmação é corroborada pela observação no cotidiano. Especialmente nos dias de atendimento médico na UBS, foi possível observar familiares e, mais raramente, alguns usuários que buscavam o serviço para “renovar” a receita de medicamento psicotrópico. Para Marcela, “atenção básica é o medicamento que dão”. Ela repete essa afirmação por três vezes antes de citar a “consulta... psiquiatra”. Cabe destacar que, para essa entrevistada, consegue a consulta “quem procura (...) quem vai atrás”. Dessa forma, o relato reforça a centralidade do medicamento na atenção em saúde mental na atenção básica. Convém ressaltar que Marcela também é profissional e, certamente, a análise de seus relatos requer a consideração desse posicionamento. Nesse sentido, destaca-se o uso do termo “atenção básica” em sua fala, demonstrando familiaridade com o vocabulário técnico.

Dalva e Vanuza citam as visitas domiciliares para falar sobre o funcionamento da assistência em saúde mental na atenção básica:

Dalva: *(...) recebe visita da agente de saúde, todo mês, viu? Ela passa lá... que é aquela menina, todo mês passa lá. Pega o... cartão do SUS dele, pega o meu, pergunta como é que tá... (...) pergunta se ele [referindo-se ao filho, usuário de saúde mental] tá tomando o remédio dele direitinho. Pronto. É isso (60 anos, agricultora aposentada, mãe).*

Vanuza: *Aí vinha... passava aí, né? Mas eu nem sabia que tinha... a psicóloga passou aqui, chegou... ficou conversando... assim... botou os nome ali num papel... somente... “Oi [diz o nome do usuário]. Tudo bom, [diz o nome do usuário]? [diz o nome do usuário] dizia: “Tudo bom, doutora.” Aí pronto... passava uns... 10 minutos, ia simhora. Pronto. Ela fez... ela fica só... chega... “Bom dia.” “Bom dia.” Aí fica aí... “[diz o nome do usuário] tá dormindo bem?” “Tá.” A medicação... fica prescrevendo a... medicação que ele [referindo-se ao filho, usuário de saúde mental] toma... somente... diz: “Oh [diz o nome do usuário], tá muito andejo, [diz o nome do usuário].” Tá muito andejo, né [diz o nome do usuário]? A doutora dizia. [Dirigindo-se ao filho, usuário de saúde mental] Aí... [diz o nome do usuário] ia simhora pra casa da vó, depois voltava e... pronto. É assim. Só isso. Perguntava quase nada não. Era só mais pra... dizer que veio, né? E pegava aquilo ali... escrevia os nome da medicação... somente. Mas... vem e depois para, né? Vai embora... dá vontade da gente nem aceitar [riso]. Mas eu digo assim pra não ser tão... né? Tão mal educada a gente aceita, né? Mas... o certo é vir todo mês (49 anos, agricultora, mãe).*

Esses relatos, assim como outros, anteriormente citados, colocam o tratamento medicamentoso como preocupação central do trabalho realizado pela equipe. Dalva faz referência à visita domiciliar realizada mensalmente pela agente comunitária de saúde. Segundo essa entrevistada, durante a visita a profissional “pergunta” se o usuário “tá tomando o remédio dele direitinho”. Desse modo, a visita é apresentada como uma intervenção restrita, resumida. “Pronto. É isso.”

No relato de Vanuza, a “medicação” também é destacada quando ela descreve a visita de uma psicóloga, como se pode identificar nos seguintes trechos: “A medicação... fica prescrevendo a... medicação que ele toma... somente... (...) E pegava aquilo ali... escrevia os nome da medicação... somente.”. Trata-se de uma descrição detalhada, que inclui ações, “botou os nome ali num papel”, tempo de duração, “10 minutos, ia simhora.” e diálogos, recorrendo ao uso do discurso direto “[diz o nome do usuário] tá dormindo bem?” “Tá.”. Destaca-se, nesse relato, o uso repetido dos termos “somente”, “pronto” e da expressão “só isso”. Através desses recursos, a entrevista busca não apenas construir um relato fidedigno, mas também demarcar uma posição crítica em relação ao trabalho descrito. Assim como Dalva, ao final da descrição, Vanuza diz: “É assim. Só isso. Perguntava quase nada não. Era só mais pra... dizer que veio, né?”. Dessa forma, ela apresenta a visita como uma atividade protocolar, que não tem maiores desdobramentos e que não a satisfaz: “Vai embora... dá vontade da gente nem aceitar [riso]. Mas eu digo assim pra não ser tão... né? Tão mal educada a gente aceita, né? Mas... o certo é vir todo mês.”.

Ainda sobre o funcionamento da assistência em saúde mental na atenção básica, nos relatos de Marcela e Roberta, as atividades como palestras e reuniões constituem uma forma

de atender a demanda em saúde mental no município:

Marcela: Os recurso que tem é reunião, né? Palestra com esses... esses que toma remédio controlado... palestra, mas... quem toma remédio controlado não vem. É difícil vim.

Entrevistadora: Quem toma remédio controlado não vem?

Marcela: Uns vem e outros não... uns vem e outros não. [pausa] Só que não tem direito. É difícil ter, né? Não tem direito... (...) Tinha deles que ia também. (...) Um... uns que tomava remédio. Tinha deles que ia pra... pra palestra. Ficava ali também... assistindo. Era... é o que eu vejo. O que eu vejo. [pausa] E essas palestra que tinha, que a gente assistia, era sobre os cuidado de alimentação, como se alimentar... fazer exercício físico, num é? Orientava sobre alimentação. Sobre o cuidado dos hipertenso e diabético, que tem hipertenso... tem deles que é... são hipertenso e diabético. Toma remédio. Era uma orientação muito boa, que eles dava (55 anos, agente comunitária de saúde, esposa).

Roberta: Assim... que ela [referindo-se à irmã/usuária de saúde mental] quando... sempre quando tem reunião, sempre tem de ir pra reunião, que é reunião assim... de... de... deficiente... de primeiro eu ia... aí eu é muito serviço, uma coisa pra lá, uma coisa pra cá... aí eu vou, boto ela [inaudível] lá na reunião, sempre na reunião que ela tem eu levo ela, levo pra reunião... conversar e ela... graças a Deus... (...) esse pessoal assim quanto mais espairoce, eles não fica... não... agitado. Porque eles... é como a gente. Imagina, fica num canto sozinho... um canto... preso. Quem quer ficar? Ninguém. Então eu gosto dela sair... (...) Assim... vem... sempre vem a... vem esse psicólogo... [referindo-se ao educador físico do NASF] num tem outros? Tem psicólogo e... outros companheiros que vem... até que é bom... acho é bom que... espairoce, fica mais calmo, eles conversa lá e ela acha é bom. Chega mais calma.

Entrevistadora: Chega mais calma?

Roberta: Acho... é ótimo porque só assim ela fica mais... ela... quanto mais você conversa, conversa com ela, ela vai... mais... não fica muito agitada. É como a gente. Quando tá com raiva, né? Chega uma pessoa aí... vamos conversar aí num alivia, né? Pronto. Eu acho bom. Não acho ruim não... graças a Deus... eu já fui nessa reunião [riso] eu já fui na reunião fazer... caminhada... sair fazendo aquelas caminhada, num é? Eu acho é bom.

Entrevistadora: Bom?

Roberta: Bom pra saúde. É ótimo. E eu acho bom também quando tem reunião que ela sai andando por aí com os pessoal, os deficiente... bota eles pra movimentar... e ela espairoce (38 anos, agricultora, irmã).

Marcela afirma que a “reunião” e a “palestra” constituem um recurso para o cuidado em saúde mental. No entanto, “quem toma remédio controlado” não costuma participar. Cabe observar que Marcela, ao posicionar os usuários como “esses que toma remédio controlado”, reforça a centralidade do remédio na vida dessas pessoas. Quando a entrevistadora insiste sobre a participação dos usuários nas atividades, ela responde: “Uns vem e outros não... uns vem e outros não. [pausa] Só que não tem direito.”. Há que se ressaltar uma delicada gestão de interesses no relato de Marcela, que é ACS e familiar de um usuário. Ela hesita em seu

propósito de atribuir aos usuários certa responsabilidade pela não participação nas atividades citadas e, logo em seguida faz um contraponto, ao ressaltar o caráter descontinuado de tais atividades: “É difícil ter, né? Não tem direito...”. Salienta-se que, em seu relato, ela não se refere às reuniões e palestras que têm como foco os usuários de saúde mental. Segundo Marcela, os encontros abordavam “cuidado de alimentação”, “cuidado dos hipertenso e diabético”, “exercício físico”. Nesse sentido, alguns usuários participavam porque “tem deles que é... são hipertenso e diabético”.

Roberta, que é moradora da comunidade onde funcionava o grupo de saúde mental “Balão Mágico”, nomeia os encontros desse grupo como “reunião” e considera que proporciona interação e a realização de atividades físicas. Em seu relato, a entrevistada nomeia quem participa das reuniões como “deficiente”. Buscando demonstrar possíveis benefícios da reunião, argumenta que “esse pessoal” precisa “conversar”, “sair”, “quanto mais espairose, eles não fica... não... agitado”. Cabe destacar uma produção sutil de distinções quando Roberta busca legitimar seu argumento fazendo a seguinte comparação: “é como a gente”. No entanto, a relação de semelhança que se pretende construir guarda algumas restrições, como se pode observar: “Porque eles... é como a gente. Imagina, fica num canto sozinho... um canto... preso. Quem quer ficar? Ninguém.” (...) “É como a gente. Quando tá com raiva, né? Chega uma pessoa aí... vamos conversar aí num alivia, né?”. Desse modo, a comparação está baseada em extremos e produz a ideia de que nos demais aspectos e situações o que prevalece é uma relação de diferença entre “a gente” e “esse pessoal”.

Essa diferença é corroborada no relato de Roberta pelo modo como ela descreve sua participação nos encontros: “eu já fui nessa reunião [riso] eu já fui na reunião fazer... caminhada... sair fazendo aquelas caminhada.” Seu riso, nesse contexto, parece indicar que esse não é um fato esperado na sequência narrativa. Sua participação na reunião é colocada de modo a posicioná-la como alguém que não pertence ao grupo. Nesse sentido, destaca-se, também, a produção de uma distinção de outra ordem, relacionada aos objetivos da participação no grupo. Seu objetivo não é “conversar”, “espairecer”, diferentemente do que ela afirma para os demais usuários. Roberta delimita sua participação à “caminhada” e, inclusive, invoca benefícios à saúde advindos dessa prática: “Bom pra saúde. É ótimo.”.

4.3 A atenção em saúde mental na atenção básica nas práticas discursivas dos usuários

Com a intenção de identificar a forma como a demanda em saúde mental é recebida e atendida no nível de atenção básica, os usuários entrevistados foram estimulados a falar sobre

o momento em que recorreram à unidade básica de saúde com queixas relacionadas à saúde mental, como acessaram o serviço e como foram recebidos. Além disso, os usuários foram indagados sobre como é o atendimento em saúde ofertado nesse nível de atenção.

Para alguns dos entrevistados, a atenção básica constitui uma via de acesso à consulta psiquiátrica. Nos relatos que se seguem, é possível identificar que nesse nível de atenção à saúde a demanda em saúde mental é recebida e encaminhada.

Diogo: *Eu fui pro psiquiatra... fui pro psiquiatra [diz o nome]. Aí falei pra ele, né? Que assim... que eu tava... assim... foi o que? Desde o ano passado... dezembro, janeiro desse ano que eu num tava me sentindo bem... assim... eu fui pro posto primeiro, falei com [diz o nome], a agente de saúde, a que ficou no meu lugar. Aí ela falou com [diz o nome da enfermeira]... [diz o nome da enfermeira] também... aí ela falou que tinha um psiquiatra pra eu ir. Ia vim pra Casinhas. Aí foi... veio. Aí eu fui pra ele. Mas primeiro eu fui pro posto.*

Entrevistadora: *Primeiro foi pro posto?*

Diogo: *Não... eu falei com [diz o nome da ACS]... com [diz o nome da enfermeira] aí ela me encaminhou pra lá, entendeu? (35 anos, agente comunitário de saúde/usuário de saúde mental).*

Zuleide: *Olhe, eu... descobri porque sempre vinha... psi... psicóloga, vinha nutricionista aí um dia eu... eu vim aí elas tava, né? Aí eu entrei... aí depois eu disse assim... que fizeram um grupo tudo junto, fa... falou tudo junto, aí depois eu procurei ela e...*

Entrevistadora: *Procurou quem?*

Zuleide: *A psicóloga. Eu disse: “Olhe, eu podia falar com você só?” “Pode.” Aí depois voltamos pra sala e eu comecei contar a ela... aí... ela disse: “Vou lhe encaminhar pra um psiquiatra.” Aí ela me deu o encaminhamento, foi quando eu procurei o psiquiatra... psiquiatra. Aí ela... encaminhou pra psiquiatra... foi ela que encaminhou pro psiquiatra porque ela viu que eu tava muito abalada aí de todo jeito tinha que tomar medicação mesmo. Aí o psiquiatra passou essa medicação (66 anos, agricultora).*

Nesses relatos, os usuários buscam reconstruir suas memórias sobre o momento em que recorreram à unidade básica de saúde para tratar de questões relacionadas à saúde mental. Diogo inicia seu relato trazendo a figura do médico psiquiatra: “Eu fui pro psiquiatra... fui pro psiquiatra”. Em sua descrição, ele foi “pro posto primeiro”. Para isso, entrou em contato com a agente comunitária de saúde, que “falou com (...) a enfermeira”. Cabe salientar, nesse relato, o modo como o entrevistado constrói a atuação da enfermeira: “(...) aí ela falou que tinha um psiquiatra pra eu ir. Ia vim pra Casinhas. Aí foi... veio. Aí eu fui pra ele.” Diogo posiciona essa profissional como alguém que lhe prestou uma informação.

Zuleide inicia seu relato reconstruindo a memória de uma descoberta: “Olhe, eu... descobri porque sempre vinha... psi... psicóloga, vinha nutricionista (...)”. Segundo a

entrevistada, num dia em que essas profissionais realizavam uma atividade em “grupo” na UBS, ela tomou a atitude de procurar a psicóloga. A partir desse momento, Zuleide descreve a interação com essa profissional, bem como seus desdobramentos como se ratificassem algo que ela já sabia. Nesse sentido, a “descoberta” assume contornos de confirmação, pois seu sofrimento psíquico era evidente. Bastou começar “a contar (...) aí... ela disse: “Vou lhe encaminhar pra um psiquiatra. (...) ela viu que eu tava muito abalada aí de todo jeito tinha que tomar medicação mesmo.”. Cabe destacar a utilização do discurso direto e a repetição dos termos “psiquiatra” e “encaminhamento” para construir um relato que reforça a necessidade de atendimento psiquiátrico. Nesse caso, avalizado pela profissional que, supostamente, detém um saber-poder sobre o sofrimento psíquico. Além disso, a medicalização é inserida nesse relato como um evento esperado, necessário no contexto da sequência narrativa.

Em outros relatos, identificamos que a atenção básica atende a demanda em saúde mental através da “renovação” da prescrição de medicamentos.

Francisco: *Porque... o médico me explicou pra mim que não... que eu não podia pagar uma consulta toda vez que fosse... renovar o remédio. Ele pegou, me encaminhou pra... pra vir pro posto: “Você vai pro posto. Aí leva a receita que eu... que eu passei aí o médico de lá... ele pega e pre... prescreve a receita.”*

Entrevistadora: Hum

Francisco: *Aí eu fiquei vindo pra cá (33 anos, servente de pedreiro).*

Marina: *Olha, eu tomo remédio controlado, né? Aí eu tive in... internada já três vez... já três vez... aí disse: “Olhe, quando você não... não quer se internar mais, aí procure o posto que... o médico do posto passa o remédio.” Aí... é passado.*

Entrevistadora: Hum

Marina: *É passado. Aí... dois em dois mês... passa remédio pra dois mês aí eu compro... Faz tempo... faz tempo que eu... procurei porque... quando... quando me internei, ela disse: “Olhe, na sua comunidade, na sua cidade se tiver um... doutor de... um médico psiquiatra você procure, conte seu problema.” E depois disse: “E se tiver no posto da comunidade, vá ser atendida no posto.” Foi. Eles explica lá... os psiquiatra... as... como é? As assistente social que faz uma palestra com a gente também... assistente social, psicóloga... tudo. Aí elas conversa isso (42 anos, agricultora).*

Esses entrevistados reforçam, em seus relatos, uma ênfase no tratamento medicamentoso. Cabe destacar que eles recorrem a outras vozes, certamente, buscando legitimar seus relatos. No caso de Francisco, “o médico” lhe explicou que ele “não podia pagar uma consulta toda vez que fosse... renovar o remédio.”. Já Marina, recorrendo à utilização do discurso direto – “Olhe, quando você não... não quer se internar mais, aí procure o posto que... o médico do posto passa o remédio.” – constrói o tratamento medicamentoso como alternativa à internação. Dessa forma, os entrevistados esclarecem que vão ao “posto”

para que o médico “prescreva a receita” ou “passe o remédio” respaldados por profissionais como “médico psiquiatra”, “assistente social”, “psicóloga”. Esses relatos reduzem as potencialidades da atenção básica no que se refere ao cuidado às pessoas em sofrimento psíquico à medicalização, corroborando relatos explicitados anteriormente, bem como as observações no cotidiano.

No que se refere à utilização do discurso direto, tratou-se de uma estratégia discursiva utilizada por todos os entrevistados – profissionais, familiares e usuários. No entanto, no que diz respeito aos usuários, cabe considerar que a fala das pessoas em sofrimento psíquico, de modo geral, é desacreditada socialmente. Nesse sentido, a recorrência ao uso do discurso direto nas práticas discursivas desses sujeitos pode estar relacionada à necessidade de atribuir maior veracidade às descrições e, desse modo, legitimar aquilo que dizem, pois, como afirma Souza (1998, p. 166), “a recorrente utilização do discurso citado chama também a atenção para situações em que a identidade pessoal ou a posição social do falante é, em alguma medida, insuficiente para garantir a verdade ou a autenticidade de suas afirmações.”.

A “consulta” médica que garante a renovação de receita foi a forma de atendimento da demanda em saúde mental mais citada pelos usuários entrevistados. No entanto, no relato de Luiz, abaixo transcrito, é possível observar que a participação do usuário não é indispensável.

Entrevistadora: *Luiz, quantas vezes, você já veio aqui... até o posto para... tratar de questões sobre sua saúde mental?*

Luiz: *O posto aqui? Não... nunca vim aqui... nunca vim não. Nunca vim aqui no posto não. Primeira vez que eu vim foi hoje.*

Entrevistadora: *Primeira vez foi hoje?*

Luiz: *Porque... quem vem é a minha mãe, sabe? Renovar a receita. Ela renova e compra o remédio, entendeu? Eu fico em casa. Aí eu só vou quando... quando eu vou me consultar com o médico, sabe? Psiquiatra.*

Entrevistadora: *Porque você nunca vem?*

Luiz: *Não... porque... não precisa de mim. Pre... minha mãe vem... vem aqui, renova a receita com [diz o nome da enfermeira]. Pronto. Num tem médico... ela renova a receita com o médico. Pronto. Ela renova e... compra o remédio e pronto. Eu fico tomando o remédio em casa. Pronto. Aí eu tomo... é... tomo duas vez o dia... de manhã e de noite. Aí... quando precisa eu venho, entendeu? É... quando precisa eu venho. Aí o médico: “Não, tem que ele ir... pra eu ver ele.” Aí eu venho, mas quando não precisa, não venho não. Aí eu fico... e ela.. renova a receita, né? Pega o remédio. Compra o remédio, entendeu? (32 anos, agricultor).*

É importante registrar que, no dia em que foi entrevistado, Luiz e sua mãe foram à UBS para atender ao pedido da enfermeira que, no intuito de contribuir com a pesquisa, convidou alguns usuários e familiares para darem entrevistas, como já salientado na metodologia. Luiz afirma repetidas vezes que nunca foi ao “posto”, aquela era sua “primeira

vez” no local. Ele busca demonstrar que não há necessidade de sua presença quando “renova a receita com o médico”. Há que se ressaltar o fato de Luiz utilizar repetidamente os termos “nunca” (três vezes) e “não” (cinco vezes), para negar sua presença na unidade básica de saúde. A mãe “renova”, “compra” e ele toma “duas vez o dia... de manhã e de noite.”. Importa observar o uso do termo “pronto” encerrando alguns trechos do seu relato de maneira a reforçar a ideia de que não há nada além disso. Nesse relato, Luiz deixa claro que só vai ao posto quando o médico diz: “Não, tem que ele ir... pra eu ver ele.”, caso contrário, a mãe “renova a receita, né? Pega o remédio. Compra o remédio, entendeu?”. Assim, a atenção em saúde mental na UBS é construída em seu relato como renovação de receita. No final, ao afirmar que vai ao posto “quando precisa”, Luiz produz uma contradição em relação a sua afirmação inicial de que se tratava de sua primeira vez no posto de saúde.

Cabe dialogar com o relato da mãe de Luiz, quando argumenta que ele, “tem vergonha” de ir à UBS:

Dalva: *Ele também tem vergonha de vim. Tem vergonha assim... de vim no posto de saúde assim.*

Entrevistadora: *Tem vergonha?*

Dalva: *Parece que ele tem, viu? Porque às vez o povo fica tudo... todo sem jeito... ele tem vergonha.*

Entrevistadora: *Como assim?*

Dalva: *Eu acho assim... porque às vez o povo diz: “Lá vai, [diz o nome do usuário] doido.” Ai... diz... e aquilo, né? Ele tem vergonha de vim. Ele gosta não, viu? Gosta não (60 anos, agricultora aposentada, mãe).*

Essa entrevistada constrói, em seu relato, uma relação do usuário com o serviço baseada na “vergonha”, termo que se repete quatro vezes no trecho acima. Ela fala sobre a “vergonha” do filho e ao mesmo tempo relativiza a sua afirmação, quando questionada pela entrevistadora, ao utilizar os verbos “tem”, “parece” e “acho”: “Ele também tem vergonha de vim.” “Parece que ele tem, viu?” “Eu acho assim...” Por fim, ela recorre ao discurso direto do “povo” (“Lá vai, [diz o nome do usuário] doido.”) para legitimar sua afirmação: “Ele tem vergonha de vim. Ele gosta não, viu? Gosta não.”. Desse modo, emerge do relato de Dalva uma relação entre o modo como o “povo” se relaciona com o sofrimento psíquico e o desestímulo do usuário para frequentar a UBS da comunidade.

Marina e Lorena proporcionam-nos um relato sobre consultas realizadas com o médico da UBS:

Marina: *O posto? Daqui do Junco... pronto, eu falei com a agente de saúde. Ela disse: “Olhe, você leve os remédios, a receita... se você tiver a receita, leve a receita, amstre o médico como você toma controlado, que foi internada... pra continuar.” Ai*

pronto... aí ele... ele ficou passando... assim... (...) Aí eu contei tudo bem direitinho. Aí ele já anotou tudinho lá o que eu tomo, que fui internada... aí... o fichário tá lá. Conteí... “Doutor... doutor, olhe, é porque eu fiquei perturbada da cabeça, minha família não me aguentou... vivia andando muito... andando... era braba, agitada... [ênfase]” eu contei tudinho. Aí me internaram aí eu... passou esse remédio e eles disse que eu tenho que tomar até morrer.

Entrevistadora: Até morrer?

Marina: É... até morrer e não pode parar. Se parar, vai bater na casa de saúde é... agitada de novo. Aí eu preciso tomar. Aí ele disse: “Pois tá certo. Eu passo.” Mesmo assim... foi... **(42 anos, agricultora)**.

Lorena: Eu contei a ela, né? Minhas co... minhas... é... o que eu tava sentindo, né? Aí ela mandou eu retornar ao médico, que era o psiquiatra e disse que... aí eu perguntei a ela se eu poderia mudar o meu remédio. Aí ela disse: “Não. Não pode. Só [ênfase] passando pelo médico, que é o psiquiatra. Eu posso renovar a receita... dele. Agora... pra mudar o seu remédio ou então passar outro tipo de remédio...” Ela disse que não poderia.

Entrevistadora: Não poderia?

Lorena: Não.

Entrevistadora: E... depois disso, o que foi que aconteceu?

Lorena: Eu fui tomando... ela foi renovando minha receita, eu fui tomando o remédio e... tô melhorando graças a Deus **(37 anos, agricultora)**.

Marina inicia seu relato recorrendo à utilização do discurso direto da ACS para dizer como acessou a consulta médica na UBS: “eu falei com a agente de saúde. Ela disse: “Olhe, você leve os remédios, a receita... se você tiver a receita, leve a receita, amostre o médico como você toma controlado, que foi internada... pra continuar.”. Ela descreve com detalhes, conta “tudo bem direitinho”, e comunica a sua suposta impossibilidade de viver sem o remédio. Com esse relato, a entrevistada se posiciona como alguém que, sem o remédio, pode voltar a ficar “perturbada”, “braba”, “agitada”. Cabe destacar, no relato de Marina, a medicalização como um desdobramento de sua experiência de internação (“Aí me internaram aí eu... passou esse remédio e eles disse que eu tenho que tomar até morrer.”) e a cronicidade como um aspecto inerente ao sofrimento psíquico. Por fim, a resposta do médico: “Pois tá certo. Eu passo.” se insere na sequência narrativa como ato que “resolve” a questão levada por Marina à consulta médica.

Lorena, assim como Marina, apresenta a medicalização como intervenção, através da qual a atenção básica atende a demanda em saúde mental. No entanto, é necessário atentar para o modo como Lorena constrói sua postura durante a consulta. É importante registrar que, segundo a entrevistada, seu remédio foi prescrito por um psiquiatra que atende numa clínica privada, localizada numa cidade vizinha. Assim, durante a consulta com a médica da UBS, depois de contar o que sentia, Lorena pergunta se “poderia mudar” o remédio. A descrição

dessa tentativa, mesmo que não extrapole o tratamento medicamentoso, é interessante na medida em que constrói uma imagem da atenção em saúde mental na atenção básica centrada na renovação de receita. O diálogo entre Marina e a médica parece cristalizado no eixo “medicamento” sem abertura para outras possibilidades de intervenção.

O medicamento está presente, também, nas falas de Diogo e Aparecida, que fazem referência à sua distribuição gratuita:

Diogo: *Assim, por exemplo, o psiquiatra passava o remédio aí eu pegava na farmácia. Porque assim... de primeiro eu comprava esse remédio, entendesse? Aí depois da farmácia de Casinhas, aí eu fui e comecei a pegar lá, entendesse? (35 anos, agente comunitário de saúde/usuário de saúde mental).*

Aparecida: *No começo eu comprava, né? Aí quando no começo... no começo assim... que eu comecei tomar, eu passei uns seis meses comprando. Aí depois... soube que em Casinhas tava dando. Aí pronto. Renovava a consulta e [diz o nome da enfermeira da UBS] trazia... trouxe muitas vezes. Muito boa, viu? Aquela menina é muito boa. Muito boa. Muito. Muito (62 anos, agricultora).*

Nesses relatos, os entrevistados trazem a informação de que no passado compravam seus remédios e, assim, ambos constroem discursivamente a distribuição gratuita de medicamentos a partir da comparação entre passado e presente. Aparecida e Diogo constroem relatos que produzem uma ideia de facilidade no acesso aos medicamentos. Cabe destacar, no relato de Aparecida, que reside na zona rural do município e é vizinha da UBS, a ênfase dada ao posicionamento da enfermeira dessa unidade como uma “menina muito boa” (a palavra “muito boa” é pronunciada três vezes e a palavra “muito”, duas vezes) por trazer seus remédios. As observações no cotidiano corroboram o relato de Aparecida no que diz respeito à prática da enfermeira da UBS.

Ainda sobre o atendimento, um dos usuários cita a participação na “reunião”:

Entrevistadora: *É... e você teve algum outro atendimento, além do médico, aqui no Junco?*

Leonardo: *Foi na... na reunião da psicóloga com... com Dr. [diz o nome do educador físico].*

Entrevistadora: *Hum e como é essa reunião?*

Leonardo: *Lá foi bom demais... eu me diverti na reunião dele... eu... eu... eu... fazia exercício. Era... somente isso só. Só isso só (47 anos, agricultor).*

Leonardo, durante a entrevista, fez menção à consulta com o médico da UBS e, somente quando questionado se foi atendido por outros profissionais, citou a “reunião”. Importa ressaltar que esse entrevistado era participante do grupo Balão Mágico, que foi citado anteriormente. Para ele, a “reunião” era um espaço que proporcionava diversão e a realização

de “exercício”. Nesse relato, emerge também uma limitação da atividade quando o entrevistado finaliza com o trecho: “Era... somente isso só. Só isso só.” Não era mais que isso.

Já Lorena e Marina discorrem sobre visitas domiciliares realizadas pela psicóloga do NASF:

Lorena: *A psicóloga... ela veio aqui em casa... eu estava... no momento que ela veio eu estava... isolada, dentro do quarto, sem querer comer, sem querer fazer nada, só me isolar. A vontade era só me isolar dentro do quarto. Aí no momento que ela chegou... ela com... aí eu... me levantei da cama, me sentei aqui no sofá... ela começou a conversar comigo... me entender, me escutar. Eu explicando a ela o que aconteceu comigo, o que foi passado antes de acontecer isso... aí ela... ela começou a conversar, me deu conselho, me deu... disse palavras doce, palavras bonita... e... eu mostrei o remédio a ela, ela disse pra continuar tomando o remédio, que tivesse paciência, com o tempo... com o tempo iria passar. Ela disse que eu saísse, que eu fosse passear, que eu me distraísse, né? Que saísse... que eu não ficasse isolada no quarto que não era bom... Nem era bom pra mim e nem era bom pra minha família... que estava... junto... junto de mim... me ajudando. (...) Aí eu fui melhorando... só que eu... que eu... depois eu num... num... liguei mais de ir pra psicóloga... depois que ela fez essa visita aí eu... como eu tava muito ansiosa, isolada aí eu não quis mais ir pra... pra psicóloga, né? Da... da unidade mista.*

Entrevistadora: Não quis mais ir?

Lorena: Não quis mais ir.

Entrevistadora: Por quê?

Lorena: *Porque eu pensei assim... já que eu tô... já que eu tô... já que eu tô tomando o remédio, que eu tô saindo... que tô me abrindo com alguma pessoa, alguma amiga ou... alguém da família aí eu achava assim... que eu não precisava mais ir... pra ela (40 anos, agricultora).*

Marina: *Uma vez [diz o nome da ACS] trouxe uma psicóloga pr'aqui também, eu pensei que você já era... um tempo atrás aí ela faz bem... meio mundo de pergunta também porque... psicólogo só é isso... (...) É muita pergunta, né? Pergunta se faz serviço... muita pergunta... mais de que você ainda [risos] mas faz tempo... que veio. Eita quanta pergunta... pergunta se faz serviço, se sente... elas conversa mesmo. Aí... atendeu bem... já faz tempo mesmo isso.*

Entrevistadora: E o que você achou?

Marina: *Achei que isso é uns trabalho, né? Que os... que os... que os governo manda fazer, né? Aí... é porque eles manda... é... é só pergunta mesmo (42 anos, agricultora).*

Lorena inicia seu relato sobre a visita da psicóloga, ao afirmar que esta chegou num momento em que ela se encontrava “isolada, dentro do quarto, sem querer comer, sem querer fazer nada”. Para descrever a intervenção da profissional, a entrevistada recorre a verbos que remetem a acolhimento (“conversar”, “entender”, “escutar”) e afirma que ela “deu conselho”, “disse palavras doce, palavras bonita...”. Dessa forma, Lorena posiciona a psicóloga como alguém que a acolheu em seu momento de sofrimento psíquico mais intenso. Cabe destacar o que Lorena descreve, hesitante, como efeito da visita: “eu fui melhorando... só que eu... que

eu... depois eu num... num... liguei mais de ir pra psicóloga...” da “unidade mista”, local em que ocorre atendimento ambulatorial em algumas especialidades. Quando questionada sobre o porquê, é interessante observar que sua resposta é construída, em certa medida, para demonstrar que ela ouviu e seguiu os conselhos da psicóloga: “tô tomando o remédio”, “tô saindo...”, “tô me abrindo com alguma pessoa”. Dessa forma, o relato apresenta sua autora como alguém que adere às orientações propostas. Faz-se necessário frisar que a usuária faz referência à realização de uma visita apenas, demonstrando o caráter pontual da intervenção.

Marina, em seu relato sobre a visita da psicóloga, posiciona essa profissional como entrevistadora. Trata-se de alguém que faz “meio mundo de pergunta”. Destaca-se que a entrevistada, ao mesmo tempo em que constrói uma imagem da psicóloga que a visitou, revela suas impressões sobre a psicóloga que lhe entrevistava naquele momento. Ela une essas duas imagens para posicionar os psicólogos. A primeira fez muitas perguntas “também”, mas ainda fez “mais de que” a segunda, a entrevistadora. “Psicólogo só é isso...”. É interessante observar que ela diz que foi bem atendida: “elas conversa mesmo. Aí... atendeu bem...”. Para Marina, as visitas realizadas são “uns trabalho (...) que o governo manda (...) só pergunta mesmo”. Diferentemente de Lorena, Marina não parece considerar que a visita realizada teve desdobramentos em sua saúde mental.

4.4 Dialogando com a teoria...

Neste capítulo, objetivamos compreender como a atenção básica recebe e atende a demanda em saúde mental no município de Casinhas através da análise dos sentidos construídos por profissionais, familiares e usuários sobre a atenção em saúde mental ofertada nesse território.

Dos relatos analisados, é possível afirmar que as principais ações de saúde mental desenvolvidas no âmbito da ESF são: identificação da demanda em saúde mental, encaminhamento para especialistas (psiquiatras e psicólogos), acompanhamento focado na medicalização, realizado através de consulta para “renovação” de receita e visitas domiciliares. Os relatos de alguns entrevistados trazem, também, articulação com o CRAS e abordagem sociocomunitária limitada a um grupo considerado de saúde mental.

A questão da identificação da demanda em saúde mental como ação das EqSF apareceu de modo proeminente nos relatos dos profissionais. Sobre isso, Alvarenga e Garcia (2009, p. 194) afirmam que, em saúde mental, tem-se atribuído à ESF “um papel marginal de busca ativa”. Nesse sentido, as aproximações entre saúde mental e atenção básica “acabam

por resgatar debates ainda muito similares aos do período da psiquiatria preventiva, no qual o enfoque das equipes de centros de saúde envolvia a identificação de casos e seu monitoramento com objetivo principal de evitar agravamentos.” (Frosi & Tesser, 2015, p.198).

Nas práticas discursivas analisadas foi atribuída ao agente comunitário de saúde a responsabilização pela identificação dos usuários em sofrimento psíquico. Cabral, Dimenstein, Brito, Severo e Alverga (2009), Moura e Silva (2015), Sales e Dimenstein (2009) e Tatiana Veloso (2012) e reconhecem que é atribuição do agente comunitário de saúde identificar problemas de saúde e orientar os usuários sobre a utilização dos serviços de saúde disponíveis. No entanto, os autores citados consideram tais práticas insuficientes para a efetivação de ações contextualizadas com as novas propostas de trabalho em saúde mental.

Conforme Cabral et al. (2009, p.82), o ACS

se configura como um mediador entre a comunidade e equipe de saúde, atuando de forma híbrida e polifônica na medida em que age na comunidade com saberes da equipe e na equipe com informações da comunidade. Circulando cotidianamente pelos dois cenários, construindo-se num elo entre o serviço e a comunidade a que serve, é a figura da equipe que se faz mais presente na comunidade e é com ele que se inicia, geralmente, a relação usuário/equipe de saúde.

Esse profissional pode participar do cuidado em saúde mental, ao contribuir na invenção de estratégias mais contextualizadas, justamente, pela proximidade com as dinâmicas do território e pelo vínculo estabelecido com a população. Além disso, ele pode ser um identificador de recursos comunitários que possam constituir uma rede de apoio social para as pessoas em sofrimento psíquico em seu território (Cabral et al., 2009; Sales & Dimenstein, 2009).

Para Camuri e Dimenstein (2009), os ACS reúnem condições que facilitam o desenvolvimento de ações capazes de promover uma aproximação efetiva entre os campos da saúde mental e da atenção básica, contribuindo para a quebra de preconceitos e estereótipos sobre a loucura, ao estimularem a corresponsabilização do cuidado. São importantes pela presença cotidiana no território, capilaridade do seu trabalho, inserção na comunidade – estratégias fundamentais na desinstitucionalização da loucura.

Sem a intenção de negar a importância do ACS, Tatiana Veloso (2012) alerta-nos que a identificação da demanda em saúde mental mediante a manifestação de determinados comportamentos ditos sugestivos de necessidade de intervenção mostra-se restrita em virtude da vinculação dessa necessidade a comportamentos estereotipados. Desse modo, incorre-se no risco de rotular o diferente, negando as singularidades de cada pessoa.

Observa-se, também, nos relatos de nossos entrevistados uma lógica de trabalho centrada no profissional médico, pautada pela realização de encaminhamentos e “renovação de receita”, ao passo que alternativas de interação entre usuário e equipe, as tecnologias leves, são pouco exploradas e experimentadas. Conforme Alverga e Dimenstein (2009), Frateschi (2014), Frosi e Tesser (2015); Neponuceno (2012), Rodrigues e Moreira (2012), Tatiana Veloso (2012), as consultas, na ESF, têm funcionado como forma de revalidação de receita ou transcrição de psicotrópicos, como também observado nesta pesquisa.

Depreende-se, então, que o confinamento em instituições psiquiátricas, principal estratégia de exercício do poder sobre a loucura a partir do século XVII, cede lugar para estratégias mais sutis. Na ausência dos muros manicomiais, a medicalização aparece como uma alternativa para a contenção da loucura (Brito et al., 2009).

Bermudez, Oliveira e Luiza (2012) afirmam que o medicamento, quando prescrito e utilizado de modo racional, é considerado uma intervenção terapêutica custo-efetiva com inserção significativa nos sistemas de saúde. No entanto, como alertam Dimenstein et al. (2005), num contexto em que a utilização de medicamentos é considerada a principal prática terapêutica na saúde pública e que se observa uma fragilidade na incorporação da atenção psicossocial na atenção básica, a questão da medicalização do sofrimento psíquico se agrava, na medida em que se firma como o único recurso disponível para a produção do cuidado em saúde mental e como recurso introduzido na vida das pessoas em sofrimento psíquico, muitas vezes, de modo crônico.

Segundo Neponuceno (2012, p. 8), o processo de medicalização reforça “a hegemonia do modelo biomédico, que focaliza toda a intervenção nos ‘corpos’ [grifo da autora], o que não favorece a construção de práticas de cuidado a partir do território e considerando as relações sociais.” A hegemonia do saber biomédico constituiu-se a partir de uma imbricada articulação entre as racionalidades da Medicina, da Ciência e do Estado modernos, desdobrando-se numa convergência epistemológica, política e social. Instituída como saber, a Medicina produz um discurso que permite uma configuração concreta à sua prática, objetivando a saúde e a doença a partir da constituição de um sujeito/corpo da doença (Foucault, 2003). Desse modo, o saber/prática da Medicina intensificou o projeto da modernidade na medida em que respaldou um controle mais refinado desses sujeitos/corpos.

A prática médica foi identificada com a prática científica e os médicos tornaram-se detentores de um saber passível de verificação científica. Trata-se, portanto de um saber-poder que se fortaleceu socialmente, tornando-se hegemônico, produzindo uma hierarquia de saberes sobre os processos de saúde e adoecimento de modo a desqualificar aquilo que não

fosse identificado como científico. Conforme Ferla, Oliveira e Lemos (2011, pp. 496-497),

o viés “matematizador” da ciência moderna atualizou-se no cuidado à saúde no que tem sido chamado de “medicalização” [grifos dos autores]: a submissão das diversas práticas e saberes em saúde à medicina “científica” e nas práticas de privilegiar o eminentemente biológico na organização do conhecimento e das ações.

Frosi e Tesser (2015) assinalam que a abordagem do sofrimento psíquico, calcada em modelos biológicos, desdobra-se na valorização da oferta terapêutica medicamentosa voltada para a supressão ou controle de sintomas. Esses autores acrescentam que, sendo o modelo médico hegemônico uma importante matriz de referência para o cuidado na atenção básica, o paradigma psiquiátrico tradicional incide sobre as práticas desenvolvidas nesse nível de atenção à saúde como uma extensão naturalizada desse modelo. Desse modo, a operacionalização da atenção psicossocial na atenção básica torna-se particularmente difícil.

Conforme Dimenstein et al. (2005, pp. 33-34) a prescrição e o consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos é, pois, fenômeno presente no cotidiano dos serviços públicos de saúde, que se relaciona com o papel preponderante da indústria farmacêutica na atenção à saúde, à força do modelo biomédico e seus desdobramentos, mas, também, “às demandas de felicidade características da modernidade, ‘concretizáveis’ [grifo das autoras] por meio dos medicamentos, especialmente, os psicotrópicos.”

Assim, priorizando uma postura sintonizada com a proposta de uma atenção psicossocial em saúde, Silva, Merhy e Carvalho (2003), ressaltam três eixos norteadores para construção de novos modos de produção de saúde: a capacidade de ouvir o usuário e acolher sua demanda, a capacidade de articular conhecimentos gerais e especializados na investigação das questões de saúde e a construção de projetos terapêuticos individualizados. Do contrário, a ESF pode constituir-se uma nova força medicalizadora da vida, a transformar em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administradas de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, constituindo um processo de expansão progressiva do campo de intervenção do modelo médico por meio da redefinição de experiências humanas como se fossem problemas médicos (Neponuceno, 2012).

Nesse sentido, Costa (citado por Brito et al. 2009, p. 60) alerta-nos que

há um processo de instauração da lógica do confinamento, em toda a sociedade, sem que seja necessária a existência de muros que separem o lado das instituições do seu exterior. As instituições já estão dentro dos indivíduos, que a carregam consigo, modulando seu comportamento de acordo com as regras já internalizadas a respeito de como comportar-se nessa sociedade aparentemente menos disciplinadora.

Neste modelo de atuação, pautado pelo encaminhamento e “renovação de receita”, predomina, ainda, uma hierarquia e fragmentação entre os profissionais que compõem a equipe, uma vez que fica depositada no médico a responsabilidade por conduzir a situação. Conforme Frateschi (2014), em pesquisa que objetivou conhecer e compreender as ações desenvolvidas pela ESF no que se refere à Reabilitação Psicossocial em saúde mental, a partir da perspectiva dos profissionais, usuários e familiares, o usuário é encaminhado sem que seja firmada uma relação de corresponsabilização entre profissionais e serviços envolvidos e entre estes e o usuário. Para Camuri e Dimenstein (2010), trata-se da repetição da lógica do especialismo biomédico com o esquadramento do sujeito e de seu sofrimento, de forma que as equipes da atenção básica, de modo geral, não acolhem e não se responsabilizam pela demanda, o que fazem é encaminhar o usuário para quem foi delegado o poder da “cura”, no caso, o médico. Assim, a fragmentação do cuidado, em seus fluxos e conexões, pode resultar em itinerários terapêuticos pontuais, superficiais e desarticulados com as demandas e necessidades de saúde dos usuários.

Os processos de trabalho na atenção básica deveriam pressupor uma interação entre práticas sociais e práticas de saúde em detrimento da supervalorização de diagnósticos e respostas técnicas (Tatiana Veloso, 2012). Nessa direção, o processo de Reforma Psiquiátrica propõe a construção e invenção de novas perspectivas de vida e subjetividade para as pessoas em sofrimento psíquico

e não apenas ‘evoluções’ e ‘prognósticos’ [grifos do autor] da doença mental... A complexidade, enfim, reporta ao problema ético das relações entre os homens e para com a natureza, porque coloca o problema do pensar e agir em termos de relações e não de objetos (Amarante, 1996, p. 33).

Nesta perspectiva, como atesta Yasui (2010), há que se pensar em estratégias de cuidado diversas e múltiplas que produzam e promovam a autonomia e a singularização do sujeito. Os agentes são coletivos, mais do que as equipes multiprofissionais. A coprodução do cuidado deve envolver distintas profissões e instituições, familiares, usuários; enfim, pessoas implicadas numa ampla rede de cuidados.

Está posto, portanto, o desafio da intersectorialidade, que implica transpor os limites do modelo médico, reconhecer os recursos disponíveis no território e desenvolver parcerias entre os diferentes segmentos sociais tecendo uma trama de cuidado capaz de acolher o usuário de modo que ele possa reconhecer-se e ser reconhecido como partícipe desse processo (Souza, 2012; Rosa, 2015).

Sobre as visitas domiciliares, Dimenstein et al. (2005), propõem investir no atendimento domiciliar como estratégia extremamente importante e eficaz, especialmente porque se trata de uma técnica presente no cotidiano das equipes dos serviços de atenção básica à saúde. Para Tatiana Veloso (2012), todo encontro entre o usuário e o profissional poderá ser um espaço de troca, de diálogo e escuta. Identificadas como tecnologias leves, essas práticas poderão favorecer o necessário estabelecimento de vínculos para articulação entre saúde mental e atenção básica. Segundo Arce et al. (2011), o vínculo promovido pelo fato de a ESF representar um cuidado territorializado à saúde da população, viabilizado por meio das visitas domiciliares, caracteriza o principal potencial identificado pela EqSF. No entanto, é possível observar que esse recurso tem sido utilizado de maneira a não explorar tais potencialidades como atesta o discurso dos nossos entrevistados.

É preciso destacar que a família, nesta perspectiva, não é apenas alvo ou coadjuvante das intervenções. Assim, o atendimento domiciliar pode contribuir se considerar as especificidades das famílias de usuários em sofrimento psíquico. Reconhecer a potência da família na produção de saúde possibilita às equipes da ESF atender de modo mais qualificado a demanda em saúde mental. Ademais, a produção de um cuidado que estimule a participação do familiar no processo terapêutico pode contribuir na “desinstitucionalização da loucura e de posturas de exclusão da família e da própria comunidade.” (Severo et al., 2009, p. 74).

Entretanto, nos relatos de nossos entrevistados, a visita domiciliar aparece como instrumento para identificação de usuários em sofrimento psíquico e como forma de atendimento domiciliar individualizado, que se desenvolve de maneira pontual, pautada pela medicalização, como se pôde observar anteriormente em relatos, como o de Pedrita (odontóloga), ao afirmar: “quando elas [refere-se às ACS] pedem pra psicóloga vir é em alguns casos específicos. É pra levar pra umas casas específicas pra... já diretamente aos pacientes, entendeu?”; e o da familiar/mãe de usuário Dalva: “(...) recebe visita da agente de saúde, todo mês, viu? (...) pergunta se ele [referindo-se ao filho, usuário de saúde mental] tá tomando o remédio dele direitinho. Pronto. É isso...”.

Os relatos dos nossos entrevistados corroboram os achados de Oliveira et al. (2011), em pesquisa que objetivou identificar os cuidados oferecidos pelas enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família frente às necessidades de saúde mental e avaliar se estes se encontravam fundamentados nas noções de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito. Os referidos autores identificaram que as participantes realizam visitas domiciliares e escuta junto aos usuários em sofrimento psíquico. No entanto, apontam que tais práticas limitam-se à orientação sobre o acesso ao atendimento especializado e a escuta é pautada pelo saber

psiquiátrico na perspectiva do modelo médico. Assim, os desdobramentos dessas práticas são encaminhamentos para consulta e medicalização.

Ainda sobre articulações intersetoriais, o CRAS apareceu nos relatos dos profissionais como um equipamento com o qual, as EqSF se articulam. De acordo com Cruz e Hillesheim (2013), o fortalecimento e/ou reconstrução de vínculos familiares e comunitários ocupa um lugar central nos documentos normativos que orientam a atuação dos profissionais no campo da assistência social objetivando a garantia dos direitos sociais. Para as autoras, a atuação, nesta perspectiva, parte do pressuposto de que “tais vínculos se encontram fragilizados, inadequados ou fora de uma ordem que é esperada, necessitando de intervenções que os potencializem.” (Cruz & Hilleheim, 2013, pp. 186-187).

Destarte, Ribeiro (2010) tece considerações sobre como dispositivos de organização e controle característicos da sociedade disciplinar – pautados na norma, exame e vigilância – engendram saberes e práticas no campo da assistência social. Segundo a autora, a atuação profissional fortalece códigos sociais de poder através de intervenções policiaescas na vida heterogênea da população, impondo uma modelização homogeneizante. Nesse sentido, ações permeadas por dogmas morais instituídos socialmente, de caráter punitivo, que objetivam intimidar, inspecionar e fiscalizar os modos de viver da população ainda são reproduzidas.

Enquanto intervenção sociocomunitária, os sentidos construídos sobre o grupo de saúde mental “Balão Mágico” sugerem a infantilização da pessoa em sofrimento psíquico. Isso ficou evidente no relato de Laura, em que ela nomeia como brincadeira uma atividade realizada junto aos usuários. Cabe mencionar, também, o nome do grupo, “Balão Mágico”, que em nosso país, de modo inequívoco, remete à infância. Nos anos 1980 um grupo homônimo, formado por crianças fez muito sucesso em todo o país com músicas voltadas para o público infantil. Conforme Yasui (2010), a infantilização da pessoa em sofrimento psíquico é mais uma forma de subjugar, enquadrar e normatizar subjetividades, que se desdobra em atuações pautadas pela correção, educação e proteção, intimamente associadas ao modelo médico (psi) hegemônico.

Cabe pontuar, no entanto, que esse grupo de saúde mental, ainda que de maneira tímida, representou uma ampliação das intervenções em saúde mental na atenção básica do município de Casinhas/PE, na medida em que possibilitou aos usuários em sofrimento psíquico interação com outros usuários, com os idosos e a realização de práticas corporais. O trabalho desenvolvido no referido grupo corrobora os estudos de Frateschi (2014) e Frosi e Tesser (2015), que observaram maior desenvoltura das equipes de ESF nas práticas assistenciais em saúde mental que incluíam a dimensão corporal. No entanto, questiona-se em

que medida o trabalho descrito contempla as singularidades dos usuários em sofrimento psíquico no sentido de promover a inserção comunitária, cidadania e autonomia através da produção de um cuidado territorial. Não identificamos, nos relatos sobre esse grupo, relação com a construção de projetos terapêuticos singulares ou com um projeto terapêutico mais amplo e sintonizado com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Ademais, os relatos apontam certa fragilidade no que se refere ao trabalho interdisciplinar.

Observa-se que existe uma evidente fragilidade na incorporação do campo conceitual da atenção psicossocial na atenção básica, o que se relaciona ao processo histórico de relação entre estes dois campos, como já explicitado no Capítulo 1. Evidencia-se a ausência de um projeto amplo de capacitação e formação profissional sintonizado com o modelo de atenção psicossocial. Desse modo, a prática é efetivada através de respostas técnicas e descontextualizadas, como vimos. Os resultados desta pesquisa nos levam a considerar que é preciso que se fomente, na atenção básica do município de Casinhas/PE, a construção de referenciais – a educação permanente coloca-se em caráter de urgência – para construir outras terapêuticas para ampliar e qualificar o escopo de intervenções de modo complementar ou mesmo substitutivo aos tratamentos farmacológicos, realizados de modo intensivo no município.

CAPÍTULO 5 AVALIAÇÕES E EXPECTATIVAS SOBRE A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CASINHAS/PE

Este capítulo tem como objetivo dar continuidade a análise dos sentidos que os profissionais, as familiares e os usuários constroem sobre a assistência em Saúde Mental no nível de Atenção Básica no município de Casinhas/PE. Assim, ocupar-se-á do modo como os entrevistados constroem suas avaliações e expectativas sobre a assistência em saúde mental na atenção básica que se desenvolve no município.

5.1 Avaliações e expectativas construídas pelos profissionais sobre a atenção em saúde mental na atenção básica

Os profissionais, ao avaliarem sua atuação, constroem sentidos diversos sobre a assistência que se oferta no nível de atenção básica em Casinhas/PE. Para Priscila e Laura, trabalhadoras que participaram de atividades junto ao grupo de saúde mental “Balão Mágico”, consideram que a atuação promove “interação”, “desenvolvimento” aos participantes, como pode ser observado no trecho abaixo:

Entrevistadora: *E como você avalia essa atuação, Priscila?*

Priscila: *Rapaz, eu acho que é muito massa. Eu acho que é muito boa mesmo. Muito boa. Pra ser, assim... às vezes, a gente... uma pessoa que não tem... que não procura acesso à atenção básica de um município, às vezes, perde porque num é... às vezes, a família também, num é? Que num... num se preocupa em... em levar... porque, às vezes, nem particular, as pessoas tem a forma... a... multi... porque é multidisciplinar, num é? Num encontra isso, assim... num canto só. A disponibilidade... mas aí, às vezes, por conta de uma... da família não procurar, aquele usuário fica sem aquele atendimento tão importante. Porque pra eles tudo é bom. A atividade, a interação deles ali... um com o outro... eu vi mesmo... aí brinca com um, fala no alimento... e brinca... tudinho. A gente vê que pra eles é... é excelente.*

Entrevistadora: *Excelente?*

Priscila: *É muito bom. Sem contar que isso ajuda também no tratamento, né? Ajuda é... como é que diz? Eles se sentem, assim... a gente sente, assim... é como eu te disse, eu não tenho muita atuação, só quando eu participo de alguma atividade nos grupos. Mas dava pra gente ver o quanto aquilo faz bem pra eles. Eles se sentem... acho que úteis. Úteis. Acho que é mais isso, né? Assim... num sentem... acho que o dia deles... acho que fica muito em casa... num sei te explicar, assim, direito. Acho que uma psicóloga te diria bem direitinho. Mas o que a gente percebe... a gente que é de outras... de outras áreas é isso. É que faz muito bem. Que é interessante. Que é importante... pra eles. Pra eles se sentem mais normais, vamos dizer, né? Menos excluídos (46 anos, nutricionista, 04 anos de atuação na atenção básica).*

Laura: *Ah... o que aconteceu é que... eu... eu achei que tinha uns que era bem...*

tristinho assim... quietinho... já tava mais, ele já tava mais desenvolvido. [ênfase] Mais desenvolvido.

Entrevistadora: *Mais desenvolvido?*

Laura: *Era. Geralmente, quando tinha assim, esse grupo... a gente dizia assim: “O que é que vocês... vocês querem o quê?” Aí eles diz: “Dançar.” Aí... já... um desenvolvimento pra eles, né? Eu achei que eles tava bem desenvolvido, tinha uns que era... aquilo caladinho, parado... já tava mais [ênfase] desenvolvido. Não gostava de conversar, já tava conversando... era... eu acho assim que eles tava bem mais desenvolvido esses... mental [pausa] com a participação no grupo. (...) Que é muito bom pro desenvolvimento deles, né? Principalmente aqueles que só vive lá dentro de casa, parado no canto... e quando você convida, já tá ali.. já é um desenvolvimento... desenvolvimento pra eles. Tem uns que... que... que fica só mais em casa, não tem atividade nenhuma aí quando você chama ele pra esse grupo já tá desenvolvendo ali nesse grupo. (...) Porque eu achava muito bom pro desenvolvimento deles... mental... eu achava importante aquelas palestra que fazia com eles... eles saía contente daquela palestra... era... eu quero que ele volte de novo (45 anos, agente comunitária de saúde, 25 anos de atuação na atenção básica).*

As duas entrevistadas consideram que o grupo é benéfico, principalmente, para aqueles usuários que permanecem a maior parte do tempo “em casa”. Priscila inicia seu relato afirmando que a atuação da equipe NASF junto ao grupo de saúde mental é “muito boa mesmo” e busca definir o trabalho desenvolvido como “multidisciplinar”. Essa característica, assim colocada, qualifica o modo de atuação do NASF, do qual ela faz parte. A nutricionista, nesse relato, afirma que esse “atendimento tão importante” é ofertado na atenção básica e não pode ser acessado com facilidade nem na rede “particular”. Construída essa importância, ela afirma que a família que não “se preocupa em... em levar...” o usuário está lhe impondo uma perda, pois “pra eles tudo é bom (...) atividade, interação (...) é excelente”. Cabe atentar para a utilização dos termos “massa”, “importante”, “excelente” que funcionam, no relato de Priscila, como estratégia discursiva para valorizar o trabalho da equipe. Contudo, a atuação é apresentada como “ajuda (...) no tratamento”. Nesse enunciado, o termo “ajuda” remete-nos a uma compreensão de que existe um eixo central no tratamento do sofrimento psíquico e intervenções auxiliares. A contribuição, segundo Priscila, ocorre na medida em que proporciona aos usuários um sentimento de utilidade (“aquilo faz bem pra eles. Eles se sentem... acho que úteis. Úteis.”) e de normalidade (“Pra eles se sentirem mais normais, vamos dizer, né? Menos excluídos.”). Cabe destacar que, desse modo, a atenção em saúde mental na atenção básica aparece intimamente relacionada com aspectos que povoam o imaginário social sobre o sofrimento psíquico, quais sejam: produtividade e normatividade.

Além disso, a entrevistada constrói seu relato posicionando-se como alguém que não participa efetivamente do grupo (“eu não tenho muita atuação”) e que não tem um conhecimento teórico e prático sobre o tema (“num sei te explicar, assim, direito. Acho que

uma psicóloga te diria bem direitinho.”). Assim, seu relato traz impressões (“dava pra gente ver o quanto aquilo faz bem pra eles. (...) a gente percebe... a gente que é de outras áreas”). Desse modo, posiciona a psicóloga como a profissional capaz de produzir um relato mais preciso e, talvez, mais legítimo sobre a atuação junto ao grupo, bem como sobre os desdobramentos para a saúde mental dos usuários participantes.

Para Laura, a participação no grupo favorece o desenvolvimento dos usuários. Assim, como Priscila, essa profissional referencia sua afirmação recorrendo a aspectos ligados à interação e à sociabilidade. Cabe destacar, no relato dessa entrevistada, o momento em que ela descreve uma interação entre os facilitadores e usuários: “a gente dizia assim: “O que é que vocês... vocês querem o quê?” Aí eles diz: “Dançar.” Aí... já... um desenvolvimento pra eles, né? Desse modo, ela associa o desenvolvimento à participação. Os usuários eram “tristinhos”, “quietinhos” – termos que infantilizam os usuários – e após participarem já estavam “conversando”, “saía contente daquela palestra”. Importa ressaltar ainda que a entrevistada nomeia o usuário participante como “mental”, um sutil distanciamento da nomeação “doente mental”, mas que reduz o usuário e perde de vista a pessoa em sua totalidade.

Paloma avalia que a assistência é boa na medida em que os profissionais se comunicam para garantir “ajuda” ao paciente. No entanto, a entrevistada considera que as famílias impedem que se alcance “mais resultados positivos”:

Paloma: *É... sinto que existe uma situação em que o paciente necessita de um auxílio, tanto psicológico, como psiquiatra, como do fisioterapeuta, ou até mesmo do nutricionista... acaba que o agente de saúde passa pra gente e de acordo com o que a gente vê... o que o paciente necessita a gente acaba se comunicando, há uma comunicação, entre o médico, entre os enfermeiros, entre a gente do NASF... entre os próprios agente de saúde. Acho que é uma comunicação boa. Assim... interessante e que é o jeito como a gente ajuda o paciente. Claro, se a família ajudasse mais, eu acho que o resultado seria melhor, entendeu? Teriam mais resultados positivos se a família ajudasse, claro que tem umas famílias que ficam por perto, cuidam bem do paciente, tratam super bem, que dão o remédio na hora, que se preocupa, que quando vê que não tá fazendo efeito traz o paciente ou eles mesmo informam o agente de saúde, gostam de passar lá pro médico, mas, né... que não são todas as famílias, são raras as famílias que se preocupam com essa parte. E a questão que eu acho mesmo da saúde mental é a questão do idoso. A família se preocupa muito em receber o benefício do idoso, em receber o benefício do paciente, e não em tratar o paciente como gente, que muitas vezes eles não são tratados como gente... (34 anos, fisioterapeuta, 03 anos de atuação na atenção básica).*

Essa entrevistada inicia seu relato descrevendo a “comunicação” entre os profissionais com o intuito de demonstrar que diversos profissionais se articulam para garantir o “auxílio” de que o usuário necessita. Ela avalia que há uma “comunicação boa” e afirma que, se

houvesse mais contribuição por parte das famílias, “o resultado seria melhor”. Em seu relato, a entrevistada produz uma distinção entre dois tipos de família. Assim, afirma a existência de famílias que “ficam por perto, cuidam bem do paciente, tratam super bem, que dão o remédio na hora, que se preocupa”, e de famílias que não fazem isso. Ressalta-se, mais uma vez, uma ênfase no tratamento medicamentoso.

Para Paloma, “são raras as famílias que se preocupam” e, portanto, contribuem para a produção dos cuidados em saúde mental. De seu relato, emerge, também, uma analogia entre pessoas em sofrimento psíquico e pessoas idosas. Segundo a entrevistada, muitas famílias estão preocupadas “em receber o benefício do idoso, em receber o benefício do paciente” e não em tratá-los “como gente”. Dessa forma, posiciona a família como um entrave ao desenvolvimento da assistência, e o usuário como um sujeito que recebe um tratamento “desumano”: “A família se preocupa muito em receber o benefício do idoso, em receber o benefício do paciente, e não em tratar o paciente como gente, que muitas vezes eles não são tratados como gente...”.

Outros profissionais entrevistados avaliam a atuação apontando dificuldades relacionadas ao próprio usuário em sua condição de sofrimento psíquico. Pedrita e Tereza os posicionam como resistentes, difíceis:

Pedrita: *Eu acho que assim... que pra o dentista, isso ainda é bem... é bem complicado assim... até porque na faculdade a gente não tem tanto... tantos pacientes. A gente não recebe tantos pacientes desse... desse padrão, desse tipo pra atender. Normalmente, por exemplo, na minha faculdade isso já é caso pra especialização.*

Entrevistadora: *Caso pra especialização?*

Pedrita: *É. São pacientes pra especialização em odontopediatria, que atende mais os pacientes especiais, entendesse? Aí assim... a gente ainda sente aqui, realmente, muita resistência dos pacientes de quererem fazer o procedimento e de deixarem e da família vir trazer. Às vezes a gente vai na casa de alguns deles, na visita e a gente diz: “Oh, leva ele pra lá. Ele tá precisando fazer isso... uma limpeza... qualquer coisa.” “Ah tá. A gente leva.” Mas... não chega. Não chega (27 anos, odontóloga, 01 ano e 06 meses de atuação na atenção básica).*

Tereza: *Assim... é difícil a gente lidar com pessoas... eu, técnica de enfermagem, assim... é difícil a gente lidar com essas pessoas porque não é todo dia que a gente vê essa situação. Não é todo dia. Mas, sempre que... tem... assim... eu moro na localidade e tem muita gente que faz o uso. Aí assim... eu já vejo mais ou menos. Já tenho noção mais ou menos de como lidar com a situação. Não... é... respeitar sempre a vontade do paciente, né? Porque tem paciente que vai chegar aqui... mesmo que ele esteja alterado, falando muito, é... ou agressivo, você tem que procurar uma maneira de lidar com aquela situação e você... é... se proteger também, que muitas vezes esse pessoal num sabe, né? Não tá em si. Não sabe o que tá fazendo. Então a gente, como profissional, a gente tem que... também tem que se proteger. Se a gente puder amenizar a situação, a gente vai. Se a gente... vê que tá... se a gente vê que pode se*

prejudicar... tenta ajudar de outra maneira. Com uma conversa... de longe mesmo. O que a gente puder fazer... é difícil, né? Uma pessoa que tá em surto da gente chegar lá e tentar acalmar, mas assim... o que a gente puder fazer, a gente faz (35 anos, técnica em enfermagem, 04 anos de atuação na atenção básica).

Importa destacar que Pedrita, parece evitar nomear os usuários e, assim, utiliza as expressões “desse padrão”, “desse tipo”, que funcionam, em seu relato, como uma forma de amenizar aquilo que está dizendo. Ainda, nessa perspectiva, ela utiliza a expressão “paciente especial”, utilizada, geralmente, como eufemismo para referir-se a pessoas com deficiência. Em seu relato sobre a atuação junto a esses usuários, ela afirma que “pra o dentista, isso ainda é bem... é bem complicado” e busca respaldo em sua formação acadêmica. Ao dizer que, “na faculdade” não atendeu “pacientes... desse padrão, desse tipo”, pois eles são “caso para especialização”, a entrevistada se posiciona como alguém que não possui a formação adequada para atendê-los. Interessa observar que, ao falar sobre o trabalho, ela aponta como dificuldade a “resistência dos pacientes de quererem fazer o procedimento e de deixarem e da família vir trazer.” Pedrita recorre à utilização do discurso direto para demonstrar disponibilidade para o atendimento, mas o usuário “não chega”. Assim, o relato é construído de maneira a produzir uma distribuição ou mesmo um deslocamento da responsabilidade pelo não atendimento. Desse modo, Pedrita avalia que sua atuação é dificultada, por um lado, pelo fato de ela não ser especializada para atender usuários em sofrimento psíquico e, por outro, pela resistência de usuários e familiares.

Tereza inicia seu relato com a afirmação de que para ela, “técnica de enfermagem”, é “difícil... lidar” com pessoas em sofrimento psíquico. Seu posicionamento a afasta de um cotidiano de “lida” com essa demanda: “não é todo dia que a gente vê (...) Não é todo dia.” Mesmo assim, ela busca garantir à sua interlocutora que a experiência na comunidade lhe proporciona “uma noção mais ou menos de como lidar com a situação.”. Cumpre salientar que ela constrói seu relato referindo-se à pessoa que “Não tá em si. Não sabe o que tá fazendo.”, assim, avalia que a atuação junto a esse usuário em surto tem como objetivo “amenizar a situação”, mas sem colocar o profissional em risco. Tal formulação sugere uma ideia de periculosidade do usuário em sofrimento psíquico na medida em que o posiciona como uma pessoa que pode “prejudicar” os profissionais que tentam ajudá-lo. Esses relatos denunciam a falta de capacitação desses profissionais para lidar com as demandas da saúde mental.

Já Adolfo avalia a limitação de recursos e a “adesão do paciente” ao tratamento como dificuldades para o desenvolvimento da assistência em saúde mental na atenção básica:

Adolfo: *A gente convive, infelizmente, com recurso um pouquinho... abaixo do que seria ideal. É... segundo, às vezes é a adesão do paciente. Por mais que ele precise, a gente não consegue fazer com que... com que ele venha para o posto ou que ele tenha o interesse em participar de programas e seguir uma coisa continuada. Ele até vem uma vez, mas não consegue continuidade. Apesar da gente avisar... essa comunicação de retorno... às vezes dificulta pra gente. Seriam os dois principais empecilhos que a gente tem.*

Entrevistadora: *Recursos e adesão?*

Adolfo: *E adesão. Isso.*

Entrevistadora: *Como assim?*

Adolfo: *Às vezes porque os pacientes não entendem a importância de voltar. Às vezes eles acham que vão pra casa, tem a medicação dele... ou se sente... ou se sente bem e acham que não tem o porquê em voltar... o porquê de conversar com o grupo, conversar com médico, com a enfermeira, com o psicólogo. Ele acha que só aquela medicação tá resolvendo... ou então foi no médico uma vez, conversou um pouquinho, que não precisa mais, entendeu? Seria mais ou menos isso (26 anos, médico, 08 meses de atuação na atenção básica).*

Apesar de iniciar seu relato citando a convivência “com recurso um pouquinho... abaixo do que seria ideal”, Adolfo discorre com maior ênfase sobre a falta da adesão do usuário ao tratamento. Utilizando a terceira pessoa do plural, ele afirma que os profissionais não conseguem despertar “o interesse” do usuário “em participar de programas e seguir uma coisa continuada”. Há, nesse relato, a construção de um cenário em que a assistência em saúde mental não está limitada ao tratamento medicamentoso. Em contraposição, estão usuários que “precisam”, mas que “não entendem a importância de voltar”. Nesse sentido, Adolfo responsabiliza o usuário pelo que chama de “comunicação de retorno”. Para o entrevistado, o “paciente” é atendido uma vez e não volta porque acha que a “medicação tá resolvendo”.

Nessa direção, Laura afirma que o usuário “não se interessa” em participar de atividades realizadas “pra saúde mental”, como podemos observar a seguir:

Laura: *Olha... eu acho assim... a dificuldade que eu tenho é... nem tanto dificuldade... é porque eles... eles mesmo não se interessa... eu acho assim.*

Entrevistadora: *Eles mesmos não se interessam?*

Laura: *O usuário. Porque a gente faz uma palestra aqui... olhe... pra saúde mental... eu mesmo tenho um monte, é vinte e poucos. Aparece cinco, seis, sete... dez... é de dez pra trás. Junta o meu e o de [diz o nome de outra agente comunitária de saúde] dá vinte pessoas, vinte e duas pessoas... eu acho assim... é falta de interesse deles. Do... do... do usuário mesmo. Por falta de aviso não é que a gente tá sempre no pé deles avisando tudinho... “Vamos pra uma palestra... saúde mental... uma palestra não sei de que”. Quando cheguei aqui... aquele tiquinho. Porque eu acho que... se tem quarenta pessoas, pelo menos uns trinta devia... devia comparecer, né? Aí eu... eu acho assim... é falta de interesse do usuário mesmo. Agora pra chamar atenção*

deles... tem que ser uma coisa pra chamar atenção deles... [ênfase] daquelas pessoas, sabe? Pra poder eles vim naquela.

Entrevistadora: *Tem que chamar atenção?*

Laura: *Às vezes quando comparece uma reunião, na segunda reunião já tem mais pouco, num é? Eu acho que é falta de interesse do usuário mesmo... é falta de interesse deles... deles mesmo... próprio (45 anos, agente comunitária de saúde, 25 anos de atuação na atenção básica).*

Laura, em seu relato, avalia que os usuários em sofrimento psíquico não demonstram interesse pelas atividades. A entrevistada repete, precisamente, quatro vezes, que falta “interesse” por parte do usuário, o que é reforçado no seguinte trecho: “Por falta de aviso não é que a gente tá sempre no pé deles avisando tudinho... “Vamos pra uma palestra... saúde mental... uma palestra não sei de que.” Quando cheguei aqui... aquele tiquinho. Porque eu acho que... se tem quarenta pessoas, pelo menos uns trinta devia... devia comparecer, né?”. Cabe destacar, também, a recorrência ao uso do discurso direto, certamente, com o objetivo de atribuir maior veracidade à sua versão. No entanto, algo escapa. Por um momento, Laura ameniza a responsabilidade do usuário e, enfática, argumenta que “tem que ser uma coisa pra chamar atenção deles”. Em seguida, a condição apresentada é suplantada por uma intensificação da responsabilidade do usuário, “falta de interesse deles... deles mesmo... próprio”. Assim, trata-se de um relato que, ao reforçar que a dificuldade é do usuário e não da equipe, privilegia o grupo do qual a entrevistada faz parte, os profissionais: “Olha... eu acho assim... a dificuldade que eu tenho é... nem tanto dificuldade... é porque eles... eles mesmo não se interessa... eu acho assim”.

A questão do “desinteresse” enquanto uma dificuldade para o desenvolvimento de ações em saúde mental aparece nas falas de outros profissionais, no entanto, relacionada aos profissionais. A falta de “empenho” desses atores é citada por Luana, abaixo:

Entrevistadora: *E, pra você, quais são os principais impasses e dificuldades pra implantação de ações de saúde mental na atenção básica?*

Luana: *E eu sei... falta mais empenho, né?*

Entrevistadora: *Mais empenho?*

Luana: *É... dos profissionais.*

Entrevistadora: *Dos profissionais?*

Luana: *Eu acho... estimular mais essas pessoas, que tivesse mais palestra... sei lá... que se preocupasse mais. Um profissional bom. [ênfase] Como eles tem preferência, né? Pela psicóloga... porque eles sabe o que é melhor.*

Entrevistadora: *Sabem o que é melhor?*

Luana: *Mais empenho e profissional que queira trabalhar mesmo... e incentive e forme grupo. Eu acho que precisa disso. Mais empenho... assim... a frequentar palestra, assim... ter mais liberdade de conversar. Tem muitos que... em casa, o... a família, às vezes, num dá importância ao que eles conversa e se eles tivesse, assim...*

um lugar... com profissionais bom, palestra. Isso ajudaria... com certeza. Falta incentivo... tem profissional que tá ali só por... só por trabalhar mesmo... por tá... por... pra ganhar aquele salário. Mas, num vejo... assim... motivação, vontade... não.

Entrevistadora: *Motivação, vontade?*

Luana: *Por parte do profissional pra incentivar... formar um grupo, incentivar aquelas.. aqueles paciente, conversar... pra eles se abrirem, conversar... que tenha mesmo um... motivação (44 anos, agente comunitária de saúde, 25 anos de atuação na atenção básica).*

Luana atribui ao profissional a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações em saúde mental na atenção básica. Para a entrevistada, o profissional deve, além de promover “palestras” e “formar um grupo”, “estimular” e “incentivar” a participação dos usuários nessas atividades. Para isso, é preciso um “profissional bom”. Cumpre observar que a entrevistada introduz o usuário em seu relato, posicionando-o como um ator que “tem preferência” e “sabe o que é melhor”. Destarte, Luana constrói a ideia de que a participação dos usuários depende da avaliação que fazem sobre o profissional, no caso, sobre a psicóloga. Há, nesse relato, a construção de uma avaliação de que o trabalho desses bons profissionais “ajudaria... com certeza”. No entanto, Luana descreve o que vê de maneira completamente oposta: “profissional que tá ali só por... só por trabalhar mesmo... por tá... por... pra ganhar aquele salário. Mas, num vejo... assim... motivação, vontade... não.”. Nesse sentido, posiciona os profissionais em atuação como desmotivados, que não se empenham o suficiente para “formar um grupo, incentivar aquelas... aqueles paciente, conversar... pra eles se abrirem, conversar...”.

Outros profissionais entrevistados apontam dificuldades de ordem técnico-assistencial para o desenvolvimento da assistência em saúde mental. Esses entrevistados avaliam que a realização de um trabalho de melhor qualidade requer um suporte, que seria dado por profissionais e serviços especializados.

Luna: *Certo. Bom, nós trabalhamos aqui na unidade do [diz o nome da comunidade], que é uma unidade enorme. Temos mais de mil e vinte famílias para dar... assistência... completa de criança, idoso, gestante... enfim, saúde mental. Então, eu acho que... assim, quanto... saúde mental a gente fica muito aquém. Aquém do... do... do que eles realmente precisam, entendeu? Porque eu não posso fazer tudo só... não tenho como fazer um trabalho sem o psicólogo, sem... o psiquiatra é... é aquele a... a nível ambulatorial mesmo [ênfase] que também acho que é só mais... pra pegar... passar medicação. A gente não tem um... um local, não tem uma clínica ou... eu não digo nem clínica, tipo um CAPS mesmo, que era pra... ter profissionais pra gente... fazer uma terapia de grupo com esse pessoal. A gente fica muito aquém, entendeu? A realidade é... é complicada porque assim... tem muitos pacientes pela própria realidade, pela situação... são pa... pessoas carentes, são pessoas que... não tem estrutura familiar, então realmente acaba... afetando a... mentalmente eles. Aí a gente*

fica sem muito... com que trabalhar. O que a gente pode fazer é... já tão com a medicação? Já. Uma conversa, uma coisa... mas nada... assim que... que faça muita diferença, entendeu? Eu acho assim. Não acho que faça muita diferen... Nada tão relevante (43 anos, enfermeira, 16 anos de atuação na atenção básica).

Luna inicia seu relato dizendo de onde fala, “uma unidade enorme (...) mais de mil e vinte famílias para dar... assistência... completa de criança, idoso, gestante... enfim, saúde mental.” É desse lugar que parte a entrevistada para argumentar, hesitante, que não pode “fazer tudo só...”. Para ela, o psiquiatra “é só (...) passar medicação” e falta psicólogo e um “local (...) tipo um CAPS”. Dessa forma, Luna aponta limites na forma como está organizada a assistência em saúde mental no município, denunciando a ausência de recursos humanos e institucionais.

Além disso, em seu relato, a entrevistada em questão sugere uma compreensão mais ampliada acerca do sofrimento psíquico, como se observa no seguinte trecho: “A realidade é... é complicada porque assim... tem muitos pacientes pela própria realidade, pela situação... são pa... pessoas carentes, são pessoas que... não tem estrutura familiar, então realmente acaba... afetando a... mentalmente eles.”. Nesse sentido, Luna constrói uma compreensão que se aproxima das discussões sobre contexto social e sofrimento psíquico. Seu questionamento é reafirmado no seguinte trecho: “O que a gente pode fazer é... já tão com a medicação? Já. Uma conversa, uma coisa... mas nada... assim que... que faça muita diferença, entendeu? Eu acho assim. Não acho que faça muita diferen... Nada tão relevante.”. No entanto, cabe ressaltar, que seu relato circunscreve à saúde mental um saber e espaço especializados: “clínica”, “psiquiatra”, “CAPS”.

Nessa direção, outros profissionais, como podemos observar no relato de Pedro, abaixo transcrito, consideram que a saúde mental não tem espaço na agenda da atenção básica.

Pedro: *Só que tem muita coisa que você como médico ou como sistema de saúde, você poderia fazer e a gente não... é... o município não está fazendo.*

Entrevistadora: *O município não está fazendo?*

Pedro: *Porque estamos priorizando, possivelmente, outros tipos de doença e não estamos dando prioridade a doenças psiquiátricas. São muito, muito, muito... se a gente vai... analisar o problema da saúde mental num município de pequeno porte são muitas coisas que você poderia fazer e que você não faz. Se não temos um psicólogo no município, não temos um psiquiatra é porque, possivelmente, os gestores não estão vendo isso como uma prioridade e estamos priorizando, por exemplo, doenças crônicas não transmissíveis. Hipertensão, diabetes, infarto, AVC. Estamos priorizando, possivelmente, é... o programa materno e infantil... crianças, Mãe Coruja [Programa da Secretaria Estadual de Saúde/PE para acompanhamento de gestantes, puérperas, bebês e crianças durante a primeira infância] é... atenção... é...*

atendimento pré-natal, é... atendimento de puericultura, mas gerando... o que estamos vendo é que também esta questão da saúde mental também é um problema. Se você não prioriza, esse problema não vai ser eliminado, não vai ser minimizado, vai crescer, vai aumentar. Vai chegar um momento em que a maior quantidade de pacientes do município vai ter doenças mentais e não crônicas não transmissíveis. É o que eu vejo (35 anos, médico, 10 anos de atuação na atenção básica).

Pedro inicia seu relato com a afirmação de que há muita coisa que pode ser feita “como médico ou como sistema de saúde” e constrói o contraponto a essa afirmação com hesitação “a gente não... é... o município não está fazendo (...) estamos priorizando, possivelmente, outros tipos de doença e não estamos dando prioridade a doenças psiquiátricas”. O entrevistado hesita ao se colocar como sujeito da ação e, nos momentos em que se coloca utiliza a terceira pessoa do plural: “estamos priorizando”, “estamos vendo”. Certamente, esse recurso discursivo é utilizado para coletivizar as ações. Ainda, nesse sentido, cabe destacar, o uso do termo “possivelmente” na construção desse relato: “estamos priorizando, possivelmente, outros tipos de doença e não estamos dando prioridade a doenças psiquiátricas. (...) Se não temos um psicólogo no município, não temos um psiquiatra é porque, possivelmente, os gestores não estão vendo isso como uma prioridade.”. Com isso, o entrevistado o insere no campo das possibilidades e permite a submissão de suas afirmações a revisões. Pedro, ao nomear o sofrimento psíquico como “doença psiquiátrica”, “doença mental”, o insere no campo biomédico. Trata-se, portanto, de “um problema” como as “doenças crônicas não transmissíveis” e deve ser tratado como tal.

Questionados sobre quais recursos podem ser acessados no território para produzir cuidado em saúde mental, alguns profissionais entrevistados retomaram tópicos abordados no capítulo anterior que discute como a atenção básica recebe e atende a demanda em saúde mental. No entanto, outros responderam a essa pergunta construindo relatos sobre como “deveria ser” a assistência em saúde mental na atenção básica e, portanto, sobre quais eram as suas expectativas.

Pedro, abaixo, afirma que o serviço “não tem muitos recursos”. No entanto, considera que é possível e preciso fomentar espaços onde o usuário possa “se manifestar”.

Pedro: *Olha, na comunidade onde eu estou... é uma comunidade pequena, distante daqui do... do... do centro da cidade, não tem muitos recursos, mas eu acho que para você fazer alguma atividade, assim, com... com... pacientes, às vezes não precisamos de muito. Realmente é... o espaço existe, que é a mesma... o mesmo do posto de saúde. É só combinar com eles. (...) Só... a gente precisa de conseguir mobilizar esse paciente para que ele participe. (...) Às vezes a gente se limita só ao trabalho. A renovar uma receita ou a indicar exames, mas esta coisa assim de... de... de reunir o paciente, de conversar... às vezes você não precisa indicar o remédio... não indica...*

não precisa indicar um medicamento específico para uma doença [inaudível]. A única coisa que você precisa é de reunir e conversar. Aí você vai ver o que eles têm que falar [ênfase], você vai aprender com eles e eles vão aprender com você. É uma coisa que preconiza o Ministério da Saúde. A palestra não deve ser de um lado para outro, você como ente ativo e ele como ente passivo, que só está escutando. A palestra devem ser eles falando, expondo as suas experiências pessoais e, em base a isso, você vai ver o que está errado e o que está certo. Só que muitas vezes não é feito porque não damos o espaço para o usuário para ele se manifestar. Você faz uma palestra e você pergunta: “Vocês entenderam?” E todo mundo assim [faz sinal afirmativo com movimento de cabeça] Mas no final, quando voltam pra casa, continuam fazendo a coisa de forma errada. O que está faltando? Você dar oportunidade para eles... para ele falar. Se eles não fazem isso, você nunca vai conseguir modificar os fatores de risco da comunidade (35 anos, médico, 10 anos de atuação na atenção básica).

Pedro inicia sua fala colocando que está numa “comunidade pequena, distante (...) do centro da cidade”, que “não tem muitos recursos”. Buscando amenizar sua descrição, logo em seguida, ele diz achar “que para você fazer alguma atividade” com os “pacientes”, às vezes, não é preciso “muito”. Assim, o espaço do posto de saúde, é inserido em seu relato, como um recurso disponível para o desenvolvimento de atividades com os usuários em sofrimento psíquico. No entanto, afirma que é preciso mobilizar o “paciente para que ele participe”. Para o entrevistado, às vezes, não é preciso “indicar o remédio”, mas “reunir e conversar”. Dessa forma, ele coloca que é possível não se limitar “a renovar uma receita ou a indicar exames”. Para Pedro, trata-se de criar uma maneira de ouvir o usuário, constituindo um momento de aprendizagem mútua. Ele traz, em seu relato, uma ideia de palestra – recurso bastante citado pelos profissionais entrevistados –, que está pautada pela dialogia em contraposição à utilização que vem sendo feita desse instrumento. Pedro busca respaldar seu posicionamento com a afirmação de que o Ministério da Saúde preconiza que, nas palestras, os usuários devem falar, “expondo as suas experiências pessoais”. Cabe ao profissional, então, “ver o que está errado e o que está certo.”. É preciso atentar para o fato de que o entrevistado posiciona o profissional como detentor de um saber, um avaliador daquilo que o usuário fala. Essa posição é reforçada quando ele afirma que falta “dar oportunidade” para o usuário falar. Nesse relato, a fala do usuário é colocada como um subsídio para o trabalho dos profissionais. Se ele não se manifesta, não vai ser possível “modificar os fatores de risco da comunidade”. Ao invocar o risco, ele admite ser possível “calcular” a probabilidade de ocorrência de sofrimento psíquico na comunidade objetivando sua prevenção. Desse modo, Pedro insere o sofrimento psíquico numa lógica preventivista.

Outros profissionais consideram que a formação de grupos, cujas atividades sejam desenvolvidas com foco na saúde mental é algo que deveria acontecer no município. Vejamos

a seguir:

Adauto: *No município de Casinhas [pausa] ao meu ver... recursos, eu acho que... é... fixar grupos... nas comunidades... com palestras, oficinas... com... pacientes que... não só pacientes que... que são identificados que precisam de ajuda, como a população em geral, aquele... um público-alvo [ênfase] e também um público de risco, que pode é... acarretar algum transtorno... tardiamente. E... também... é... esse... que esses grupos sejam frequentes, que não se percam. No caso, por exemplo, a equipe do NASF, ela sempre trabalha com o grupo de fisioterapia, tinha o grupo de educação física, tem os grupos de nutrição. Do mesmo jeito seria... a Psicologia. O... o... manter grupos nas comunidades, com oficinas, palestras pra trabalhar esse tema de atenção... de... de... saúde mental. Ao meu ver é isso que tá precisando e isso que faria com que a saúde mental fosse mais presente... na população... enquanto prevenção.*

Entrevistadora: *Enquanto prevenção?*

Adauto: *Seria isso. Não só o cuidar já... com... com o psi... psiquiatra... e a procura com um psicólogo, uma consulta. (...) A gente tem que trabalhar com a promoção... do que com o paciente já sequelado com algum trans... transtorno. O que eu sempre friso [ênfase]... frente ao... à Atenção Básica é que sempre trabalhe com promoção... do que trabalhar... depois quando tiver com já algum transtorno (24 anos, enfermeiro, 02 meses de atuação na atenção básica).*

Entrevistadora: *Na produção do cuidado em saúde mental, quais recursos você acha que podem ser acessados nesse território?*

Tereza: *Aí eu acho que assim... é... é difícil porque assim... deveria ter um grupo, eles deveria ser mais assim... ter o grupo, ter... como eu disse, a participação de psicólogo, psiquiatra, de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem. Assim... um grupo, sabe? Pra gente ir no foco [ênfase] e tentar ajudar essas pessoas da melhor maneira possível. Que eles precisam muito, num é? Fazer... formar alguma turma, fazer algum artesanato, alguma coisa, assim... pra ocupar o espaço deles, num é? Pra não ficar muito... só comer e dormir. Ter uma ocupação. Por exemplo, ter um... um grupo de tarde aí fazer é... alguma coisa, um artesanato pra ajudar eles. Eu acho que seria bom.*

Entrevistadora: *Seria bom?*

Tereza: *Trabalhar... trabalhava mais, assim, a mente deles, né? E eles ficariam... assim... eles ia botar em mente que... tava sendo... tava tendo utilidade ainda, né? Porque na maioria das vezes é... eu acho que, na maioria... alguns, eles pensam desse jeito, né? Que perdeu o equilíbrio perdeu tudo, num é? (35 anos, técnica em enfermagem, 04 anos de atuação na atenção básica).*

Adauto constrói seu relato como uma versão sujeita a relativizações, transmitindo à sua interlocutora que se trata da sua visão (que pode não ser compartilhada por outros) ao utilizar a expressão “ao meu ver” em diferentes momentos. Para ele, os grupos “com palestras, oficinas” teriam a participação de um público-alvo e um “público de risco que pode é... acarretar algum transtorno... tardiamente.”. Dessa forma, traz a questão da prevenção. Adauto demonstra uma preocupação com a continuidade do trabalho desses grupos ao empregar os verbos “fixar”, “manter” e afirma, explicitamente, a necessidade de que “sejam

frequentes, que não se percam”. Seu relato, ao destacar que um trabalho dessa natureza já vem sendo realizado pela equipe do NASF, apresenta os grupos como uma possibilidade factível para abordar questões relativas à saúde mental “enquanto prevenção”. Ao sugerir que a “atenção básica sempre trabalhe com promoção... do que trabalhar... depois quando tiver com já algum transtorno. (...) sair da zona de conforto”, esse entrevistado indica, sutilmente, que não é isso que acontece no município.

O relato de Tereza também traz o grupo como um recurso que deveria ser explorado na atenção básica, porém algo difícil de ser concretizado. Numa perspectiva diferente, ela considera que se deve “ir no foco” para o usuário “não ficar muito... só comer e dormir. Ter uma ocupação.”. Cabe destacar que o usuário é posicionado como alguém que precisa de ajuda, precisa ocupar-se, precisa “trabalhar a mente” para achar que ainda tem “utilidade”. É interessante observar que Tereza, certamente, para legitimar seu relato recorre ao que, segunda ela, é um pensamento dos usuários: “eu acho que, na maioria... alguns, eles pensam desse jeito, né? Que perdeu o equilíbrio perdeu tudo, num é?”.

Já Laura e Paloma, em seus relatos citados abaixo, constroem expectativas sobre a saúde mental na atenção básica que envolvem a figura do psiquiatra. Essas entrevistadas consideram que ele deveria estar mais próximo do usuário.

Laura: *Nessa área... eu achava importante assim... se, por exemplo, o psiquiatra pudesse [ênfase] pelo menos de vez em quando, uma vez por mês... uma vez de dois em dois meses... três em três meses é... pudesse vir numa unidade dessa, né? Pra poder reunir aqueles... aquele é... aqueles paciente todinho... os mental todinho e... passasse receita... tudinho, eu achava importante assim... porque tem uns que... pra levar já lá pra Casinhas já é uma dificuldade... já grande. Tem uns que pra gente levar... (...) Eu acharia muito bom se... eles pudesse ficar aparecendo assim na... na unidade de saúde assim... pelo menos... três em três meses, né? É um projeto que... se viesse era muito bom. Era... pra renovar a medicação dele, a receita deles (45 anos, agente comunitária de saúde, 25 anos de atuação na atenção básica).*

Paloma: *Eu acho... eu acho que essa questão de, por exemplo, ter sempre um psiquiatra no hospital é importante, como ter um psiquiatra que vá aos domicílios.*

Entrevistadora: *Que vá aos domicílios?*

Paloma: *Que vá aos domicílios... E não só... por exemplo, porque, vai o médico do posto, renova receita, tudo mais... mas eu acho que deveria ter um acompanhamento maior em relação a um psiquiatra para os pacientes, entendeu? Já que é uma demanda muito grande no município (34 anos, fisioterapeuta, 03 anos de atuação na atenção básica).*

Laura “achava” importante que a consulta psiquiátrica “pudesse” ser realizada, periodicamente, na própria UBS. Ela considera que, para alguns usuários, o deslocamento da comunidade até a sede do município é uma dificuldade. Cabe observar que, segundo a

entrevistada, o médico viria à unidade para “renovar a medicação”. Diferentemente, Paloma considera que, a renovação de receita não é suficiente, deveria haver “um acompanhamento maior” em domicílio. Guardada essa distinção, os relatos reforçam uma abordagem do sofrimento psíquico baseada no modelo médico a partir da reivindicação por atendimento psiquiátrico na atenção básica. Ainda sobre esse aspecto, cumpre ressaltar que tal reivindicação não envolve a possibilidade de desenvolvimento de ações mais abrangentes, interdisciplinares, territorializadas, pelo contrário, está pautada no atendimento individual e medicamentoso.

Tereza e Paloma incluem também a família e os profissionais nas intervenções que deveriam ser desenvolvidas no âmbito da atenção, como podemos observar nos trechos que se seguem:

Tereza: *É... e também... conversar com a família porque chega um determinado tempo que a família... perde a noção.*

Entrevistadora: *A família perde a noção?*

Tereza: *Perde a noção, assim... na maioria da vezes... eu já me deparei com pessoas que dizia: “Eu não aguento mais. Vou deixar de lado.” Entendeu? Aí fica difícil. Então quer dizer que o lado emocional daquele parente já tá se desgastando. Então eu acho que tinha que... até então, eles também precisa do acompanhamento. Não de medicação, mas assim... de uma boa conversa. De ter um psicólogo. De ter uma pessoa ali apoiando, né? Pra escutar que a gente sabe que não é fácil, num é? Você lidar com pessoas é... nesse... como é que eu posso... que faz uso da medicação, que tá em surto é difícil. Tanto pra gente que tá de fora como... a família. Aí... quanto a isso, no todo, devia ter um acompanhamento. No caso... a gente da área... é... a gente devia ter também... eu acho, no meu ponto de vista, que a gente deveria ter... como eu posso falar? Ter assim... um... um curso, um acompanhamento. Alguma coisa pra gente... assim... qualquer situação dessa, a gente saber como lidar, num é? Ter assim... uma conversa com psicólogo, um acompanhamento e uma coisa e outra porque assim... dependendo da situação que chegar, a gente tem como, mais ou menos, lidar, num é? Com o paciente, com a pessoa. Porque... é difícil, né? (35 anos, técnica em enfermagem, 04 anos de atuação na atenção básica).*

Paloma: *(...) é importante o agente de saúde tá preparado pra conservar, né? Esse caso, já que tem um contato maior com a comunidade e observar do que precisa também esse paciente, de botar pressão nesse paciente pra que possa ser acionado os cuidados necessários ou o profissional necessário. Eu acho que ele deveria tá mais preparado pra isso, entendeu? Acho que deveria o agente de saúde ter capacitação nesse sentido. Eu sei que é difícil, diante da família, você fazer tudo por esse paciente, mas pelo menos o agente de saúde já que tem uma frequência maior naquela casa, ele tentar observar o que tá precisando, o paciente... acionar o médico, acionar os agentes do NASF, ou até mesmo acionar o... o CRAS... a assistência social porque em muitos casos é necessário acionar isso. (...) Então eu acho que assim... também precisa de um preparo maior pra... assim, saber abordar essa família e o que fazer em relação a isso, saber como conversar com a família. Porque muitas vezes a família também não aceita, né? Ou acha “Ah, não tem mais jeito mesmo, pra que tá se*

preocupando? Dá o remédio e pronto, acabou-se.” Então muito... de certa forma de saber como abordar essa família, como chegar pra essa família e explicar, é feito o caso do idoso que a família acha “Ah, não serve mais pra nada mesmo e deixa pra lá” É o mesmo caso assim, eu acho que falta mais preparo nesse sentido de como chegar a família, como abordar a família (34 anos, fisioterapeuta, 03 anos de atuação na atenção básica).

Tereza inicia seu relato afirmando que é preciso “conversar com a família”, pois ela “perde a noção” num determinado momento. Certamente, para legitimar seu relato, ela recorre ao uso do discurso direto (“Eu não aguento mais. Vou deixar de lado.”) para argumentar que o “parente” sofre um desgaste “emocional” em virtude das dificuldades para lidar com pessoas em “uso da medicação”, “em surto”. Desse modo, posiciona os familiares como pessoas que precisam de “conversa”, “psicólogo”, de “uma pessoa ali apoiando”, de escuta. Buscando reforçar seu argumento, Tereza se posiciona como alguém que também sente essa dificuldade: “tanto pra gente que tá de fora como... a família”. Destarte, ela passa a sustentar que há a necessidade de “um curso, um acompanhamento. Alguma coisa” para sua categoria (profissionais) “saber como lidar (...) com o paciente, com a pessoa”. Diferentemente do momento em que se refere à necessidade das famílias, Tereza relativiza seu posicionamento em relação aos profissionais quando explicita à sua interlocutora que se trata de um “ponto de vista” e, portanto, sujeito a questionamentos, revisões. Seu relato produz, por um lado, a ideia de que no município não se desenvolvem práticas no sentido de proporcionar apoio e suporte às famílias, e, por outro, de que não há oferta de capacitação para os profissionais.

Para Paloma, os agentes comunitários de saúde devem ser capacitados, pois são os profissionais que têm “um contato maior com a comunidade”. Cabe destacar, no relato da entrevistada, um posicionamento do ACS como um profissional que deve “observar” o que o usuário precisa e “acionar” os profissionais e serviços necessários. Salientamos o uso da expressão “botar pressão” sugerindo uma intensificação da vigília e uma cobrança por parte desse profissional para garantir os cuidados ao usuário em sofrimento psíquico. Nesse sentido, ela atribui responsabilidades ao ACS de modo exacerbado.

É interessante observar que, logo em seguida, ela minimiza tal atribuição ao posicionar a família como um obstáculo: “sei que é difícil, diante da família, você fazer tudo por esse paciente”. Então, a partir desse posicionamento, Paloma elenca um segundo motivo para capacitar o ACS: “eu acho que assim... também precisa de um preparo maior pra... assim, saber abordar essa família e o que fazer em relação a isso, saber como conversar com a família.” Desse modo, a capacitação teria como objetivo possibilitar a transposição do obstáculo, a família. Para reforçar o posicionamento da família como obstáculo, ela introduz a

voz dos familiares de forma direta: “Ah, não tem mais jeito mesmo, pra que tá se preocupando? Dá o remédio e pronto, acabou-se.”.

Outros profissionais, como Adolfo e Pedro, abaixo citados, constroem suas expectativas argumentando em favor de atuação conjunta de diversos atores no que se refere à saúde mental.

Pedro: *Deveria ser aprimorada. (...) Psicólogo, psiquiatra, é... médico do... do PSF, equipe de saúde para tentar identificar esse caso e, entre todos juntos, é... propor alguma... resposta para dar solução a este problema. É como se fosse uma reunião... bipartite ou tripartite, gestores, atenção básica e... e saúde mental. Se todo mundo fala a mesma língua, todo mundo vai se entender e vamos conseguir identificar problemas ou aprimorar essa... esse sistema de informação para que todo mundo explique o que está acontecendo para dar uma resposta certa para um caso determinado. (...) Se isso acontecesse eu acho que muitos dos casos que, atualmente, isso... esse consumo excessivo, exagerado de antipsicóticos e de... antidepressivos, tantos medicamentos de... de... de... uso psiquiátrico desse uma diminuída. Atualmente, eu fico praticamente alarmado com tantos casos de... de pacientes que consomem benzodizepínicos, Clonazepan, Rivotril, Diazepan... eu acho que não tem necessidade disso. (...) Tem outras opções. De quem depende? Do paciente, do gestor, do município criar espaços para isso. Temos uma academia da cidade, raramente é usada. Porque não... não conhecem disso e por aí... muitos exemplos [ênfase] (35 anos, médico, 10 anos de atuação na atenção básica).*

Adolfo: *É primordial. É... imprescindível pelo número de pacientes que chegam pra gente e precisa disso... e saúde mental é um mundo, né? Na verdade... é muito complexo. Então... só o médico não resolve, tem que ser todo mundo. Tem que ser o ACS chegando junto, tem que a enfermeira que tá mais... às vezes, conhece o paciente há mais tempo do que o médico. Tem que ser a família no aporte psicológico quando... psicólogo quando indicado, psiquiatra também, quando indicado. Na verdade... é uma equipe multidisciplinar que tem que atuar... para que a gente melhore o máximo... o que o paciente sente, o que o paciente tem (26 anos, médico, 08 meses de atuação na atenção básica).*

Pedro, em seu relato, afirma que a articulação saúde mental e atenção básica no município precisa “ser aprimorada”. Segundo o entrevistado, isso passa pelo envolvimento de diversos atores trabalhando “todos juntos” para “identificar” e “propor alguma... resposta” resolutiva. Ao falar sobre o trabalho com o foco na necessidade de que todos falem “a mesma língua”, “todo mundo explique o que está acontecendo”, o entrevistado convoca ideias como horizontalidade e interdisciplinaridade no trabalho em saúde. A partir dessa perspectiva, segundo ele, pode ocorrer uma diminuição do “consumo excessivo, exagerado” de psicotrópicos no município. Dessa forma, Pedro produz a ideia de que é possível construir respostas para além da medicalização do sofrimento psíquico. Para isso, “paciente”, “gestor”, “município” tem que se envolver na criação de “espaços para isso”. Contudo, segundo Pedro,

os atores “não conhecem disso”, o que resulta na subutilização de equipamentos como, por exemplo, a Academia da Saúde, também conhecida como Academia da Cidade. Insiste-se em destacar que a implantação desses equipamentos objetiva, justamente, a ampliação de ações intersetoriais em articulação com a atenção básica.

Para Adolfo, a articulação é “primordial”, “imprescindível” dada a complexidade da saúde mental, que ele afirma ser “um mundo”. Em seu relato, o envolvimento de outros atores é necessário porque “só o médico não resolve”, é preciso uma “equipe multidisciplinar”. Cabe destacar, no entanto, o trecho: “psicólogo quando indicado, psiquiatra também, quando indicado”. Chama atenção o uso do termo “indicado”, sugerindo que esses profissionais são “convocados” para atuar em determinados casos que, supostamente, requerem intervenção psicológica e/ou psiquiátrica. Adolfo convoca a ideia de trabalho multidisciplinar/profissional para construir seu relato, entretanto, essa perspectiva de trabalho é apresentada de modo aproximado à lógica do especialismo e, assim, distante de uma concepção de trabalho em equipe que envolva a integração/diálogo entre os profissionais.

Os relatos de Pedro e Adolfo, guardadas as devidas distinções, apresentam seus autores como profissionais que consideram a importância da atuação de gestores, usuários, profissionais, familiares no que se refere à saúde mental. Além disso, produzem uma expectativa de que o aprimoramento da articulação entre esses diversos setores/atores teria efeitos positivos no que se refere à assistência em saúde mental.

Para Adauto, se houvesse o comprometimento dos profissionais com a saúde mental e a presença de psicólogo na equipe NASF, a articulação entre saúde mental e atenção básica seria mais “satisfatória”:

Adauto: *Eu acho que ainda não é satisfatória essa arti... articulação, ela tem muito a melhorar. Eu acho que o que a gente precisa pra que... que isso aconteça... muitas vezes, a maioria dos casos é... disponibilidade do profissional... em querer... ajudar... com relação... ao âmbito de saúde mental... e também que realmente exista, no caso... atualmente, não está existindo, no caso, a pessoa do psicólogo na equipe do NASF... porque tendo o psicólogo na equipe do NASF, o psicólogo vai tá mais... é... como é que eu posso explicar... ele vai tá mais aderido... à Atenção Básica e no caso essa relação atenção básica e saúde mental ao meu ver ela vai estar mais... vai haver uma união maior.*

Entrevistadora: *Uma união maior?*

Adauto: *Uma união maior. E é o caso que, infelizmente, não concordo, mas infelizmente no município a gente tá sem psicólogo na... no NASF... infelizmente a gente não... não conseguiu nesse período, após o pedido de demissão da psicóloga, mas eu acredito que... pra ter uma melhor conexão... deveria ser dessa forma (24 anos, enfermeiro, 02 meses de atuação na atenção básica).*

Esse entrevistado considera que a articulação entre saúde mental e atenção básica “ainda não é satisfatória” porque está faltando “disponibilidade do profissional” em relação à saúde mental e “psicólogo na equipe do NASF”. Aduato afirma, hesitante, a necessidade de que o referido profissional “realmente exista”. É importante destacar que, de março a dezembro de 2016, o NASF do município não contava com psicólogo em sua equipe. Aduato, nesse período, fazia parte da gestão municipal de saúde. Certamente, seu tom pausado e a procura pelo modo de “explicar” envolvem a gestão de um conflito de interesses. A presença do psicólogo na atenção básica, segundo ele, potencializaria a “relação Atenção Básica e Saúde Mental”, pois “vai haver uma união maior”. No entanto, esse profissional “não está existindo”. O entrevistado, portanto, aponta para um problema de gestão, uma vez que a contratação dos profissionais é uma atribuição do cargo que ocupa.

Já para Luiza, a existência de mais recursos financeiros possibilitaria “tentar fazer alguma coisa”, como observado abaixo:

Entrevistadora: *Pra você, quais são os principais impasses, as principais dificuldades pra inclusão de ações de saúde mental na atenção básica?*

Luiza: *Recurso. Apenas isso. Apenas recurso.*

Entrevistadora: *Apenas recurso?*

Luiza: *É. Acho que se tivesse mais alguma verba poderia até... é... secretário junto com os enfermeiros mesmo tentar fazer alguma coisa, né? Levar pelo menos uma vez um psicólogo, levar pelo menos uma vez alguma coisa pra... tentar ver o que a gente poderia fazer. Mais... mais recursos, eu acho.*

Entrevistadora: *Mais recursos? Como assim?*

Luiza: *Quando digo recursos, eu acho que é falta de verba mesmo, dinheiro mesmo, né? [ênfase] A prefeitura tentar é... tentar pelo menos trazer alguma... alguma verba, né? Pra ver se... pra saúde mental do município. Apenas isso (30 anos, enfermeira, 04 anos de atuação na atenção básica).*

Luiza, ao centrar seu relato na questão financeira, desresponsabiliza sua categoria. Cabe destacar o uso reiterado da palavra “recurso” de maneira a reforçar o seu posicionamento. Em nenhum momento, ela relativiza ou minimiza a importância que atribui aos recursos financeiros, pelo contrário, ela é categórica quando afirma que a dificuldade é “Recurso. Apenas isso. Apenas recurso.” Convém salientar que ela explicita a ausência de ações de saúde mental na atenção básica, quando diz que “se tivesse alguma verba” poderia se “tentar fazer alguma coisa”. Desse modo, condiciona à disponibilidade de recursos financeiros não apenas a realização de ações, mas a própria tentativa à existência de mais “verba”, mais “dinheiro”. Cabe atentar que, ao falar sobre o que poderia ser feito se houvesse mais verbas, Luiza traz à baila o modelo médico sugerindo uma ação especializada e isolada. “Levar pelo menos uma vez um psicólogo, levar pelo menos uma vez alguma coisa pra... tentar ver o que a

gente poderia fazer.”.

Ainda, nesse contexto, Aduino queixa-se de falta de apoio de outras esferas de governo para o desenvolvimento da assistência em saúde mental no município.

Aduino: (...) eu per... eu percebo que... assim [pausa] cen.. as centrais, no caso, regional de saúde e secretaria do estado, que é com quem a gente tem maior contato, eu não vou falar nem a nível nacional, vou falar a nível estadual e regional. O cuida... o... o cuidado periódico... tanto por... reuniões deveria ser maior. Cobranças... posso até falar assim porque... tratar de saúde mental, tratar de prevenção em saúde mental é muito importante no município e eu acredito que... o... o estado, a regional, ela tá pecando um pouco com relação a isso. Minha preocupação e... algo que eu queria... rebater era isso. (...) Por exemplo, eu nunca recebi nesse período... e também, eu acredito que a coordenadora... nesse... que já faz acho que uns três anos que ela atua, eu... ela... nun... poucas vezes ela recebeu uma visita de um técnico de saúde mental, por exemplo, ou de alguém da coordenação de saúde vindo ao município, identificando problemas é... mostrando a gente melhores caminhos é... pra trabalhar com a... com a saúde mental... algo que saísse mais do... do protocolar, do papel [ênfase] e viesse mais a... a população. Do mesmo jeito quando tem é... [inaudível] que a gente leva alguma problemática, algum... algo... algo a ser melhorado na saúde mental que é o... que é muito... demora muito pra resolver (**24 anos, enfermeiro, 02 meses de atuação na atenção básica**).

Esse entrevistado, em seu relato, busca demonstrar que a saúde mental não tem sido pauta das ações “a nível estadual e regional”, pois não existe um “cuidado periódico” através de “reuniões”, “cobranças”. O relato apresenta seu autor como alguém que espera mais atuação do governo do estado, através da “regional”, referindo-se a GERES, em relação à saúde mental. Ele afirma, hesitante, que “poucas vezes” o município recebeu a visita “de um técnico de saúde mental (...) da coordenação de saúde” para “identificar problemas”, mostrar “melhores caminhos” e, quando “alguma problemática” relacionada à saúde é levada a instâncias regionais, “demora muito pra resolver”. Dessa forma, Aduino, enquanto gestor municipal, insere o município no território da II Região de Saúde, ao sugerir que a articulação entre saúde mental e atenção básica encontra dificuldades para efetivar-se nesse contexto mais amplo.

5.2 Avaliações e expectativas construídas pelas familiares sobre a atenção em saúde mental na atenção básica

Durante as entrevistas, no contexto de diferentes questionamentos realizados, as familiares entrevistadas também construíram avaliações e expectativas sobre a assistência em saúde mental que é ofertada no nível de atenção básica no município de Casinhas/PE.

Para Anunciação, o atendimento é “bom” pela proximidade e disponibilidade, como podemos observar em seu relato:

Anunciação: *Eu acho... eu acho bom, né? Eu acho muito bom (...) porque a gente ter... na cidade da gente... no... sítio... aqui é sítio, né? Mas a gente diz cidade mesmo, né? Eu acho que muito bom a gente... ser atendida, né? Bom ser atendida. O que a pessoa tem vontade... conseguir, né? Porque a pessoa já tá nervoso... doente. Chegar num canto e num for atendido... mas nunca aconteceu não. É sempre bem atendido. Bem atendido se a... a pessoa tá doente (56 anos, agricultora aposentada, mãe).*

A entrevistada constrói seu relato reiterando uma avaliação positiva ao utilizar, repetidamente, as palavras “bom” (duas vezes) e “muito bom” (duas vezes). Anunciação, inicialmente, faz referência ao fato de ter o atendimento no lugar onde vive. Cabe observar que ela estabelece uma relação de pertencimento quando diz: “cidade da gente”. Nesse sentido, não é qualquer “cidade”, qualquer “sítio”. É o lugar onde ela vive, estabelece relações. E é nesse lugar, seu território de existência, que é “bom ser atendida”, “conseguir” o que “tem vontade”. Cumpre ressaltar, nesse relato, o posicionamento do usuário como “nervoso... doente” de modo a reforçar a necessidade do atendimento. Mais que isso, para Anunciação, seu filho não pode ter o atendimento negado. A entrevistada não nomeia as repercussões de uma possível negativa, como observamos no trecho: “Chegar num canto e num for atendido... mas nunca aconteceu não. É sempre bem atendido.”

Marcela, ao afirmar que diante da piora do marido procurou logo um médico psiquiatra, avalia que a Atenção Básica não daria conta de “um caso desse...”.

Marcela: *Quando ele apresentou logo o problema... a gente pensou que ia melhorar, né? Mas só que foi piorando... foi piorando, foi piorando, foi piorando aí teve de procurar mesmo. A gente foi pra Dr. [diz o nome de um psiquiatra], né? Procurou logo ele porque em Casinhas não tinha... tinha as menina [referindo-se à profissionais da equipe NASF], né? As... meninas lá, mas um caso desse... o caso eu não fui logo pra lá, fui direto pra Dr. [diz o nome de psiquiatra]. Foi, eu num fui pra Casinhas... não vou dizer que eu fui. Eu fui agora depois que Dr. [diz o nome de um psiquiatra] veio (55 anos, agente comunitária de saúde, esposa).*

Nesse relato, a entrevistada constrói a gravidade do “problema” apresentado pelo marido de maneira progressiva (“foi piorando... foi piorando, foi piorando, foi piorando”) de maneira a apresentá-lo como um “caso” para a Psiquiatria. Marcela fala sobre os recursos existentes no município de maneira indefinida e um tanto minimizada: “tinha as menina, né? As... meninas lá”, mas, para essa entrevistada, “um caso desse” não seria para as “meninas”. Marcela, então, produz uma relação de incompatibilidade entre a natureza do “problema” apresentado pelo marido e os recursos existentes no município. Assim, em seu relato, a ESF

não dispõe de recursos para acolher e acompanhar casos de sofrimento psíquico, considerados graves.

Nas entrevistas com as familiares de pessoas em sofrimento psíquico, um dos questionamentos dizia respeito aos recursos disponíveis para o cuidado em saúde mental no município. Com essa indagação, nossa intenção foi estimular as participantes a falarem sobre os serviços e/ou atores identificados como recurso para o cuidado em saúde mental. Nesse contexto, algumas entrevistadas construíram expectativas sobre a assistência tomando como referência lugares, instituições pautadas pela lógica do isolamento para construir seus relatos.

Marta: Assim... ela [referindo-se à cunhada/usuária de saúde mental] nunca se internou, né?

Entrevistadora: Nunca se internou?

Marta: Nunca. Nunca no mundo... quando ela morava mais a mãe dela no Recife, tinha um nobre... lá perto, mas a mãe dela nunca internou ela, nunca no mundo [ênfase].

Entrevistadora: O que é um nobre?

Marta: É um hospital... que tinha lá... dessas pessoas doentes. Aí ela nunca internou ela. Também aqui, graças a Deus, nunca internou. Agora teve um dia que ela... ela... ela trouxe um camburão de polícia pra me prender [ênfase] e eu fui levar ela num abrigo. Cacei um lugar por tudo no mundo pra eu colocar ela [ênfase] e eu não encontrei. Não achei um lugar pra eu colocar ela **(56 anos, gari, cunhada)**.

Eliza: Era pra ter... oh... oh fia, eu não... eu não sei nem explicar. Era pra ter assim, minha fia, eu não sei como explicar... isso era pra ter um... assim... esses doente mental era pra ter um lugar pra botar essas pessoas... Quando a família não pode [ênfase] aí tem que bo... botar num lugar assim pras pessoas que pode tomar conta. Porque às vezes... a mu... a mãe já não quer tomar conta já com medo... assustada. É isso que eu queria... é uma cidade pra ter essa... uma... lugar pra botar esses doente mental [ênfase] e ter umas... umas pessoas pra tomar... responsáveis.

Entrevistadora: Umhas pessoas responsáveis?

Eliza: Pra tomar conta deles... já a mãe que não pode com esses... rapazinhas já de vinte e dois anos que não pode mais tomar conta, sabe como é? O que eu queria era isso. Pra cidade a... a... achar uma cidade melhor era isso. [pausa] Porque lá... a assistente social [referindo-se à assistente social do Hospital Ulysses Pernambucano] disse que era pra ter... um lugar aqui... em Casinhas... um lugar pra ele [referindo-se ao filho/usuário de saúde mental] e ter um quartinho... ter um lugar assim... reservado pra ele, um... que tenha cadeado pra e... uma pessoa tomar conta **(43 anos, agricultora, mãe)**.

Essas entrevistadas constroem relatos que não refutam, pelo contrário, colocam a internação psiquiátrica como possibilidade de intervenção diante do sofrimento psíquico. Marta afirma repetidamente que a cunhada “nunca se internou”. Apesar de, num primeiro momento de seu relato, a entrevistada afirmar insistentemente que a cunhada nunca se internara, ela afirma, enfaticamente, que procurou “um lugar por tudo no mundo” para colocá-

la e não achou. Convém ressaltar que Marta utiliza os termos “abrigo”, “lugar”, “nobre”, certamente, um eufemismo para “hospital... que tinha lá... dessas pessoas doentes”. Desse modo, posiciona os usuários em sofrimento psíquico como doentes e, além disso, sugere tratar-se de uma doença a ser tratada num hospital específico. Desse relato emerge uma expectativa de internação psiquiátrica.

Convém destacar que, durante o período de realização das entrevistas, o filho de Eliza encontrava-se internado num hospital psiquiátrico localizado na cidade de Recife/PE. Ela constrói seu relato demonstrando, claramente, uma posição favorável ao isolamento das pessoas em sofrimento psíquico. Posiciona a pessoa em sofrimento psíquico como “doente mental” e afirma que “era pra ter um lugar pra botar essas pessoas...” no município. Para a entrevistada, esse “lugar” seria utilizado quando “a família não pode”, “a mãe já não quer tomar conta já com medo... assustada”. No local, outras pessoas serão “responsáveis”. É interessante observar como a entrevistada, durante boa parte de seu relato, recorre à utilização de uma linguagem distante e impessoal. Desse modo, ela busca não individualizar a sua demanda. Somente quando recorre ao uso do discurso direto da assistente social, ela passa a utilizar o pronome ele, em referência ao filho (“um lugar pra ele”, “reservado pra ele”), posicionando-o como personagem. Certamente, Eliza recorre a esse recurso discursivo para conferir legitimidade ao seu relato, que traz uma expectativa de institucionalização e isolamento da pessoa em sofrimento psíquico, construída através de termos como “quartinho”, “reservado”, “cadeado”.

Essa expectativa é reafirmada num outro momento da entrevista. Ela argumenta que o filho “não vai obedecer tomar o remédio” fora do internamento, como se observa abaixo:

Eliza: (...) ele não vai obedecer tomar o remédio comigo porque lá ele toma porque... é no cadeado e aqui é na rua não toma. Quando a gente vai dar, ele corre.

Entrevistadora: No cadeado ele toma?

Eliza: É. Aí ele toma certinho. É. Aí ele toma certinho, aí como aqui não tem cadeado... que ali... ela [referindo-se à assistente social do Hospital Ulysses Pernambucano] disse que é pra ter um lugar certo, que tivesse cadeado, mas aqui aonde é que tem lugar pra ficar guardado ele, com cadeado, aonde? Eu não tenho condição [pausa] eu não tenho condição (43 anos, agricultora, mãe).

Eliza reforça uma perspectiva de tratamento baseada na reclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Cabe destacar o emprego dos termos “obedece/obedecer” e “cadeado” na construção desse relato de maneira a produzir uma associação entre ordem/disciplina e isolamento. O usuário “obedece porque tem cadeado”; ao contrário, “na rua”, “aqui (no município) como não tem cadeado, ele não obedece”. Contudo, além disso, essa mãe se

posiciona como alguém que não terá condições de garantir o prosseguimento do tratamento quando o filho voltar para casa: “eu não tenho condição”. A entrevistada parece cercar-se de argumentos para justificar o internamento do filho.

Quando questionada sobre suas expectativas em relação ao atendimento, Vanuza afirmou não ter “nenhuma”, como é possível observarmos a seguir.

Entrevistadora: *É... e quais são as suas expectativas em relação ao atendimento que seu filho recebe ou recebeu aqui no município?*

Vanuza: *Nenhum. Expectativa nenhuma. Nunca teve e assim... o pouco que tem é um pouco ruim, né? É um pouco ruim... que esse... essas crianças, não só ele [referindo-se ao filho/usuário de saúde mental], outras crianças, né? Nunca tiveram... o pouco que tem, quando vai não volta mais e eles precisam, né? Aliás, [diz o nome do usuário] nunca teve. [diz o nome do usuário] nunca teve muita opção aqui em Casinhas (49 anos, agricultora, mãe).*

A entrevistada constrói, em seu relato, um posicionamento reiterado de negação. Cabe destacar o uso repetido de termos como “nenhuma”, “pouco ruim” e “nunca”. Desse modo, ela assenta a sua ausência de expectativas na debilidade ou mesmo inexistência de assistência em saúde mental no município: “nunca teve muita opção aqui em Casinhas”.

Outras entrevistadas constroem suas expectativas a partir da medicalização. No entanto, assumem posturas distintas diante desse recurso, como podemos observar logo abaixo.

Marcela: *A pessoa espera ficar bom, mas... só o Pai, né? Pra melhorar...*

Entrevistadora: *Só o Pai pra melhorar?*

Marcela: *A gente espera ficar bom, como eu falo pra ele [referindo-se ao marido/usuário de saúde mental] assim: “Tu não dependia de remédio, rapaz! Para esse remédio!” Eu digo assim: “Para esse remédio pra ver se tu consegue dormir! Porque... quem num sabe... se você conseguir dormir já vai deixando, né? Pra ver...”. Ele botou no juízo que... se não tomar o remédio, não dorme. Não consegue dormir. Aí toma de todo jeito (55 anos, agente comunitária de saúde, esposa).*

Entrevistadora: *É... e... em relação as suas expectativas, o que você espera do atendimento que ela recebe?*

Marta: *Eu não sei... lhe explicar isso [risos] porque [pausa] que se ela [referindo-se à cunhada/usuária de saúde mental] obedecesse... tomar o remédio, mas ela não obedece... de jeito nenhum. Quando... quando... olhe, eu botei até [diz o nome de uma vizinha] pra dar o remédio a ela. Levava pra casa dela e ela dava lá pra dizer que era remédio de dor de cabeça... porque em mim ela não confiava... porque eu... tinha dado remédio a ela antes aí... Mas... eles [referindo-se aos profissionais] fazia tudo bom pra ela, agora ela que não quis, né não? Ela que não quis... porque... se você é doente, você toma um remédio... você... se controla muito mais... é... mas... ela tá tudo bem, bem mesmo e... o que eu espero deles [referindo-se aos profissionais] é... é... bom porque eles só vem pra fazer a bondade, não vem pra fazer a ruindade, né não?*

Entrevistadora: Não vem pra fazer a ruindade?

Marta: Vem... conversar com ela... vem... quer que ela tome o remédio certinho é... atende ela como que seja uma pessoa boa.

Entrevistadora: Como uma pessoa boa?

Marta: É. Quando ela vai pro posto o povo pensa que ela é uma pessoa boa. Eu que vou depois e aviso. No hospital a mesma coisa (**56 anos, gari, cunhada**).

Marcela espera que o marido fique “bom”, mas não parece acreditar que isso seja possível sem uma intervenção divina quando diz que “Só o Pai pra melhorar” e, diferentemente de Marta, ela sugere a suspensão do tratamento medicamentoso. Para Marcela, o marido utiliza o remédio muito mais pela relação que estabeleceu: “Ele botou no juízo que... se não tomar o remédio, não dorme. Não consegue dormir. Aí toma de todo jeito.”. Destarte, esse insumo não é apresentado como um recurso indispensável para que o usuário fique “bom”. O tratamento medicamentoso, nesse relato, aparece mais associado à manutenção da condição de pessoa em sofrimento psíquico do que a uma suposta “melhora” ou mesmo “cura”. Desse modo, a sua expectativa de que o marido fique “bom” não será atendida enquanto ele “tomar o remédio”.

Marta inicia seu relato com hesitação até dizer que, diferentemente de Marcela, sua expectativa é que a usuária obedeça e tome o remédio, mas isso não acontece. Ela segue falando sobre a resistência da cunhada em relação ao tratamento medicamentoso. Cabe destacar que a entrevistada busca demonstrar que empreende esforços para que a cunhada faça o tratamento medicamentoso quando diz que pediu ajuda de uma vizinha “pra dar o remédio a ela”. Nessa direção, ela afirma que o que espera dos profissionais é “bom” e os posiciona como pessoas que “só vem pra fazer a bondade, não vem pra fazer a “ruindade”: “(...). Vem... conversar com ela... vem... quer que ela tome o remédio certinho é... atende ela como que seja uma pessoa boa. (...) Ela que não quis...”. Salientamos, por tanto, que Marta posiciona a usuária como “doente” que não “quis” o tratamento, desse modo, não se responsabiliza, nem responsabiliza os profissionais pela não adesão da usuária ao tratamento proposto. Há que se ressaltar, também, o uso do termo “controla”, que produz uma relação entre remédio/tratamento e controle: “se você é doente, você toma um remédio... você... se controla muito mais...”. Esse relato constrói, além da necessidade ou mesmo centralidade do remédio, a ideia de controle do sofrimento psíquico.

5.3 Avaliações e expectativas construídas pelos usuários sobre a atenção em saúde mental na atenção básica

Questionados sobre como é o atendimento que recebem, como se sentem em relação este e, também, sobre suas expectativas em relação ao serviço, os usuários constroem sentidos diversos sobre a assistência em saúde mental que se desenvolve no nível de atenção básica no município de Casinhas/PE.

Marina avalia a assistência em saúde mental como boa porque não “precisa ir pro Recife”, nem se “internar”, como se observa no trecho que segue:

Marina: *Achei bom... achei bom porque não precisa ir pro Recife mais, né? Não precisa ir pro Recife... nem... nem me internar... nem marcar consulta pro Recife... eu não... que eu não gosto de ir pro Recife não... gosto nada. É umas massada demais... a gente esperando o dia todinho que tem... o... o motorista espera, né? Que tem o... tem o ônibus também de Casinhas que vai... o motorista espera, mas eu acho ruim. Me dá agonia, fico agoniada. É...*

Entrevistada: *Fica agoniada?*

Marina: *Fico... a vontade é... é... e dá... dá vontade de não esperar mais ele. O carro num já... já vai pra.. pra Casinhas... eu quero imimborá... me agoniéi... é... não gosto não... não gosto de ir pro Recife não. E aqui, olhe, pertinho, olhe... antes de meio-dia... já tem vez que a pessoa tirando a ficha de manhã já tá em casa... é (42 anos, agricultora).*

Em seu relato, Marina demonstra bastante exasperação quando descreve as viagens à Recife, ao empregar os termos “massada”, “espera”, “agonia”. O atendimento que ela recebe no município contrasta com essa descrição: “E aqui, olhe, pertinho, olhe... antes de meio-dia... já tem vez que a pessoa tirando a ficha de manhã já tá em casa... é”. Convém destacar, também, que, em outros momentos da entrevista, a usuária constrói a ideia de que a consulta no posto de saúde para “renovação de receita” lhe permite dar continuidade ao tratamento medicamentoso e, assim, ela não precisa mais de internamento. Essa questão também aparece no relato anterior. Nesse sentido, a entrevistada avalia que o atendimento recebido na atenção básica, “pertinho”, faz com que ela não precise recorrer às instituições, nem vivenciar as situações descritas acima como negativas.

Outros usuários entrevistados, como Carolina e Zuleide, também avaliam a atenção em saúde mental como boa:

Entrevistadora: *É... e como você se sentiu em relação ao serviço que foi ofertado?*

Carolina: *Eu me senti bem... porque assim... não é... se for... nunca assim... eu mesmo achei bem que... conversou, conversamos e... passou o remédio... porque, né? É normal... porque... pra assim... pra conversar mesmo tem que ser na psicóloga, né?*

Pra você ir, conversar... debater... ela... debater com você. O médico já é mais pra... ouvir e passar mais... assim, o remédio, né? (37 anos, agricultora).

Zuleide: *Senti bem... porque... foi muitos conselho, ela aconselhou muito [pausa] Não... só boa, né? Porque elas... elas encaminha pro psiquiatra. O que elas pode resolver com conversa, resolve, né? Porque às vezes é uma coisa que acontece que... assim... que foi familiar... foi familiar e... e o que elas não pode resolver, ela tem que dar encaminhamento... (66 anos, agricultora).*

Zuleide e Carolina afirmam, em seus relatos, que se sentiram bem em relação ao atendimento recebido. Importa destacar que nesses dois relatos a ferramenta de trabalho do psicólogo é a “conversa”. No relato de Carolina, “conversar mesmo” é algo que o médico não faz e sim, o psicólogo. Já Zuleide, em sua fala, sugere que, quando a “conversa” não resolve, “ela [psicóloga] tem que dar encaminhamento...”. Desse modo, as entrevistadas descrevem a atuação desses profissionais, produzindo distinções entre suas práticas. No entanto, chama atenção, no relato de Carolina, uma distinção mais explícita entre os recursos aos quais esses profissionais podem recorrer, quando ela diz que “pra conversar mesmo tem que ser na psicóloga”, diferentemente do médico, que “já é mais pra... ouvir e passar mais... assim, o remédio, né?”.

Já em relação ao tratamento, alguns usuários, como é possível identificar nas falas de Francisco e Aparecida transcritas adiante, questionam a eficácia do remédio em suas avaliações.

Francisco: *Logo quando começou era muito difícil... porque a pessoa num tomava remédio aí veio os remédio, veio... tomando muito remédio aí eu... num me senti... legal não... com a quantidade de remédio que eu tomo não.*

Entrevistadora: *Não se sentiu legal com a quantidade de remédio?*

Francisco: *Não... não... porque é uma quantidade de remédio que a pessoa pensa que... vai melhorar com esse remédio, mas... só um tratamento mesmo, mas... no geral num... num melhora nada não.*

Entrevistadora: *No geral não melhora nada?*

Francisco: *Não. Não...*

Entrevistadora: *Como assim, Francisco?*

Francisco: *Porque a gente se sente muito mal... tomando os remédio porque é muito remédio. Aí a gente toma o remédio pra ver se melhora, mas... um dia tá bom... um dia tá ruim... e assim a gente vai vivendo.*

Entrevistadora: *Vai vivendo?*

Francisco: *É... assim, também tem a questão da família também... muitas vez assim... eu tenho muita dificuldade de ter um relacionamento com a minha esposa, não tenho... não tenho estimulação pra nada (33 anos, servente de pedreiro).*

Aparecida: *Quem cura é Deus, minha fia. Porque esse remédio... acho que tem hora que eu acho que esse remédio tem hora que agita é a gente também.*

Entrevistadora: *Tem hora que agita?*

Aparecida: *Eu que penso assim, sabe? Porque a gente toma, né? Mas, se a gente tiver aqui, calminho, tá calmo, né? Mas se a gente agitar com qualquer coisa... parece que os nervos... parece que fica meio... mas graças a Deus, mas tá bom. Pior é... num tomar.*

Entrevistadora: *Pior é num tomar...*

Aparecida: *É num tomar. Graças a Deus, minha fia, eu tô contente porque... assim, né? Tô levando a vida. Num sei até quando... quem sabe é Deus. Eu acho que deixa mais não, viu? (...) só quem sabe é Deus. A cura vem de Deus, né? Mas... só que eu tô tomando ele. Tô mais calma. Esse aqui mesmo, olhe. Esse amitriptilina, ele deixa a pessoa bem calmo também, viu? A gente é agitada, né? Vai ficando mais calma... agora tem uma coisa... no começo dá um abatimento que é de cair. É muito ruim, viu? A gente toma ele, mas aquele negócio... pesado. Uma coisa ruim... misericórdia. [inaudível] É muito ruim. Tem dos dois. Tem dos dois (62 anos, agricultora).*

Francisco inicia seu relato localizando a dificuldade no início do tratamento. No entanto, demonstra insatisfação com o que considera “só um tratamento mesmo”. O uso contínuo de “muito remédio” não promoveu a melhora que Francisco buscou. Há, nesse relato, uma expectativa de mudança substancial ou até mesmo de cura do sofrimento psíquico que não foi atendida, pois, ao contrário, o usuário “se sente muito mal”. Por fim, o entrevistado sugere interferência do medicamento em sua vida com a esposa.

O relato de Aparecida demonstra um conflito entre a descrença na “cura” através do remédio e a continuidade do tratamento medicamentoso. A entrevistada inicia seu relato atribuindo a “cura” a Deus (de forma enfática e repetitiva) e passa a tecer críticas ao “remédio” (“tem hora que agita”; “é muito ruim”; “aquele negócio... pesado”). Esse relato produz a ideia de que os efeitos do medicamento potencializam o estado emocional que o usuário se encontra: “se a gente tiver aqui, calminho, tá calmo, né? Mas se a gente agitar com qualquer coisa... parece que os nervos... parece que fica meio...”. Convém ressaltar que, contraditoriamente, Aparecida busca garantir à sua interlocutora que, mesmo desconfiando, segue recorrendo ao medicamento: “mas graças a Deus, mas tá bom. Pior é... num tomar.”; “eu tô contente porque... assim, né? Tô levando a vida.”; “A cura vem de Deus, né? Mas... só que eu tô tomando ele. Tô mais calma.”. Ela toma o remédio apesar dos efeitos adversos que descreve.

Aos usuários, foi feita uma indagação sobre o que esperavam do atendimento que vêm recebendo. Nesse contexto, alguns entrevistados, como Lorena, construíram expectativas pautando-se pela manutenção e melhoria do acesso ao atendimento médico e ao tratamento medicamentoso. Vejamos a seguir:

Lorena: *Ah... que dê mais atenção... que... sem precisar da gente acordar cedo demais pra ir pegar uma ficha pra médica. Sem precisar acordar cedo... que marque*

a ficha, né? Sem precisar acordar cedo... [risos] Mais médico... mais especialidade... mais remédios.

Entrevistadora: *Mais remédios?*

Lorena: *É. [pausa] Porque no momento... eu tô comprando o remédio. Não tem remédio.*

Entrevistadora: *Não tem remédio?*

Lorena: *Não tem remédio e... as condições são difícil... porque os remédio são caro... Compro com dificuldade... é... com dificuldade. Eu creio que... nesse ponto aí melhorasse, viesse mais remédio e melhorasse mais assim... por conta da situação, né? Por conta da crise também, né? Tem que... eu acho que assim... que tem que ter mais... compreensão das pessoas.*

Entrevistadora: *Mais compreensão das pessoas?*

Lorena: *E... mandar remédio, né? Que é o principal (37 anos, agricultora).*

Lorena inicia seu relato afirmando que espera “mais atenção”. Sua expectativa está baseada na facilitação do acesso (“Sem precisar acordar cedo... que marque a ficha, né? Sem precisar acordar cedo...”) e ampliação da assistência em saúde mental existente no município (“Mais médico... mais especialidade... mais remédios.”). Dessa forma, a entrevistada reforça uma expectativa de atenção em saúde mental que tem como base a medicalização do sofrimento psíquico.

Já Carolina, em sua fala abaixo transcrita, constrói um relato em que ressalta a expectativa de que os médicos, no que se refere à assistência em saúde mental, “conversassem”, “escutassem” e “não só passassem remédio”.

Carolina: *Que assim... que... as pessoas que tem problema mental que... se pro... quando for fazer uma consulta... assim... não só passar o remédio, que converse, que pergunte o que é que você tem porque nem... nem todo médico é assim, né? Mesmo, às vezes, quem é psiquiatra não conversa, só passa e tátátátá. É bom quando a pessoa chega e a pessoa conversa... o que é que você tá sentindo, o que é que tá passando... se tem algum sintoma diferente... essas coisa faz bem, né? Conversar porque ali a pessoa vai se sentir melhor, né?*

Entrevistadora: *Sentir melhor...*

Carolina: *Porque você se sente melhor, você... assim... você chega num médico, você... ele... perguntando, você se sente que ele... que ele tá preocupado com... com o paciente, num é você... porque você num... num se tornou médico só pra você passar remédio e isso, isso e aquilo não. Você tem que conversar, perguntar. É um ser humano, né? Eu acho assim... é um ser humano, né? E... você chegar e... o médico não olha pra sua cara e... já passa remédio. Pronto. Xau. É muito... muito seco... muito assim... um... atendimento seco porque se... se você, se foi médico... porque você tem amor, né? (37 anos, agricultora).*

Carolina discorre sobre as consultas médicas, apresentando-as como um “atendimento seco”. A entrevistada espera do médico uma postura mais interessada, mais inclinada para a escuta e considera que isso tem desdobramentos no estado do usuário: “a pessoa vai se sentir

melhor”. Cabe destacar, nesse relato, o posicionamento do usuário como “um ser humano” e sendo assim, digno desse tratamento. Além disso, a entrevistada busca construir a ideia de que as pessoas não se tornam médicas “só pra (...) passar remédio”, mas “porque você tem amor”. Desse modo, para Carolina o “atendimento seco”, além de não ser o mais adequado, estaria em desacordo com o que seria uma prerrogativa da medicina.

Outros usuários, como Diogo e Luiz, esperam poder melhorar seu estado de saúde mental:

Entrevistadora: *E em relação ao atendimento que você está recebendo, o que você espera?*

Diogo: *Não... assim... eu espero ficar, por exemplo, assim... ficar um pouco melhor... um pouco bom. Assim... num ter mais essas... essas visões... assim... num é... é... num é que tô alucinado, num é? Num é que eu vejo coisa... vejo coisa não. Vejo só o pensamento distorcido.*

Entrevistadora: *Pensamento distorcido?*

Diogo: *É... assim distorcido, entendeu? Como eu falei, eu acho que é o pensar que muda. Assim... por exemplo, você tá aí... aí eu vejo você. Num é... num é... que eu vejo você. É só o meu pensamento que está... entendeu? Diferente. Mas eu converso com você, eu... eu converso com você, entendeu? Mesmo assim [ênfase] eu converso com a pessoa, entendeu? Mesmo se o pensamento tiver assim, eu consigo conversar... conversar normal. Eu consigo (35 anos, agente comunitário de saúde/usuário de saúde mental).*

Luiz: *Espero melhor... coisa melhor, né? Melhorar mais as coisa...*

Entrevistadora: *Melhorar?*

Luiz: *É.*

Entrevistadora: *Melhorar como?*

Luiz: *Saúde, né? [pausa] Saúde, né? Melhorar a saúde, né? Recuperar a saúde, né? Entendeu?*

Entrevistadora: *E o que é recuperar a saúde pra você?*

Luiz: *Ir pros médico... se tratar, né? Ir pros médico se tratar, né? É [pausa] tomar o remédio direito, ir pros médico... acho que é assim. Acho (32 anos, agricultor)*

Diogo espera “ficar um pouco melhor... um pouco bom”. A utilização do termo “pouco” demonstra que o entrevistado não alimenta a expectativa de remissão total de sintomas ou cura. Em seu relato, ele produz uma relação entre melhoria e não “ter mais visões”. Cabe destacar que ele busca comunicar à sua interlocutora que não está “alucinado”, não vê “coisa”, mas só “o pensamento distorcido”. Ao buscar minimizar o impacto do termo “visões”, o entrevistado segue construindo um posicionamento de si mesmo atrelado à normalidade: “eu consigo conversar... conversar normal. Eu consigo.”. Diogo busca se apresentar como alguém que, apesar do “pensamento distorcido”, é capaz de falar sobre si. Descrever seu “sintoma” parece um modo de delimitar em que aspecto ele espera “melhorar”.

Assim, também, ele busca construir uma imagem de si que não se resume ao sofrimento psíquico.

Já Luiz enfoca a melhoria, a recuperação da “saúde”. Ele constrói seu relato utilizando os seguintes repertórios: “médico”, “tratamento” e “remédio”. A ideia de saúde que o entrevistado produz, nesse relato, está profundamente relacionada ao modelo médico. Estimulado pela entrevistadora, ele constrói um enunciado de modo a buscar confirmação: “Saúde, né? [pausa] Saúde, né? Melhorar a saúde, né? Recuperar a saúde, né? Entendeu?”. Cumpre ressaltar a repetição por quatro vezes do termo saúde como se o entrevistado buscasse o apoio da entrevistadora.

5.4. Dialogando com a teoria...

Neste capítulo objetivamos dar continuidade a análise dos sentidos que os profissionais, as familiares e os usuários constroem sobre a assistência em Saúde Mental no nível de Atenção Básica no município de Casinhas/PE. Assim, ocupar-nos-emos, nesta seção, da construção de uma discussão teórica a partir das avaliações e expectativas construídas pelos entrevistados.

De modo geral, as avaliações e expectativas construídas pelos profissionais, familiares e usuários dialogam entre si e evidenciam uma aproximação do discurso do modelo médico hegemônico, mas, também, tensionamentos, rupturas relacionadas aos modelos de atenção à saúde e, em especial, à saúde mental, refletindo

o embate interno ao campo da Reforma Psiquiátrica – a qual defende um deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para a de saúde, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade, do doente mental para o portador de sofrimento psíquico, do incapaz tutelado para o cidadão (Ramminger, 2006, p.38).

Não afirmamos com isso que as avaliações e expectativas de nossos entrevistados estão totalmente sintonizados com o discurso reformista, pois, como afirmam, Franco e Merhy (2003), para reorientação do modelo assistencial em saúde, é necessário uma reorganização na maneira de fazer o trabalho acontecer, que pressupõe valorização de saberes plurais e de um olhar clínico ampliado, entendendo a pessoa em sua singularidade e integralidade.

Para esses autores, apesar do potencial da ESF para contribuir nesse sentido, a transformação substantiva reside no trabalho vivo dos profissionais em relação a si mesmos e

aos outros profissionais, bem como em relação aos usuários, direcionando esforços para centralizar sua atenção no cuidado em saúde. Para estes autores, a ESF ainda não contribui efetivamente para o “luto” da onipotência de cada profissional, necessário para um efetivo trabalho em equipe, pois o seu caráter prescritivo propicia aos profissionais assumirem a atitude predominante, qual seja, a de isolamento em seus núcleos de competência, como identificado nesta pesquisa.

Segundo Leite e Thelma Velôso (2009, p. 379),

o modelo multiprofissional tradicional constitui um grande desafio a ser superado, pois focaliza o indivíduo e sua compartimentalização. As várias categorias profissionais trabalham paralelamente, de forma isolada, havendo pouca ou até mesmo nenhuma discussão entre as mesmas, o que gera uma atenção fragmentada.

Para as referidas autoras, a interdisciplinaridade, que pressupõe integração, diálogo, trocas substantivas entre os diferentes profissionais que compõem as EqSF, incluindo, também, o saber comunitário para a construção de uma abordagem complexa dos problemas de saúde da população, parece um terreno fértil para o fortalecimento da atenção básica no sentido da transformação do modelo de atenção à saúde.

Cabe destacar ainda que os profissionais entrevistados atribuem ao usuário e à família responsabilidades pela resolutividade do tratamento. Silveira e Vieira (2009) e Souza (2012), afirmam que, desse modo, a recorrência ao usuário “que não adere” e à “família que não ajuda” termina por não evidenciar questionamentos dos profissionais acerca de suas próprias práticas e posturas.

Ademais, corroborando achados de determinadas pesquisas (Arce et al., 2011; Camuri & Dimenstein, 2009; Frateschi, 2014; Moura & Silva, 2015; Neponuceno, 2012; Rosa, 2015; Souza, 2012; Trovão & Thelma Velôso, 2016), alguns dos profissionais que entrevistamos evidenciaram a necessidade de investimentos em educação permanente, visando a efetivação do modelo psicossocial na atenção básica, uma vez que houve referências à insuficiente capacitação para “lidar” tanto com usuários em sofrimento psíquico quanto com suas famílias. Além disso, o nosso estudo corrobora os estudos citados acima, em se tratando da questão do estigma relacionado ao sofrimento psíquico, o que pode ser observado no posicionamento dos usuários como “difíceis”, “resistentes”, “desinteressados” e, também, na associação com o perigo. Podemos sinalizar, como desdobramento dessas questões, a reivindicação por especialistas, psiquiatras e psicólogos, na atenção básica e, também, por serviços especializados.

Nesse sentido, Frosi e Tesser (2015) alertam-nos sobre o risco de as equipes NASF, embora muito próximas da atenção básica, serem entendidas como atenção secundária, aprofundando uma lógica pautada pelo especialismo, que resulta na fragmentação da atenção, em detrimento da proposta de apoio matricial.

Por outro lado, a questão do acolhimento, da escuta aparece nas falas de alguns usuários e profissionais como uma necessidade para a efetivação da atenção em saúde mental na atenção básica. Conforme Silva, Merhy e Carvalho (2003), a valorização e o reconhecimento das estratégias mais amplas e integrais, transcendendo a doença, representam um grande avanço quanto ao entendimento do papel do serviço de saúde enquanto catalisador de estratégias de bem-estar e qualidade de vida, através da consolidação de uma perspectiva de comunidade e de apoio mútuo. No entanto, observamos que tal postura não tem sido potencializada no contexto da ESF de Casinhas e, quando são praticadas, dão-se, principalmente, de forma individual, no consultório ou em visitas domiciliares, corroborando os estudos de Frosi e Tesser (2015) e Rosa (2015).

Sobressai, nas práticas discursivas dos profissionais entrevistados, uma valorização de estratégias coletivas, quando sinalizam para os grupos, palestras, oficinas como “práticas redentoras” da atenção em saúde mental na atenção básica. Cumpre ressaltar que esses sentidos reafirmam os achados de pesquisa realizada por Trovão e Thelma Veloso (2016), cujo objetivo geral foi analisar as representações sociais sobre saúde mental, elaboradas pelos profissionais da ESF do município de Boqueirão/PB. Os entrevistados, ao serem questionados sobre organização de um trabalho em saúde mental na ESF, referiram-se à formação de grupos e realização de palestras. Cabe destacar, no entanto, que a efetivação de tais propostas, nos relatos dos profissionais de Boqueirão/PB, é condicionada à formação e à ampliação das equipes. Tal ampliação é representada unanimemente, como necessidade de psicólogo nas EqSF.

Embora, nos relatos de alguns dos profissionais que entrevistamos haja referência a expectativas de estratégias coletivas, de escuta, diálogo, isso não significa que assumem, na prática, posturas sintonizadas com o modelo de atenção psicossocial, diferentemente de outros estudos (Frosi & Tesser, 2015; Jorge et al., 2012; Moura & Silva, 2015; Rodrigues & Moreira, 2012; Souza, 2012; Vasconcelos et al., 2012), que sinalizam transformações nas posturas dos profissionais na atenção ao sofrimento psíquico. Corroborando estudos como o de Oliveira et al. (2011), alguns profissionais não explicitam o reconhecimento de práticas previstas nos documentos oficiais sobre a necessária articulação entre saúde mental e atenção básica, como a construção de projetos terapêuticos singulares, consulta compartilhada,

estratégias de inserção comunitária e participação social como recursos possíveis e potentes para o cuidado em saúde mental.

As falas dos usuários que reivindicam cuidados ampliados, além do medicamento, corroboram os estudos de Frateschi e Cardoso (2014), os quais apontam que os usuários por eles entrevistados enfatizam a limitação do tratamento medicamentoso e da realização de encaminhamentos no que tange ao cuidado em saúde mental. No entanto, os nossos entrevistados não apontam para outras terapêuticas e não identificam recursos locais que possam contribuir no tratamento, como também observado por Severo et al. (2009), numa pesquisa sobre as dificuldades enfrentadas por familiares de pessoas em sofrimento psíquico e as estratégias de cuidado desenvolvidas diante delas.

Para Dimenstein et al. (2005), no campo da saúde mental, o modelo médico hegemônico, centrado na psicopatologia, e o modelo psicossocial, centrado na pessoa em sofrimento, constituem dois paradigmas conflitantes que integram a assistência ofertada. Para as autoras, trata-se de um processo em que um novo paradigma não substitui o anterior mecanicamente, mas, durante os períodos transicionais, alternam-se e se misturam na prática cotidiana das equipes que compartilham determinados objetivos e projetos. Nos relatos dos nossos entrevistados, o modelo médico aparece nas expectativas por atendimento especializado e ampliação da disponibilidade de medicamentos na atenção básica. No entanto, além da ênfase no modelo médico, os entrevistados apontam nos seus relatos para algumas características de um modelo psicossocial, o que pode sinalizar para a construção de um momento de transição, conforme afirmam os autores supracitados.

Alguns estudos (Frosi & Tesser, 2015; Jorge et al., 2012; Moura & Silva, 2015; Rodrigues & Moreira, 2012; Souza, 2012; Vasconcelos et al., 2012) apontam que esse tipo de transição tem sido impulsionada através da inclusão do apoio matricial no cotidiano de trabalho da ESF. A referida metodologia de trabalho, para esses autores, tem constituído uma via para efetivação da articulação entre saúde mental e atenção básica, na medida em que possibilita a constituição de espaços de troca de conhecimento e construção de ações dialogadas e interdisciplinares, avançando, portanto, em direção à superação do trabalho fragmentado, na ampliação das estratégias de produção do cuidado em saúde mental na ESF. Cabe destacar que em nossa pesquisa, os profissionais entrevistados não mencionaram a ferramenta apoio matricial.

Destaca-se que o processo de transformação das práticas em saúde é lento, sobretudo no contexto neoliberal em que vivemos, pois este processo é resultado de um movimento de reflexões sobre as atribuições dos serviços de saúde, bem como de questionamentos acerca

das contradições presentes nas práticas e da elaboração e experimentação de novas ações. Assim, a participação efetiva do Estado no fomento de políticas de educação permanente é fundamental para o fortalecimento do vínculo e diálogo necessários entre a PNSM e a PNAB.

Trata-se, portanto, de um árduo trabalho que implica no desenvolvimento de estratégias mais comunitárias e coletivas, investindo em ações que vão além dos consultórios, de forma que a ESF possa contribuir para o desenvolvimento de um território de práticas contextualizadas aos modos de vida dos usuários. Para isso, o grande desafio é desvelar as “armadilhas” presentes no cotidiano que distanciam o trabalhador de uma verdadeira práxis transformadora, pois estão vinculados a um histórico de atendimento individual, focado na doença e distante do contexto, como observamos nos nossos relatos.

Assim, apesar de alguns profissionais sinalizarem uma expectativa de interesse e disponibilidade para uma intervenção psicossocial, o relato ainda denuncia uma prática atravessada pelo modelo em que o serviço se apresenta disponível para ser acionado pelo usuário nos momentos de desconforto, quando, então, atua sobre os sintomas, com o foco no alívio imediato – o que se espera da medicalização – sem que sejam exploradas outras intervenções, mais amplas e comunitárias, para toda a população, como alertam Jorge et al. (2014) e Vasconcelos et al. (2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao partir do pressuposto de que o avanço do processo de Reforma Psiquiátrica requer a construção e intensificação de estratégias de cuidado territoriais, e que a atenção básica apresenta-se como um espaço privilegiado para sua consecução, neste trabalho, analisamos como se caracteriza a atenção em saúde mental na atenção básica no município de Casinhas/PE, um município de pequeno porte. Procuramos, através de pesquisa documental e da análise dos sentidos que os usuários, as familiares e os profissionais entrevistados constroem sobre o serviço, compreender como a atenção básica, nesse município, tem recebido e atendido a demanda em saúde mental. Procuramos identificar, ainda, nas práticas discursivas dos entrevistados, as avaliações e as expectativas construídas sobre o serviço no referido município.

Tratou-se de uma investigação delimitada como estudo de caso único, ao adotar como procedimentos para obtenção de informações, consulta a documentos de domínio público, observações no cotidiano, registro em diário de campo e entrevistas semiestruturadas. Convém ressaltar que optamos por iniciar a pesquisa realizando observações no cotidiano e consultas aos documentos de domínio público, pois, a nosso ver, iniciar a investigação utilizando primeiro essas estratégias, auxiliaria a nos aproximarmos dos futuros entrevistados.

Nesse processo, foram produzidas informações que nos possibilitaram caracterizar a rede de atenção em saúde mental no município de Casinhas/PE. Observamos que a atenção está estruturada a partir de três dispositivos/eixos: ESF; serviço ambulatorial de Psicologia e Psiquiatria; e o serviço de dispensação de medicamentos, realizado pela Farmácia Básica do município. Nesses dispositivos, a principal prática terapêutica utilizada é o uso do medicamento.

As entrevistas semiestruturadas com profissionais, familiares e usuários integraram o processo de obtenção de informações, uma vez que foram delimitadas, como subunidades de análise do estudo de caso único. Os sentidos produzidos, através das entrevistas, possibilitaram corroborar e ampliar o conhecimento sobre a atenção em saúde mental na atenção básica no município.

No que se refere à análise das práticas discursivas dos profissionais, foi possível identificar a construção de sentidos sobre a atenção em saúde mental na atenção básica relacionados com práticas como identificação de usuários em sofrimento por agentes comunitários de saúde; pela “equipe multiprofissional”; pela “população” e, também, pela “escola”. Observamos, assim, a construção de descrições que ampliaram o escopo de atores

responsabilizados pela identificação da demanda em saúde mental no território. Destacamos, também, sentidos que remetem ao acesso à atenção em saúde mental através de demanda espontânea. Cabe destacar, ainda, que a necessidade de atendimento psiquiátrico é apontada como um dos critérios para identificar a demanda em saúde mental. Para um dos profissionais, essa identificação depende do estabelecimento de uma relação de “acolhimento” e “empatia”, bem como da realização de “escuta qualificada”, necessária para chegar a um “diagnóstico”.

Os sentidos produzidos sobre o atendimento da demanda em saúde mental, nos relatos dos profissionais, remetem também ao acompanhamento/controle da administração dos medicamentos prescritos aos usuários, bem como da frequência desses usuários às consultas psiquiátricas. Outros profissionais ressaltaram que os usuários em sofrimento psíquico são atendidos individualmente e/ou através da realização de atividades coletivas no âmbito da ESF. O encaminhamento para especialistas, sobretudo, psiquiatras e psicólogos, e as visitas domiciliares foram citadas como estratégias para atender a demanda em saúde mental na atenção básica.

Ainda sobre como a atenção básica atende a demanda em saúde mental, os sentidos produzidos pelos profissionais relacionam à articulação entre saúde mental e atenção básica à facilitação de atividades junto a um grupo de saúde mental, chamado “Balão Mágico”, que existiu no município. Outros enfatizaram a marcação e a viabilização de consultas com o médico da UBS. Os entrevistados ressaltam também a descontinuidade das ações desenvolvidas, assim como fazem referência, ainda, à articulação da EqSF com os CRAS. Essa articulação se dá em duas frentes: denúncias quando os profissionais consideram que há descuido para com o usuário por parte das familiares e “arranjo” em que o psicólogo do CRAS recebe usuários em sofrimento psíquico, encaminhados pelos serviços de saúde.

Cabe destacar que alguns profissionais consideram que “nada” vem sendo feito no sentido de articular saúde mental e atenção básica, uma vez que a demanda tem sido atendida, sobretudo, através de encaminhamentos para o psiquiatra e a medicalização do sofrimento psíquico.

No que diz respeito aos sentidos produzidos pelas familiares, alguns se remeteram à inexistência de atenção em saúde mental na atenção básica. Outros ressaltaram a disponibilidade de atendimento psiquiátrico no município, a medicalização e a realização de visitas domiciliares, de palestras e reuniões. Já para os usuários, a atenção básica constitui uma via de acesso à consulta psiquiátrica, espaço para renovação de receitas, através de consultas, que podem ser realizadas sem sua participação; ao acesso gratuito ao medicamento;

e às reuniões e visitas domiciliares.

Identificamos, a partir dessas análises, que a atenção básica, de modo geral, tem recebido e atendido a demanda em saúde mental no município de Casinhas, principalmente, através de práticas como identificação da demanda, encaminhamento para especialistas (sobretudo, psiquiatras) e acompanhamento dos usuários em sofrimento psíquico. Esse acompanhamento é caracterizado por consultas para “renovação” de receita de psicotrópicos e visitas domiciliares com ênfase no controle do uso do medicamento. Além disso, a articulação com o CRAS, referida por alguns entrevistados, também enfatiza o “cuidado” relacionado à manutenção do tratamento medicamentoso.

Essas estratégias evidenciam a recorrência a um conhecimento e prática especializados numa compreensão que reforça a lógica de trabalho em saúde centrada na fragmentação da pessoa a partir das áreas de saber e práticas específicas. Sendo assim, as queixas são associadas a determinadas condutas, agrupando sob o mesmo rótulo todos os que apresentam determinada condição. Não há referências ao desenvolvimento de práticas sintonizadas com as singularidades que visem à emancipação, ao estímulo da cidadania e à inserção comunitária, como prevê a proposta de articulação entre saúde e atenção básica defendida pelo SUS.

No que tange às avaliações e expectativas, das práticas discursivas dos profissionais, emergiram avaliações positivas sobre a atenção em saúde mental na atenção básica. Entretanto, a maioria dos entrevistados construiu suas avaliações apontando entraves à construção de práticas em saúde mental no referido nível de atenção.

As avaliações positivas vinculam-se à atuação do grupo de saúde mental “Balão Mágico”, ao considerar tratar-se de um espaço que proporcionou, através de uma abordagem multidisciplinar, interação e desenvolvimento aos usuários em sofrimento psíquico. Uma outra avaliação positiva sobre atenção em saúde mental na atenção básica foi relacionada à “comunicação boa” entre os profissionais, que são acionados para atender as necessidades identificadas, constituindo, assim, “o jeito” como se “ajuda os pacientes”.

Nas avaliações negativas, os profissionais consideraram como entraves à atenção em saúde mental na atenção básica a família que não “se preocupa em tratar o paciente como gente”; o usuário, que é posicionado como “resistente”, “desinteressado”, “difícil” de “lidar” porque coloca o profissional numa posição em que é preciso “amenizar a situação” e “também ter que se proteger”; profissionais pouco empenhados; recursos “abaixo do que seria ideal”; inexistência de recursos humanos e institucionais e não utilização dos recursos existentes no território.

Já as expectativas construídas pelos profissionais foram vinculadas à construção de espaços coletivos, pautados pela dialogia (possibilitando ao usuário “se manifestar”); à formação de grupos para realização de palestras e oficinas; à inclusão de especialistas (psicólogo e psiquiatra) na atenção básica; à oferta de acompanhamento psicológico para familiares e, também, profissionais; à oferta de formação com o objetivo de capacitar o ACS para “abordar” a família; ao aprimoramento das articulações entre os profissionais e intersetoriais; à destinação de recursos financeiros; e ao apoio da gestão estadual para o desenvolvimento da atenção em saúde mental.

Já nas práticas discursivas das familiares, a construção de uma avaliação positiva sobre a atenção em saúde mental na atenção básica foi vinculada à disponibilidade de atendimento “na cidade e no sítio”. A avaliação negativa, por sua vez, implicou no fato da atenção básica não dispor de recursos necessários para atender casos de sofrimento psíquico graves. As expectativas construídas pelas familiares foram vinculadas à internação psiquiátrica e à medicalização. Convém salientar que as expectativas relacionadas à medicalização são distintas. Para uma das familiares, tomar o remédio é necessário para “se controlar mais”. No entanto, uma outra sugere que deixar de tomar o remédio pode significar “ficar bom”. Outras familiares afirmaram ter “muito pouca” ou “nenhuma expectativa”.

Assim como algumas familiares, há, dentre os usuários entrevistados, os que construíram avaliações positivas vinculadas à oferta de atendimento “pertinho”. Desse modo, não é preciso realizar maiores deslocamentos, nem se “internar”. Outros usuários vincularam a avaliação positiva ao modo como foram atendidos, em que houve “conversa”, “conselho”, mas também prescrição de medicamento e encaminhamento para o psiquiatra. Ainda outros entrevistados demonstraram insatisfação com os efeitos do tratamento medicamentoso.

Quanto às expectativas, alguns dos entrevistados constroem expectativas relacionadas à manutenção e facilitação do acesso ao atendimento médico, bem como ao medicamento. Outra expectativa se relaciona com um atendimento que privilegie a escuta, a conversa, além da prescrição de medicamentos. Alguns usuários esperam que o atendimento recebido lhes possibilite ficar um “pouco bom” e “recuperar a saúde”.

Mediante o exposto, observamos que a atenção em saúde mental é avaliada na perspectiva do modelo médico, uma vez que se ressalta, dentre outros aspectos, a realização de práticas com ênfase na medicalização, sobretudo nos relatos de usuários e familiares. Tais avaliações evidenciam a fragilidade de incorporação do modelo psicossocial na atenção básica.

No que se refere às expectativas, estas também estão pautadas pelo modelo médico na

medida em que reivindicam o fortalecimento e ampliação de práticas vinculadas a este modelo. Entretanto, alguns profissionais sinalizam questões como construção e ampliação da articulação interdisciplinar e intersetorial, investimento em intervenções coletivas, acompanhamento dos familiares e “capacitação” dos profissionais da ESF para lidar com questões referentes à demanda em saúde mental. Nessa direção, os usuários reivindicam cuidados menos técnicos, pautados pelo estabelecimento de vínculos.

Há de se ressaltar esses aspectos que sinalizam tentativas de alinhamento com a proposta de reorientação do modelo de atenção em saúde do SUS. Não podemos desconsiderar que as discussões na direção da produção de um cuidado em saúde são baseadas em princípios que perpassam a ESF, como vínculo, acolhimento, responsabilização compartilhada, integralidade, intersetorialidade.

Consideramos, então, que a sinalização de uma incorporação do campo conceitual da atenção psicossocial na atenção básica - num contexto de fragilidade da formação profissional e educação permanente e da estruturação e consolidação da RAPS no território – são construídas num cenário em que referências explícitas ao modelo manicomial vão cedendo lugar às reivindicações por serviços, profissionais e intervenções especializadas. Nesse cenário, as possibilidades de intervenção identificadas ainda permanecem muito associadas ao saber especializado, cabendo destacar a ênfase da prática de medicalização do sofrimento psíquico. Ainda assim, cumpre ressaltar, a tímida construção de algumas compreensões no sentido da ampliação e contextualização acerca do sofrimento psíquico, bem como das práticas de cuidado em saúde mental.

Ao considerar que a Reforma Psiquiátrica trata-se de um processo permanente de construções, reflexões e transformações que se dão em diferentes campos, há que se refletir sobre seus desdobramentos nos municípios de pequeno porte. Sem dúvida, o processo em curso produziu avanços no sentido da reestruturação da rede de serviços substitutivos, na consolidação de mecanismos de garantia de direitos e cidadania às pessoas em sofrimento psíquico, bem como na construção de referências teórico-conceituais para o trabalho em saúde mental e transformação das relações sociais estabelecidas com o sofrimento psíquico no Brasil.

No entanto, os achados desta pesquisa apontam que ainda há muito trabalho a ser feito para consolidar o modelo psicossocial. É preciso atentar para o forte apelo à medicalização da vida num contexto de Reforma Psiquiátrica e questionar o lugar do medicamento na produção de um modelo manicomial, prescritivo, fragmentado, desumanizador. Ademais, tal processo parece não contribuir para a construção de outro imaginário social sobre o sofrimento

psíquico e da afirmação da vida dessas pessoas.

No modelo de atenção psicossocial a lógica de cuidado é centrada na pessoa e em suas necessidades. Nesse sentido, o processo de produção do cuidado deve ser orientado pela compreensão de que as estratégias pautadas pelo modelo médico, se utilizadas, devem estar inseridas num processo mais amplo de busca por melhores condições de vida, de cidadania, tendo em vista a construção de autonomia e protagonismo e a inserção comunitária. Dessa forma, os territórios devem integrar as práticas em saúde objetivando a reelaboração do sofrimento psíquico, ao abarcarem as questões que o atravessam.

O trabalho isolado de um serviço, de um profissional, familiar ou usuário torna-se insuficiente para dar conta de tais questões, uma vez que a pessoa em sua totalidade demanda ações em diferentes dimensões. Assim, a mobilização e potencialização dos recursos institucionais e comunitários no território, na perspectiva do trabalho intersetorial, constitui um caminho potente para construir intervenções pautadas pelo paradigma psicossocial. Para isso, é preciso romper com os saberes que enclausuram a saúde mental e trazer para a cena diversos atores, das áreas da saúde, da educação, da assistência social, bem como a comunidade, a família e, especialmente, o usuário.

Tal perspectiva pressupõe a noção de corresponsabilização. Contudo, chama atenção nesta pesquisa a produção de intervenções pouco diversificadas no contexto da saúde mental. No que se refere aos serviços de atenção básica, cabe destacar o não-lugar do apoio matricial, o que denuncia uma fragilidade na qualificação e ampliação da atuação das EqSF diante do sofrimento psíquico. É preciso atentar, no entanto, para as condições de trabalho no atual cenário e a convivência com ausências diversas como formação, recursos institucionais, financeiros e especialmente humanos em sua acepção mais ampla, que se desdobram na produção de cuidados prescritivos e, também, em angústias, insegurança, impotência diante das demandas em saúde mental na atenção básica.

Sem ignorar a importância dos diversos serviços, equipamentos; enfim, dispositivos para organização e estruturação da RAPS, acreditamos na potência das pessoas sintonizadas com a proposta de produzir cuidado em saúde mental a partir do paradigma psicossocial. Nesse sentido, o fomento à educação permanente faz-se imprescindível.

No entanto, não poderíamos “concluir” este trabalho sem fazer referência ao presente momento histórico, cuja instabilidade política, econômica e social impacta significativamente o universo desta pesquisa. Estamos vivenciando um acirramento das tensões, dos conflitos sociais num embate que envolve a discussão sobre modelos de sociedade, de Estado, de políticas públicas. Nesse contexto, a construção do pacto social, caracterizado pela tentativa

de conciliação entre a agenda do mercado, marcadamente neoliberal, e a agenda das políticas sociais, durante os governos do Partido dos Trabalhadores, dá sinais de arrefecimento.

Após o evento, que alguns chamam de impeachment e outros, de golpe – mais um elemento da disputa acirrada – um grupo mais identificado com os interesses do mercado e, além disso, comprometido com a pauta das reivindicações neoliberais, chegou ao poder. Destarte, as chamadas conquistas sociais vêm sendo minadas pela pressão de tais reivindicações.

No setor saúde, cabe destacar, a recente revisão da Política Nacional de Atenção Básica, que vem sendo criticada por incidir diretamente no papel estratégico da ESF no SUS, bem como as investidas sobre a Política Nacional de Saúde Mental por parte de setores sintonizados com o modelo médico (psi) hegemônico trazendo à baila interesses mercadológicos/financeiros. Assim, é inevitável o questionamento sobre as possibilidades de potencializar as sinalizações, os apontamentos, os lampejos do modelo psicossocial na atenção básica num contexto de aprovação do congelamento dos gastos públicos. Medida esta que gera impactos diretos no financiamento da política de saúde.

“Por fim”, como dito no início deste trabalho, as reverberações de meu encontro com a saúde mental produziram outros encontros, que me levaram ao PPGPS/UEPB com o objetivo de estudar a atenção em saúde mental na atenção básica em Casinhas/PE. Sem dúvida, cursar o mestrado tratou-se de uma daquelas experiências que transbordam. Pela riqueza dos encontros, pela diversidade dos espaços/lugares pelos quais transitei, pela pluralidade dos saberes e fazeres envolvidos, pelos conflitos e, principalmente, pela intensidade do fazer. As disciplinas cursadas, a experiência de estágio docente, a realização desta pesquisa e escrita desta dissertação compõem um processo de desestabilização, desfamiliarização, produzindo mais alguns “nós” na trama do(s) encontro(s) com a saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. J. B. (2002 jan/abr). Psicologia Social e Formas de Vida Rural no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(1): 37-42.
- Alvarenga, M. S. & Garcia, M. L. T. (2009). A implementação da política de saúde mental em município de pequeno porte – o caso de São José do Calçado/ ES – Brasil. *Emancipação*, 9(2): 181-195.
- Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2009). Desafios à reforma psiquiátrica: produção de vida e circulação nos espaços públicos por egressos de hospitais psiquiátricos. In M. Dimenstein (Org.), *Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia* (pp. 51-67). Natal: EDUFRN.
- Alves, A. A. A. (2007). E-Portefólio: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Braga, Minho, Portugal.
- Amarante, P. (1995). Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*. 11: 491-494.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2012). Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: L. Giovanella (Org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* (pp. 333-384). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, L. A. (2012). *Relatório Final de Estágio*. Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.
- Andrade, L. A. (2013). *Os sentidos construídos sobre o trabalho em Serviços Residenciais Terapêuticos*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.
- Andrade, L. A. & Velôso, T. M. G. [Thelma]. (2015, jan./jun.). Arte e saúde mental: uma experiência com a metodologia participativa da Educação Popular. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(1): 80-89.
- Andrade, L. A.; Lima, I. C. R. L. & Velôso, T. M. G. [Thelma]. (2016). A utilização de recursos audiovisuais em oficinas com usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 8(18): 132-145.
- Aosani, T. R. & Nunes, K. G. (2013, jul./dez.). Saúde Mental na Atenção Básica: percepção dos Profissionais de Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(2): 71-80.
- Aragaki, S. S., Lima, M. L. C., Pereira, C. Q. & Nascimento, V. L. V. (2014). Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In M. J. P. Spink; J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 57-72). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Arce, V. A. R., Sousa, M. F. & Lima, M. G. (2011). A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(2): 541-560.
- Arraes-Amorim, A. K. M. & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto dos serviços residenciais terapêuticos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3): 195-204.
- Athié, K., Fortes, S. & Delgado, P. G. G. (2013 jan/mar). Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(26): 64-74.
- Bacelar, W. K. A. (2010, julho). Pequena cidade: caracterização e conceituação pelo ponto de vista político-administrativo. In XVI Encontro Nacional de Geógrafos - Crise, práxis e autonomia: espaços de resistência e de esperanças *Anais ENG*, Porto Alegre, RS, Brasil, 16. Recuperado em 08 de setembro de 2017 de www.agb.org.br/evento/download.php?idTrabalho=289.
- Bachetti, L. S. (2013). Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: Criação de uma Rede de Apoio Matricial. *UNOPAR Científica: Ciências Biológicas e da Saúde*, 15(1): 13-19.
- Bakhtin, M. (1994). The problem of speech genres. In C. Emerson & M. Holquist. (Orgs.), *Speech Genres and other late essays* (pp. 60-102). Austin, Texas: University of Texas Press.
- Barbosa, V.; Souza, P. K. & Dimenstein, M. (2009). Trabalhadores de Saúde Mental frente ao fechamento de um hospital psiquiátrico. In M. Dimenstein (Org.), *Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia* (pp. 315-334). Natal: EDUFRN.
- Bermudez, J. A. Z; Oliveira, M. A. & Luiza, V. L. (2012). Assistência farmacêutica. In L. Giovannella (Org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* (pp. 657-685). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Boarini, M. L. (2009). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista*, 15(1): 28-50.
- Borsari, D. A. (2013). *Saúde Mental na Atenção Básica em Município do interior do estado de São Paulo: a pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico*. Dissertação de Mestrado Profissional, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Brasil. (1994). *Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1997a). *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1997b). *Saúde da Família: uma proposta para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2001). *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 e regulamentação complementar*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002). *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004a). *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Brasil. (2004b). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2004c). *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2003). *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). *Regionalização Solidária e Cooperativa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008a). *Portaria 154/2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008b). *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009a). *Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social - CRAS*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Brasil. (2009b). *Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011a). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011b). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011c). *Portaria 3.088/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Cadernos de Atenção Básica, nº 34 - Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brito, M., Dimenstein, M., Severo, A. K., Cabral, C. & Alverga, A. R. (2009). Desafios à reforma psiquiátrica: produção de vida e circulação nos espaços públicos por egressos de hospitais psiquiátricos. In M. Dimenstein (Org.), *Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia* (pp.51-67). Natal: EDUFRN.
- Cabral, C., Dimenstein, M., Brito, M., Severo, A. K. & Alverga, A. R. (2009). O Agente Comunitário de Saúde (ACS) com protagonista de mudança na saúde mental. In Dimenstein, M. (Org.), *Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia* (pp. 81-92). Natal: EDUFRN.
- Campos, C. E. A. (2007, jul/set). As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14(3): 877-906.
- Campos, G. W. S. (2008). Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1): 17-23.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A.C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2): 399-407.
- Camuri, D. & Dimenstein, M. (2009). O trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica na rede SUS de Teresina/PI. In: M. Dimenstein (Org.), *Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia* (pp. 113-130). Natal: EDUFRN.
- Cardona, M. G., Cordeiro, R. M. & Brasilino, J. (2014). Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em Psicologia Social. In M. J. Spink (Org.), *A produção da informação em pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 123-148). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Cirilo, L. S. & Oliveira, P., Fº. (2010). Da desativação de leitos psiquiátricos à construção de uma rede substitutiva: a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande/PB. *Saúde em Debate*. 34(84): 148-158.
- Coelho, M. T. A. D. & Almeida, N., Fº. (2003). Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In P. Goldenberg; R. M. G. Marsiglia & M. H. A. Gomes (Orgs.), *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* (pp.101-113). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Conill, E. M. (2008). Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1): 7-17.
- Cordeiro, M. P., Freitas, T. R., Conejo, S. P. & Luiz, G. M. (2014). Como pensamos a ética em pesquisa. In M. J. P. Spink; J. I. M. Brigagão; V. L. V. Nascimento & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 31-56). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Correia, R., Jr. & Ventura, C. A. (2014, mar/jun). O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil: da legalização da exclusão à dignidade humana. *Revista de Direito Sanitário*, 15(1): 40-60.
- Costa, N. R., Siqueira, S. V. Uhr, D., Silva, P. F. & Molinaro, A. A. (2011). Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12): 4603-4614.
- Cruz, O., Neto. (1995). O trabalho de campo como descoberta e criação. In M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (pp. 51-66). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Cruz, L. R. & Hillesheim, B. (2013). Por uma crítica das práticas psicológicas na assistência social: tantas coisas podem ser mudadas... In A. L. Brizola, A. V. Zanella, & M. Gesser (Orgs.), *Práticas sociais, políticas públicas e direitos humanos* (pp. 181- 193). Florianópolis: Edições do Bosque.
- Cunha, G. T. & Campos, G. W. S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4): 961-970.
- Dantas, C. M. B. & Oliveira, I. F. (2014). As cidades pequenas como território da ação do psicólogo: desafios teóricos e metodológicos. In M. Dimenstein & Leite, J. F. (Orgs.), *Psicologia em Pesquisa: cenários de práticas e criações* (pp. 93-120). Natal: EDUFRN.
- Davies, B. & Harré, R. (1990). Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the theory of social behaviour*, 20(1): 43-63.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2006). A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Orgs.), *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (pp. 15-41). Porto Alegre: Artmed.
- Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dias, M. T. G. (2012, jul/set). História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12 (3): 1024-1045.
- Dimenstein, M., Santos, Y. F., Brito, M., Severo, A. K. & Moraes, C. (2005). Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*, 3(5): 33-42.
- Escorel, S. (2012). História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In L. Giovanella (Org.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 323-362). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. & Senna, M. C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 21(2): 164-176.
- Escorel, S. & Teixeira, L. A. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In L. Giovanella (Org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* (pp. 333-384). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Ferla, A. A., Oliveira, P. T. R. & Lemos, F. C. S. (2011, set/dez). Medicina e Hospital. *Fractal: Revista de Psicologia*, 23(3): 487-500.
- Foucault, M. (2003). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2005). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2003). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnico-assistencial. In E. E. Merhy (Org.), *O Trabalho em Saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano* (pp. 52-113). São Paulo: Hucitec.
- Frateschi, M. S. (2014). *Reabilitação Psicossocial e Estratégia Saúde da Família: Desafios no cuidado à saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Frateschi, M. S. & Cardoso, C. L. (2014). Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(2): 545-565.
- Frosi, R. V. & Tesser, C. V. (2015). Reflexões sobre uma clínica estratificada em saúde mental: o caso da atenção básica. In C. Guanaes-Lorenzi, C. C. L. Motta, L. M. Borges, M. C. Zurba & M. D. Vecchia (Orgs.), *Psicologia Social e Saúde: da dimensão cultural à político-institucional* (pp. 186-208). Florianópolis: Edições do bosque.
- Gama, C. A. P. (2011). *Saúde mental na atenção básica: as relações entre a subjetividade e o território*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Gama, C. A. P. & Campos, R. O. (2009, out/dez). Saúde Mental na Atenção Básica: Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2): 112-131.
- Gergen, K. J. (1992). *Lo yo saturado*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. J. (2009) O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 6(1): 299-325.
- Giovanella, L. (2008). Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1): 21-23.
- Giovanella, L. & Mendonça, M. H. M. (2012). A Atenção Primária à Saúde. In L. Giovanella (Org.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 493-542). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Goldenberg, M. (2004). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record.
- Hori, A. A. & Nascimento, A. F. (2014). O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(8): 3561-3571.

- Ibañez, T. (1994). La Construcion de conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista. In M. Montero (Org.), *Conocimiento, Realidad e Ideologia* (pp. 39-48). Caracas: Avespo.
- Ibañez, T. (2001). *Municiones para disidentes*. Barcelona: Gedisa.
- Iñiguez, L. (2002). Construcionismo social e Psicologia Social. In J. B. MARTINS (Org.), *Temas em Análise Institucional e em Construcionismo Social* (pp.25-36). São Carlos, SP: RIMA.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo demográfico 2010*. Recuperado em 02 de setembro de 2017 de <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). *Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2017*. Recuperado em 02 de setembro de 2017 de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100923.pdf>.
- Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Maia, J. P., Neto, Gondim, L. G. F. & Simões, E. C. P. (2014, mai/ago). Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2): 63- 74.
- Lancetti, A. (2002). *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: HUCITEC.
- Lang, A. B. S. G., Campos, M. C. S. S. & Demartini, Z. B. S. (2010). *História oral, sociologia e pesquisa: a abordagem do CERU*. São Paulo: Humanitas.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Lavras, C. (2011). Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20(4): 867-874.
- Leão, F., Severo, K & Dimenstein, M. (2009). O impacto de serviços substitutivos de saúde mental na vida cotidiana de usuários e familiares. In: M. Dimenstein (Org.), *Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia* (pp. 169-190). Natal: EDUFRN.
- Leite, J. F., Macedo, J. P. S., Dimenstein, M. & Dantas, C. (2013). A formação em Psicologia para a atuação em contextos rurais. In J. F. Leite & M. Dimenstein (Orgs.), *Psicologia e contextos rurais* (pp. 27-56). Natal: EDUFRN.
- Leite, R. F. B. & Veloso, T. M. G. [Thelma]. (2008). Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28 (2): 374-389.
- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec.
- Lobosque, A. M. (2011). Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ciência e Saúde Coletiva. 16(12): 4590-4592.

- Lucchese, R., Oliveira A. G. B., Conciani, M. E. & Marcon, S. R. (2009). Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9): 2033-2042.
- Luzio, C. A. & L'Abbate, S. (2009). A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 105-116.
- Macedo, J. P. & Dimenstein, M. (2011). Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização dos saberes e poderes na atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2): 296-213.
- Machado, D. K. & Camatta, M. W. (2013). Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 21(2): 224-32.
- Medrado, B., Spink, M. J. & Mélo, R. P. (2014). Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In M. J. P. Spink; J. I. M. Brigagão; V. L. V. Nascimento & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 274-294). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Melo, A. M. C. (2017). Relato de uma experiência em saúde mental: o consórcio em questão. In R. G. Passos, R. A. Costa & F. G. Silva (Orgs.), *Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial* (pp. 221-244). Rio de Janeiro: Gramma.
- Mello, A. O., Cesar, E. Beltrame, M. V. & Herbele, R. (2010). O discurso sanitário como discurso político e ideológico na República Velha. *Revista Historiador*, 3(3): 92-103.
- Mello, G. A. Fontanella, B. J. B. & Demarzo, M. M. P. (2009, abril/junho). Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, 12(2): 204-213.
- Mélo, R. P., Silva, A. A., Lima, M. L. C. & Di Paolo, A. F. (2007). Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa em Psicologia Social, *Psicologia e Sociedade*, 19(3): 26-32.
- Merhy, E. E. (1997). Em Busca do Tempo Perdido: a Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde. In E. E. Merhy & R. O. Campos (Orgs.), *Agir em Saúde: um Desafio para o Público* (pp. 77-112). São Paulo: HUCITEC.
- Merhy, E. E. & Chakkour, M. (1997). Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e do dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In E. E. Merhy & R. O. Campos (Orgs.), *Agir em Saúde: um Desafio para o Público* (pp. 35-63). São Paulo: HUCITEC.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

- Minayo, M. C. S. & Guerriero, I. C. Z. (2014). Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4): 1103-1112.
- Moura, R. F. S. & Silva, C. R. C. (2015). Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1): 199-210.
- Nascimento, V. L. V., Tavanti, R. M. & Pereira, C. Q. (2014). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 247-272). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Neponuceno, L. H. S. (2012). *Assistência à saúde mental na Atenção Básica em municípios de pequeno porte I: um "terreno" a cultivar*. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Noronha, J. C., Lima, L. D. & Machado, C. V. (2012). O Sistema Único de Saúde. In L. Giovanella (Org.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 365-392). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Nunes, M.; Jucá, V. J. & Valentim, C. P. B. (2007, out). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das Reformas Psiquiátrica e Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2375-2384.
- Oliveira, F. B., Guedes, H. K. A., Oliveira, T. B. S. & Lima, J. F., Jr. (2011, abr/jun). (Re) construindo cenários de atuação em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(2): 109-115.
- Paim, J. (2012). Modelos de Atenção à Saúde. In L. Giovanella (Org.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 459-490). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Patto, M. H. S. (1999, abr). Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. *Estudos Avançados*, 13(35): 167-198.
- Pernambuco. (2011). *Plano Diretor de Regionalização da Saúde em Pernambuco*. Recife: Secretaria Estadual de Saúde.
- Pernambuco. (2013). *Mapa analítico de saúde da II região de saúde de Pernambuco*. Limoeiro: II Gerência Regional de Saúde.
- Pimentel, F. C., Albuquerque, P. C. & Souza, W. V. (2015, jan/mar). A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde Debate*, 39(104): 88-101.
- Pinheiro, O. G. (2013). Entrevista: uma prática discursiva. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 183-124). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Platt, J. (1992). Cases of cases... cases. In C. C. Ragin & H. S. Becker (Orgs.), *What is a case? Exploring the Foundations of Social Inquiry* (pp. 21-52). New York: Cambridge University Press.
- Praisner, T., Zambenedetti, G. Lopes, L. G. & Cervo, M. R. (2015, maio). Atenção em saúde mental em municípios de uma regional de saúde do estado do Paraná. *Congresso Internacional de Psicologia da UEM - Psicologia e Direitos Humanos: Formação, Atuação e Compromisso Social*, Maringá, PR, Brasil, 6. Recuperado em 20 de setembro de <http://cipsi.vwi.com.br/anais/download/modalidade/3/id/NDaz>.
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B. & Franco, T. B. (2014). Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(1): 253-271.
- Ramminger, T. (2006). *Trabalhadores de Saúde Mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.
- Rasera, E. F. & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Paidéia*, 15(30): 21-29.
- Ribeiro, C. J. (2010, jan/jun). Problematizando o instrumento visita domiciliar. *Sociedade em Debate*, 16(1): 209-221.
- Ribeiro, F. R. G. (2011, set/dez). Controvérsias como práticas discursivas: uma abordagem retórica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 23(3): 557-578.
- Ribeiro, J. M. & Inglez-Dias, A. (2011). Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12): 4623-4633.
- Rodrigues D. S., Carvalho, M. A. A. S., & Ximenes, V. M. (2011, jul/set). A comunidade como espaço de produção de saúde mental: contribuições da Psicologia Comunitária ao processo de desinstitucionalização. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(3): 734-754.
- Rodrigues, E. S. & Moreira, M. I. B. (2012). A Interlocação da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES. *Saúde e Sociedade*, 21(3): 599-611.
- Rodrigues, L. B. B.; Silva, P. C. S.; Peruhype, R. C.; Palha, P. F.; Popolin, M. P. et al. (2014). A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2): 343-352.
- Rolnik, S. (1995, mar). *Subjetividade e História*. *Rua*, (1): 49-62.
- Rosa, E. Z. (2015). Atenção básica e cuidado em saúde mental no território: um desafio para a Reforma Psiquiátrica In C. Guanaes-Lorenzi, C. C. L. Motta, L. M. Borges, M. C. Zurba & M. D. Vecchia (Orgs.), *Psicologia Social e Saúde: da dimensão cultural à político-institucional* (pp. 209-236). Florianópolis: Edições do bosque.
- Rotelli, F. (2002). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In P. Amarante

- (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 149-169). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Sales, A. L. & Dimenstein, M. (2009). Olhares e ações de agentes comunitários de saúde frente à loucura. In M. Dimenstein (Org.), *Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia* (pp. 93-111). Natal: EDUFRN.
- Severo, A. K., Dimenstein, M., Cabral, C., Brito, M. & Alverga, A. R. (2009). Família e práticas de cuidado em saúde mental. In M. Dimenstein (Org.), *Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia* (pp. 69-80). Natal: EDUFRN.
- Silva, A. G., Jr., Merhy, E. E. & Carvalho, L. C. (2003). Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 113-128). Rio de Janeiro: UERJ-IMS: ABRASCO.
- Silva, A. T. M. C.; Barros, S. & Oliveira, M. A. F. (2002). Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(1): 4-9.
- Silva, T. C. R. & Campos, M. M. (2015, set/dez). Gestão de Saúde Mental em Município de Pequeno Porte no Estado do Rio de Janeiro. *Vértices*, 17(3): 35-64.
- Silva, V. H. F., Dimenstein, M. & Leite, J. F. (2013 jul/dez). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 19: 267-285.
- Silva, V. H. F., Dimenstein, M. & Leite, J. F. (2014). Saúde mental em Zonas Rurais: práticas de suporte à crise aos portadores de transtornos mentais severos. In M. Dimenstein & J. F. Leite (Orgs.), *Psicologia em Pesquisa: cenários de práticas e atuações* (395-430). Natal: EDUFRN.
- Silveira, D. P. & Vieira, A. L. S. (2009). Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 139-148.
- Soares, B. R. & Melo, N. A. (2010). Cidades médias e pequenas: reflexões sobre os desafios no estudo dessas realidades socioespaciais. In D. M. F. Lopes & W. Henrique (Orgs.), *Cidades médias e pequenas: teorias, conceitos e estudos de caso* (pp. 209-250). Salvador: SEI.
- Soares, L. T. (2012). Políticas sociais na América Latina. In L. Giovanella (Org.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 803-821). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Souza, A. C. (2012) *Estratégias de inclusão da saúde mental na Atenção Básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés*. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ.
- Souza, A. C. & Rivera, F. J. U. (2010). A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, 4(1): 121-132.
- Souza, I. M. A. (1998). Um Retrato de Rose: considerações sobre processos interpretativos e

- elaboração de história de vida. In L. F. B. Duarte & O. F. Leal (Orgs.), *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas* (pp. 151-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Souza, J., Kantorski, L. P. & Luis, M. A. V. (2011, maio/ago). Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25(2): 221-228.
- Spink, M. J. (2000). A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS*. 31(1): 7-22.
- Spink, M. J. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Spink, M. J. & Frezza, R. M. (2013). Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da Psicologia Social. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 17-43). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. & Lima, H. (2013). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 93-122). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 41-61). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J., Medrado, B. & Mélo, R. P. (2014). Vinte e cinco anos nos rastros, trilhas e riscos de produções acadêmicas situadas. In M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, Nascimento, V. L. V. & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 14-30). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. & Menegon, V. M. (2013). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In M. J. Spink (Org), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 63-92). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, P. K. (2008). O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia & Sociedade*, 20: 70-77.
- Spink, P. K. (2013). Análise de documentos de domínio público. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano* (pp. 100-126). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, P. K., Ribeiro, M. A. T., Conejo, S. P. & Souza, E. (2014). Documentos de domínio público e a produção de informações. In M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, Nascimento, V. L. V. & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social:*

compartilhando ferramentas (pp. 208-228). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Sumar, N. & Fausto, M. C. R. (2014). Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. *Journal of Management & Primary Health Care*, 5(2): 202-212.

Trovão, A. C. C. & Veloso, T. M. G. [Thelma] (2016). Saúde mental: um estudo sobre representações sociais na Estratégia de Saúde da Família de Boqueirão – PB. In T. M. G. Veloso [Thelma] & M. C. Eulálio (Orgs.), *Saúde Mental: saberes e fazeres* (pp. 199-242). Campina Grande: EDUEPB.

Vasconcelos, M. G. F., Jorge, M. S. B., Pinto, A. G. A., Pinto, D, M. P., Simões, E. C. et al. (2012, jan/jun). Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8): 166-175.

Veloso, T. M. C. [Tatiana]. (2012). *Ações de saúde mental desenvolvidas no cotidiano de uma equipe de Estratégia Saúde da Família: possibilidades e limites*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Yin, Robert. (2015). *Estudo de caso: planejamento e método*. Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS

Nome: _____ Idade: _____

Pseudônimo: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Renda: _____

Quantas vezes recorreu ao serviço com demandas na área da saúde mental?

Faz uso de medicamentos?

Já recorreu a outros serviços de saúde mental? Quais?

1. Fale sobre o momento em que sentiu que precisava recorrer ao serviço de saúde mental dessa Unidade Básica de Saúde.
2. Você procurou algum outro serviço antes da Unidade Básica de Saúde?
3. Como chegou até a Unidade Básica de Saúde? Como foi recebido?
4. Quais eram as suas expectativas em relação ao serviço? As suas expectativas foram atendidas?
5. Como é o atendimento ofertado pela equipe? Como se sentiu em relação ao serviço ofertado? O que espera desse atendimento?

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM FAMILIARES

Nome: _____ Idade: _____

Pseudônimo: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Renda: _____

Parentesco com o usuário: _____

1. Fale sobre a experiência de convívio com (nome do usuário).
2. Você se envolve na produção do cuidado de (nome do usuário)? Como?
3. Quais são os recursos disponíveis para o cuidado em Saúde Mental no município?
4. Como funciona a assistência em Saúde Mental oferecida no nível de Atenção Básica?
5. Quais as expectativas em relação ao atendimento?

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

Nome: _____ Idade: _____

Pseudônimo: _____

Profissão/Cargo: _____

Nível de escolaridade: _____

Tempo de atuação: _____

Experiência/Formação: _____

1. Como ocorre o acesso dos usuários de saúde mental ao serviço? Quais os critérios para inserção dos usuários de saúde mental no serviço?
2. Fale sobre sua atuação junto aos usuários com queixas de sofrimento psíquico. Como avalia essa atuação?
3. O que pensa sobre a articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica? Quais práticas são desenvolvidas nesse sentido?
4. Na produção do cuidado, quais recursos podem ser acessados nesse território? Existe articulação do serviço com a rede local?
5. Quais são os principais impasses e dificuldades para a efetiva implantação das ações de Saúde Mental na Atenção básica?

ANEXOS

ANEXO A: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (UEPB)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - UEPB / PRÓ-
REITORIA DE PÓS-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO NUM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE RURAL

Pesquisador: LUCELIA DE ALMEIDA ANDRADE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58654316.2.0000.5187

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.709.913

Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado "Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo de caso num município de pequeno porte rural", encaminhado para apreciação ética com a finalidade de desenvolver a dissertação de conclusão do Mestrado em Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como se desenvolve a assistência e Saúde Mental no nível de Atenção Básica no município de Casinhas/PE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos de natureza psicológica, porém será facultada à participação do sujeito da pesquisa mediante assinatura do termo de compromisso livre e esclarecido (TCLE). Apresenta como maior benefício conhecer assistência em saúde mental na atenção básica, bem como verificar a percepção do assunto sob a perspectiva de usuários, familiares e técnicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta do projeto é relevante, uma vez que visa esclarecer melhor sobre o tema, além de remeter a reflexão sobre a assistência em saúde mental no nível de Atenção Básica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Este projeto é relevante e apresenta todos os termos de obrigatórios.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - UEPB / PRÓ-
REITORIA DE PÓS-



Contrato de Pêso: 1706/03

Recomendações:

O projeto apresenta metodologia adequada ao que se propõe. Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto tem mérito e não apresenta pendências.

Considerações Finais e critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Typo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_F OBJETO_771247.pdf	11/08/2016 17:16:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	11/08/2016 16:04:48	LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE	Aceito
TCE / Termos de Assentamento / Justificativa de Autência	digitalizar0003.pdf	11/08/2016 16:54:42	LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE	Aceito
Outros	digitalizar0006.pdf	11/08/2016 16:47:52	LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE	Aceito
Outros	digitalizar0005.pdf	11/08/2016 16:41:03	LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE	Aceito
Outros	digitalizar0004.pdf	11/08/2016 16:34:30	LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE	Aceito
Outros	digitalizar0002.pdf	11/08/2016 16:34:39	LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE	Aceito
Outros	digitalizar0001.pdf	11/08/2016 16:16:23	LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	Doc2.pdf	11/08/2016 16:07:17	LUCÉLIA DE ALMEIDA ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

não

Endereço: Av. dos Ferreiros, 201 - Campus Universitário
Bairro: Sudoeste CEP: 58109-703
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (0333)15-3373 Fax: (0333)15-3373 E-mail: uepb@uepb.edu.br

Página 2 de 2

CAMPINA GRANDE, 02 de Setembro de 2016

Assinado por:
Marconi do Ó Calão
(Coordenador)

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo de caso num município de pequeno porte rural**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo de caso num município de pequeno porte rural** terá como objetivo geral analisar os sentidos que os usuários constroem sobre a assistência em Saúde Mental no nível de Atenção Básica no município de Casinhas/PE

Ao voluntário só caberá a autorização para **realizar entrevista semi-estruturada** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083) 999843506** com **Lucélia de Almeida Andrade**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Casinhas, ____ de _____ de ____.

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura do participante da pesquisa



Assinatura dactiloscópica do participante

ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo de caso num município de pequeno porte rural** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora **Lucélia de Almeida Andrade** a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora **Lucélia de Almeida Andrade** e após esse período, serão destruídos.
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N.º. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Casinhas, ____ de _____ de _____.

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura do participante da pesquisa



Assinatura dactiloscópica do participante