

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Raquel Valiente Frosi

**Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde:
análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis**

Florianópolis
2013

Raquel Valiente Frosi

**Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde:
análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis**

Dissertação de mestrado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Frosi, Raquel Valiente

Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde : análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis / Raquel Valiente Frosi ; orientador, Charles Dalcanale Tesser - Florianópolis, SC, 2013.

198 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde Mental . 4. Práticas Assistenciais. 5. Modelos Assistenciais. I. Tesser, Charles Dalcanale . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“Práticas assistenciais em saúde mental na Atenção Primária à saúde: uma análise de experiências desenvolvidas em Florianópolis”

Raquel Valente Frosi

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

PROF. DR. RODRIGO OTAVIO MORETTI PIRES
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser (Presidente)

Profª. Dra. Magda do Canto Zurba (Membro)

Profª. Dra Rosana Teresa Onoko Campos (Membro Externo)

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Membro)

Prof. Dr. Jeferson Rodrigues (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Ao professor Charles pelos ensinamentos, pela interlocução e incentivo.

Ao Felipe, que dividiu comigo este percurso e suas intensidades, pelo apoio e paciência.

Aos colegas de trabalho no Ministério da Saúde pela compreensão com as mudanças de rotina, e aos gestores que garantiram este direito, em especial o afastamento integral na reta final de escrita, fundamental para conclusão deste trabalho.

Aos meus amigos por terem dividido experiências teóricas e práticas que me trouxeram até aqui, por terem me estimulado ao pensamento crítico e ao seu direcionamento acadêmico, e por terem dividido as pausas.

Aos meus pais, pelas transmissões mais fundamentais.

Aos que fazem saúde, em especial aos que apoiaram meus espaços de cuidado neste percurso.

Aos usuários e profissionais participantes deste estudo, por terem compartilhado suas histórias e seus fazeres.

FROSI, Raquel Valiente. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis. Dissertação. (Mestre em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2013.

RESUMO

Este estudo qualitativo foi realizado com objetivo de descrever e analisar práticas assistenciais em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade de Florianópolis. Foram incluídos no estudo nove (09) equipes de saúde da família de centros de saúde e distritos sanitários distintos, havendo 21 profissionais e 20 usuários envolvidos de forma direta. Além de haver uma contextualização na análise de documentos e contato com gestores, a pesquisa foi realizada por meio de entrevistas com profissionais de atenção primária a saúde (incluídos alguns profissionais de NASF), pela observação de atividades de atenção e também por meio de entrevista e análise de prontuário de usuários atendidos. As análises foram feitas a partir das ofertas identificadas, sendo que para isso os casos foram sistematizados utilizando-se o fluxograma de síntese proposto por Merhy, a saber, entrada, recepção, decisão de ofertas, cardápio (modalidades de atenção) e saída. Utilizou-se como referência para analisar as práticas a diferenciação entre o modo asilar psiquiátrico e o modo de atenção psicossocial proposto por Abílio Costa-Rosa, e também o conjunto de referências conceituais da APS. Os resultados obtidos apontam que é precária a incorporação do modo de atenção psicossocial na APS, e que este campo é bastante afeito a uma noção de cuidado similar a da psiquiatria comunitária ou preventiva. Assim, no conjunto das práticas referidas pelos profissionais da ESF, e também no conjunto dos estudos de caso, observa-se uma centralidade da atuação no acesso e monitoramento dos casos, sendo o tratamento de manutenção farmacológico por vezes quase tomado como objetivo em si, visando prevenir novos episódios de crise e as internações. Ficou bastante demarcado o quanto a ligação com os cuidados em saúde em geral é estruturante da assistência em saúde mental na APS, e que neste processo existe uma dimensão potencial importante. Entretanto, o próprio processo de cronificação identificado remete à incorporação sem crítica da mesma forma de atenção a outras condições atendidas na APS. Um conjunto de intervenções, tais como os grupos de apoio psicológico (ainda dependentes do NASF), as PIC e o incentivo à participação em atividades na comunidade ou em outras ações da própria unidade, se

destacaram por ter potencial para operação em uma perspectiva de valorização da autonomia e singularidade. Apesar disso, observa-se que estas mesmas intervenções são subutilizadas em outros momentos justamente por não serem reconhecidas como potenciais ou pela própria dificuldade de explorar mais o campo da palavra e a singularidade. As análises apontam a necessidade de uma articulação dos atores dentro da própria ESF para que o acompanhamento não seja médico centrado e também para a importância de que assumam-se como referencial a atenção psicossocial, inclusive no campo do matriciamento. Por fim, reforça-se o potencial de aproximar a atenção psicossocial e a APS através da interface entre corporeidade e subjetividade, que é restrita na biomedicina.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Práticas Assistenciais; Modelos Assistenciais, Clínica Ampliada.

FROSI, Raquel Valiente. Mental health care practices in primary health care: an analysis from experiences in Florianópolis. Dissertation (Master's Program in Public Health) Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2013.

ABSTRACT

This qualitative study was conducted to describe and analyze mental health care practices in primary health care (PHC) services in the city of Florianópolis, Brazil. The study included nine (09) Family Health Strategy teams from different health centers and districts, totalizing 21 professionals and 20 service users directly involved. Besides involving a contextualization through the analysis of documents and interviews with health care managers, the research was conducted through interviews with patients, primary health care professionals (including some professionals from the Family Health Support Units), review of patient records and observation of care activities. The analysis was carried out through the identification of health care offers, as the cases were systematized using Merhy's synthesis flowchart, which maps the entry, the reception, the decision about offers, the menu (available forms of care) and the exit. The differentiation between the asylum model and the psychosocial care model proposed by Abílio Costa-Rosa, and the set of conceptual references from PHC were used as references to perform the analysis. The results indicate that there is a poor incorporation of the psychosocial care model in PHC services, as this field is more accustomed to a notion of care similar to the one used in community or preventive psychiatry. Thus, in the practices reported by Family Health Strategy professionals and in the case studies, it was observed that care is centered on the access and monitoring of cases, as the pharmacological maintenance treatment is sometimes taken almost as a goal in itself, in order to prevent the occurrence of new crisis and hospitalizations. The articulation with health care in general was found to be a structuring aspect of mental health care in PHC, and in this process there is an important potential dimension. However, the identified process of chronification refers to an uncritical incorporation of the same forms of care to the different conditions treated in primary care. Interventions such as psychological support groups (still dependent on the Family Health Support Units), complementary and integrative practices, and incentives to participation in community or health unit activities, stood out for their potential to operate in a perspective that

values autonomy and singularity. However, these very interventions are underutilized at other times, as there is a lack of recognition or simply a difficulty to further explore the potential effects of the word and singularity. The analysis points to the need for coordination between actors within the Family Health Strategy - including matrix support practices - in order to overcome medical-centered care and to embrace psychosocial care as a guiding reference. Finally, it reinforces the potential of bringing psychosocial care and PHC together through the interface between corporeality and subjectivity, which is limited in biomedicine.

Keywords: Primary Health Care, Mental Health, Care Practices; Care Models; Amplified Clinic.

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS- AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPS- i	Centro de Atenção Psicossocial – Infância e Adolescência
CS	Centro de Saúde
CVV	Centro de Valorização da Vida
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPQ	Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PSE	Programa Saúde na Escola
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO	
1. INTRODUÇÃO.....	23
1.1. Sobre o percurso da autora.....	23
1.2. Objetivos.....	24
1.3. Estrutura do trabalho.....	25
2. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	27
2.1. Atenção primária à saúde como estratégia para superação da fragmentação do cuidado.....	27
2.2. A rede de saúde mental como agente central para superação do “tratamento” de exclusão no asilo.....	30
2.3. Saúde mental e atenção primária à saúde: um olhar sobre o presente.....	35
3. PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	38
3.1. Definindo práticas assistenciais.....	38
3.2. Algumas considerações sobre objetos, finalidades e instrumentos e meios.....	38
3.3. Ampliando a clínica da atenção primária à saúde.....	41
3.4. Pesquisas sobre práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde.....	43
4. MAIS SOBRE A TERAPÊUTICA EM SAÚDE MENTAL NA APS.....	46
4.1. O alargamento da terapêutica.....	46
4.2. Favorecendo uma aproximação através dos contornos da APS.....	48
4.3. Situando a clínica que tem sido utilizada na APS.....	51
5. PERCURSO METODOLÓGICO.....	60
5.1. Participantes.....	62
5.2. Procedimentos de coleta de dados.....	62
5.3. Organização, análise e interpretação dos dados.....	66

5.4. Ética em pesquisa.....	67
PARTE II – RESULTADOS	
6. CAMPO DE PESQUISA.....	69
6.1. Panorama da Rede de Atenção à Saúde de Florianópolis.....	69
6.2. Um pouco mais sobre a interface Saúde Mental e APS em Florianópolis.....	70
6.3. Situando o funcionamento das equipes pesquisadas.....	73
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	79
7.1. O que a saúde da família tem construído: intervenções voltadas ao acesso, a longitudinalidade e complementação da clínica (bio)médica.....	80
7.2. Práticas assistenciais oferecidas e suas relações.....	87
7.3. Resaltando especificidades.....	105
7.4. Sobre as composições terapêuticas e os percursos dos casos.....	115
7.5. Algumas considerações sobre a divisão do trabalho na execução das práticas assistenciais em saúde mental na APS.....	118
7.6. Desafios para extrapolar a incumbência de fazer chegar e manter em atendimento.....	122
7.7. As necessárias pontes entre as ofertas e a singularidade.....	126
7.8. Práticas assistenciais dentro dos marcos teóricos e técnicos da APS e da atenção psicossocial.....	130
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
REFERÊNCIAS.....	138
APÊNDICES	154
A-Roteiro para entrevista – Gestores.....	154
B-Roteiro para entrevista – Profissionais.....	155
C-Roteiro para observações participantes.....	156
D- Roteiro para entrevista – Usuários.....	157
E- Roteiro para análise de prontuários.....	158
F- Registro do percurso de escolha dos casos.....	159

G- Termo de consentimento livre e esclarecido – Entrevista gestor.....	161
H- Termo de consentimento livre e esclarecido - Entrevista profissionais.....	163
I- Termo de consentimento livre e esclarecido – Observação participante profissional.....	165
J- Termo de consentimento livre e esclarecido – Observação participante usuário.....	167
K- Termo de consentimento livre e esclarecido – Entrevista e acesso a prontuário de usuários.....	169
L- Sistematização das ofertas terapêuticas por equipe.....	171
M- Fluxograma descritor do cuidado Virgílio- Equipe 1.....	172
N- Fluxograma descritor do cuidado Amarilda - Equipe 4.....	173
O - Fluxograma descritor do cuidado Dalila - Equipe 5.....	174
ANEXOS.....	175
A- Autorização para realização do projeto de pesquisa – SMS.....	176
B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos .	177
PARTE III - ARTIGO PARA SUBMISSÃO	
Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis.....	179

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO

1. Introdução

Apesar da intensificação dos estudos sobre saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), percebe-se que existem pontos que demandam aprofundamento, como por exemplo, quanto às práticas assistenciais utilizadas neste nível de atenção.

Considerando que muitos usuários de saúde mental não precisam acessar a atenção especializada, ou que não o fazem sem uma abordagem prévia/concomitante em saúde da família, inclusive por características do seu processo de sofrimento; e que grande parte dos municípios brasileiros não conta com uma rede especializada devido ao seu porte urbano e que quando esta rede existe, é preciso pensar-se nas “portas de saída”; entende-se ser importante aprofundar o entendimento sobre as estratégias que vem sendo utilizadas na APS para o cuidado em saúde mental.

Destaca-se que além do levantamento de um conjunto de ações, nos parece necessário avançar em uma análise que abarque a relação entre estas práticas na operação do cuidado, e também compreender sua articulação com as concepções que fundamentam a atuação nestes campos.

1.1. Sobre o percurso da autora

O interesse na temática desta pesquisa, ainda que parta também de toda a minha trajetória de formação, uma graduação em psicologia com predominante identificação com a psicologia social e gradativamente regada de clínica, advém de minha vivência como residente de psicologia em unidade básica de saúde realizada no Centro de Saúde Escola Murialdo nos anos de 2007 e 2008.

Naquele momento não éramos saúde da família, e também não éramos matriciadores os psicólogos, o que não nos eximia de discutir nossa atuação a partir dos princípios da APS, e de entender a saúde mental como um eixo transversal da equipe. Este mítico lugar de formação, berço da psiquiatria comunitária, mas já bastante permeado por uma clínica psicossocial, foi palco de uma prática territorial muitas vezes limítrofe, seja pela precariedade, seja pela criatividade convocada. São destacados deste percurso dois (02) meses atípicos, um estágio na Residência de Saúde da Família em Florianópolis, e outro na Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, colocando-me respectivamente em

contato efetivo com a ESF e com a radicalidade de uma atenção psicossocial em rede.

Parte das questões que foram base da construção deste estudo certamente vem destas vivências, a saber, a inquietação com a atenção destinada aos casos mais graves, os fortes debates sobre a necessidade de estruturar medidas de monitoramento e também de cuidado mais sistemático para os grupos prioritários, a necessidade de propor ações coletivas e de fomentar a escuta de toda a equipe, as reflexões sobre os limites e potências de atender individualmente de forma sistemática, as reflexões sobre as divisões de atribuição em rede. Da referida experiência também decorrem muitas questões sobre a amplitude do potencial terapêutico e sobre uma possível sutilidade que marca a direção de transformação nas práticas de atenção, temáticas que foram aprofundadas neste estudo. Cabe observar que estas reflexões apontaram caminhos investigativos e de análise, mas que houve muitos deslocamentos quando estas questões foram revisitadas neste estudo, com a ancoragem em um conjunto de novas experiências sistematizadas para análise e com maior aprofundamento teórico.

Por fim, cabe observar que neste interstício têm-se algumas renovações na conjuntura destes campos, com maior investimento na ESF, no matriciamento e no trabalho em redes. Tais situações tornam chave a escolha do município de Florianópolis, cidade com ampla cobertura de Saúde da Família e também de equipes matriciais (basilares no apoio especializado não hospitalar em saúde mental) para um estudo que, através de um conjunto de experiências localizadas, pretende fazer contribuições a compreensão do modo de cuidado em saúde mental na APS e de seus desafios.

1.2. Objetivos

Objetivo geral

Descrever e analisar práticas assistenciais que vem sendo utilizadas para o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde no município de Florianópolis.

Objetivos específicos

Identificar e descrever práticas assistenciais oferecidas, caracterizando-as quanto a proponentes, público-alvo e funcionamento.

Analisar como estas práticas assistenciais têm sido articuladas para compor os projetos terapêuticos e que itinerários de atenção produzem.

Situar as práticas nos campos teórico-técnicos da saúde mental e atenção primária à saúde, observando sua relação.

1.3. Estrutura do trabalho

O trabalho foi dividido em capítulos conforme a seguinte lógica: três (03) capítulos iniciais constroem uma revisão teórica estruturante da temática, um (01) capítulo subsequente apresenta o percurso metodológico, seguido de outro que situa o campo de pesquisa empírica, além de um (01) capítulo acerca dos dados e discussões, complementadas no último capítulo com as considerações finais.

No capítulo 2 resgata-se o histórico da rede de atenção primária à saúde e da rede de atenção em saúde mental, apontando: 1) a tensão de fragmentação entre clínica e ações preventivas no campo da APS, que culmina na defesa de um modelo integrativo na Reforma Sanitária; 2) que a Reforma Psiquiátrica brasileira almeja a desconstrução do asilo e também de um modelo psiquiátrico de atenção. Além disso, apresenta-se o encontro entre estas duas políticas, que é fundamental, mas atravessado por dificuldades, inclusive no campo da operação do cuidado.

No capítulo 3 resgata-se o conceito de práticas assistenciais, fazendo uma diferenciação entre os modos de atenção psicossocial e asilar-psiquiátrico (este último inserido na tradição da biomedicina) nos eixos: concepção de doença, de cura, e instrumentos e meios empregados. Também se faz uma breve retomada da importância de ampliar a clínica da APS a partir de uma abordagem que envolva a dimensão da singularidade e que busque a superação da ambulatorização. Além disso, apresenta-se uma revisão de pesquisas que observam que ainda é precário o acompanhamento em saúde mental na APS e que identificam noções como as de vínculo, acolhimento e atenção integral como fundamentais para construção deste campo de interfaces.

No capítulo 4 apresenta-se um debate sobre a terapêutica, quando se reforça que na APS esta tem que ser entendida de forma ampliada e adequada ao conjunto de demandas que chegam a este serviço. Além disso, resgata-se a dimensão do encontro entre saúde mental e APS a partir de características desta última, inclusive abordando algumas estratégias de cuidado. Daqui destaca-se a preponderância dos tratamentos farmacológicos, a dimensão da escuta como possibilidade, em especial na relação profissional paciente, a importância dada às abordagens grupais e comunitárias, apesar de seu enfraquecimento, e a articulação de rede setorial e intersetorial.

O capítulo 5 apresenta o percurso metodológico deste estudo, e dá especial destaque ao fato de que não se trata de uma avaliação, e sim

de uma pesquisa que toma o cuidado como forma de aprofundar a relação entre saúde mental e APS, com vistas ao fortalecimento do modo de atenção psicossocial. Além disso, apresenta-se o conjunto de procedimentos utilizados, haja vista a pesquisa ter valorizado uma triangulação nas fontes.

O capítulo 6 situa a rede de atenção à saúde de Florianópolis a partir de documentos institucionais e de entrevistas com gestores. Neste sentido, destaca-se a ênfase na APS, com matriciamento consolidado, a rede de saúde mental ainda frágil no que se refere ao contexto da reforma psiquiátrica. Também são destacados os incrementos da rede no que se refere à qualificação do acesso e as dificuldades que ainda existem pela rotatividade de profissionais.

O capítulo 7 apresenta e discute quem são os propositores e público alvo destas práticas assistenciais, quais são estas práticas assistenciais e suas relações, situa estes achados do ponto de vista dos marcos teórico-técnicos da APS e da atenção psicossocial. Daqui cabe destacar a centralização das ações de acompanhamento como competência médica, o envolvimento maior da equipe como um todo em ações de acesso e monitoramento dos casos, a abertura para um cuidado ampliado, que passa muitas vezes por um conjunto de estratégias conhecidas na APS e também por uma abordagem da corporeidade, e a constatação de que existem práticas tangenciadas pelas equipes e não aprofundadas por não serem interpretadas em todo o seu potencial.

No capítulo 8 resgata-se a articulação entre os conceitos discutidos e se faz algumas considerações sobre a distância que ainda existe entre as práticas de cuidado em saúde mental na APS e o modo de atenção psicossocial, sobre a influência da psiquiatria preventiva neste campo.

2. Saúde mental e atenção primária à saúde

2.1. Atenção primária à saúde como estratégia para superação da fragmentação do cuidado

A medicina moderna formada no século XVIII volta-se tanto aos indivíduos quanto às populações. Neste período, incrementa-se o enfoque dado às epidemias através de estratégias políticas sobre o corpo/indivíduo, o que é fundante da medicina social. Além disso, com a instauração do hospital como local de tratamento, a intervenção individual, que entre os séculos XVII e XVIII acompanhava o adoecimento individual, prognosticando sua evolução e propondo algumas medidas de interferência nela, passa a ser feita a partir de conhecimentos do campo biológico em desenvolvimento, articulados à sobreposição de um conjunto de observações, produzindo a clínica como a conhecemos hoje (FOUCAULT 1979a, 1979b).

Posteriormente, a organização hospitalar despontou como indutora da uniformização e posterior especialização da profissão médica. Um dos marcos deste processo é a reorganização da formação americana conforme proposto por Flexner, no começo do século XX, com desdobramentos em todo o mundo (ADAM, HERZLICH, 2001; McWHINNEY, FREEMAN, 2010), marcando também a formação de outras áreas profissionais da saúde. Em sentido inverso, também no começo do século XX, Dawson, então ministro da saúde na Inglaterra, propõe que a ação em saúde ocorra mais próxima das populações, em centros de saúde com população referenciada, e que seja executada através de profissionais generalistas capazes de fazer uma integração de conhecimentos, inclusive defendendo que a formação ocorresse nestes moldes.

Os serviços comunitários de saúde tomam força em um contexto internacional somente a partir dos anos 60, processo movido pela necessidade de pensar-se a extensão das coberturas assistenciais e pela constatação da inviabilidade financeira dos modelos centrados no hospital (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). É importante salientar que há diferenças entre os centros de saúde ingleses e os centros de saúde americanos que também aparecem nesta época e que, seguindo a lógica fragmentada, são exclusivamente destinados à saúde pública. Ainda, que foi justamente o modelo americano que influenciou a montagem dos primeiros serviços deste tipo no Brasil, nas rebarbas de um modelo sanitaria campanhista (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008; CAMPOS CEA, 2007; ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006).

Merhy (1997a) observa que embora situados na tradição da saúde pública, mantendo-se distanciados das ações médicas voltadas a curar, estes primeiros serviços brasileiros poderiam ter possibilitado uma abertura à clínica e a integração entre saberes, entretanto, este período foi seguido de uma valorização da medicina previdenciária que provou uma ampliação desordenada do acesso de parte da população aos serviços médicos oferecidos de forma fragmentada, o conhecido modelo médico assistencial privatista. Destaca-se que este também foi o momento em que cresceu o parque hospitalar brasileiro (com seus muitos leitos psiquiátricos), eminentemente privado e financiado pelo governo, um dos elementos de toda a crise que se segue. O movimento da reforma sanitária, fundado neste contexto, buscará, dentre outras pautas, superar a dicotomia entre as ações clínicas e sanitárias, defendendo misturá-las de forma favorável as necessidades da população. Neste sentido, a atenção primária à saúde emerge como ponto importante na oferta de cuidados e também de integração entre diversas ações.

A declaração de Alma-Ata (1978) exerceu influências neste processo nacional, uma vez que marcou uma posição dos organismos internacionais acerca da importância da garantia de direito a saúde como parte do desenvolvimento social e que defendeu a atenção primária como estratégia para países de todos os níveis de desenvolvimento. Este debate, porém, foi seguido por uma defesa da chamada atenção primária seletiva, que prevê uma atenção simplificada e de baixo custo focalizada em populações pobres. A reforma sanitária brasileira se manteve contrária permanentemente à noção de focalização, buscando ao menos formalmente e juridicamente¹ a garantia do acesso de todos aos serviços que sejam necessários, aspecto estruturado no plano doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS) no princípio da integralidade.

¹ Não se pode deixar de considerar as fragilidades do sistema de saúde brasileiro, entre elas o subfinanciamento público – que além de ser observado na comparação dos valores de investimento per capta entre sistemas nacionais também é confirmada pelo fato de os gastos do setor público representar cerca de metade dos gastos em saúde no país - acompanhado de massiva participação dos níveis privados nos serviços especializados, inclusive com significativo fluxo de subsídios e financiamento públicos (BAHIA, 2009). Este contexto reflete na falta de acesso e na baixa integração dos serviços da atenção primária à saúde com a atenção especializada de média complexidade (UGÁ, PORTO, 2008; SOLLA, CHIORO, 2008; TESSER, 2012).

O uso do termo “atenção básica” para denominar a atenção primária à saúde brasileira inclusive se consolida neste contexto, como uma tentativa de diferenciação das propostas de simplificação propostas pelos organismos internacionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Atualmente, ambos os termos têm sido utilizados de maneira indistinta, com tendência de adoção do segundo termo (MELLO; FONTANELLA; DERMAZO, 2009), o que também definiu a escolha de nomenclatura deste estudo. Salienta-se que a superação da perspectiva seletiva foi reafirmada internacionalmente em 2003, quando da publicação pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de um documento intitulado “Renovação da Atenção Primária nas Américas”, que reafirma a atenção primária abrangente, o que apoia o desenho da integralidade do SUS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Cada vez mais se reafirma também o papel da APS na organização de um sistema de saúde em rede, o que tem sido interpretado como um terceiro momento na sua história (MENDES, 2012).

Observa-se que ao ser definida como contato preferencial do usuário, a APS favorece a articulação entre as necessidades de saúde, a responsabilidade sanitária, a resolubilidade², a regionalização, a descentralização e o trabalho em equipe. A organização da atenção segundo seus pressupostos tem também efeitos no plano da clínica, uma vez que as ações executadas são pessoais (voltadas para pessoas, doentes ou não), são gerais (não restritas quanto a faixas etárias, sexo, tipos de problema), são integradas (integram a ação curativa, reabilitadora, preventiva e promotora de saúde), são holísticas (enfocam aspectos físicos, psicológicos e sociais), são continuadas e coordenadoras de cuidado. Além disso, são orientadas para a família e comunidade (STARFIELD, 2002; CUNHA, 2005). Estes aspectos merecem especial atenção para o debate de nosso tema, uma vez que terão um importante efeito na necessidade de incorporação e integração de saberes.

No contexto brasileiro, um passo importante do fortalecimento da atenção primária à saúde se dá com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que inspirado em experiências de ação comunitária como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em

² Há consenso entre os teóricos de que a atenção primária à saúde deve ser direcionada às situações mais comuns (e não mais simples) apresentando resolubilidade de 80 % dos problemas de saúde da população, e resolvendo os problemas de 90% das pessoas.

estratégias de atenção baseadas em equipes de saúde descentralizadas, prevê a atenção de grupos populacionais adscritos por serviços de saúde comunitários compostos por equipes multiprofissionais³. Este Programa foi gradativamente adotando as diretrizes da atenção primária abrangente e acabou por ser ampliado até ser adotado efetivamente como organizador do sistema de saúde brasileiro, passando a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste sentido, atualmente a ESF é o principal componente da Política Nacional de Atenção Básica, que se propõe a garantir a capilarização de serviços resolutivos de acesso universal e preferencial que executem um *“conjunto de ações de saúde de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde”*, ocupando-se também da coordenação da atenção e do ordenamento das redes (BRASIL, 2011a, p.48).

Apesar do crescimento e fortalecimento desta política nacional, ainda há diversos problemas que afetam de forma direta o cotidiano da atenção à saúde, tais como a baixa cobertura assistencial; a fragmentação da atenção atribuível também a forma de indução de políticas públicas; a falta de profissionais de formação generalista, em especial na medicina, que segue sendo hegemonicamente especializada; a falta de integração da atenção primária com serviços especializados (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Evidentemente trata-se de uma realidade com variações de acordo com a realidade local, característica presente na implantação do sistema de saúde brasileiro. Apesar de todas estas dificuldades, as demandas mais variadas não deixam de se fazer presentes nos serviços, tensionando articulações.

2.2. A rede de saúde mental como agente central para superação do “tratamento” de exclusão no asilo

O nascimento do hospital psiquiátrico, no fim do século XVIII se confunde com o nascimento da própria psiquiatria, uma vez que o novo modelo de instituição possibilitou a observação do fenômeno da loucura e a criação de um conhecimento científico acerca deste dentro

³ Uma das particularidades do sistema de atenção primária à saúde no Brasil é a inclusão na equipe do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é integrante da comunidade onde se localiza o serviço. A inclusão de profissionais de áreas multiprofissionais através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também é uma peculiaridade nacional (GÉRVAS; PÉREZ FERNÁNDEZ, 2011).

da medicina. Em contraponto à perspectiva vigente no período, de que a cura da alienação era impossível, advém uma concepção de tratamento derivada da nova forma institucional, o tratamento moral, preconizado por Pinel. Considerando-se que a loucura era um distúrbio da razão, tendo como origem os vícios, a vida desregrada e a ociosidade, assume-se que o isolamento que possibilitava conhecer também permitia intervir. Assim, propõe-se formas terapêuticas pautadas no isolamento do mundo externo, na organização do espaço, na manutenção da disciplina, inclusive através do trabalho, e na submissão à autoridade (ALVES E GULJOR, 2004).

Este modelo de tratamento e sua estrutura organizacional se espalharam pelo mundo nos séculos XIX e XX. No Brasil, o Hospício de Pedro II, primeira instituição exclusiva para alienados, e também primeira instituição de saúde pública nacional, foi fundado em 1852 (CAMPOS CEA, 2007). A ampliação destes equipamentos psiquiátricos ocorreu nacionalmente tomando formas distintas em determinados momentos históricos. Por exemplo, embora já existissem Colônias de Alienados⁴ no Brasil desde o final do século XIX, surgem na década de 40 diversos estabelecimentos deste tipo, entre eles o Hospital Colônia Sant'Ana (em Santa Catarina), através convênios com as gestões estaduais. Já no final da década 60, tem-se uma significativa ampliação dos leitos em hospitais psiquiátricos privados, parte de um intenso processo de compra de serviços pelo então sistema previdenciário de saúde (AMARANTE, 1995; PAULIN; TURATO, 2004). Neste processo histórico também mudam as formas de tratamento, assim, vão sendo incorporados os instrumentos da psiquiatria biológica, que gradativamente passa a ser hegemônica, tais como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia, e depois o tratamento farmacológico (ARANHA E SILVA, FONSECA, 2003; PAULIN, TURATO, 2004).

A superação do modelo manicomial começa a se desenhar internacionalmente por variadas experiências no pós-guerra, inicialmente sem romper com a centralidade do Hospital Psiquiátrico ou mesmo do saber psiquiátrico. As Comunidades Terapêuticas⁵

⁴ Segundo Amarante (1994) o modelo de colônias, que busca produzir uma comunidade fraternal pelo trabalho, é inspirado na prática que emergiu uma aldeia belga denominada Geel, para onde doentes migravam buscando a cura pela padroeira dos insanos, e na qual acabaram sendo inseridos na comunidade.

⁵ As comunidades terapêuticas do período eram sistemas de relações dentro da própria estrutura hospitalar, não devendo ser confundidas com aquelas que hoje

desenvolvidas por Maxell Jones na Inglaterra, e a Psicoterapia Institucional ou Coletivo Terapêutico, por François Tosquelles na França, priorizam uma produção coletiva e grupal e apontam para reformulação deste espaço através da construção de relações terapêuticas com os técnicos e também entre usuários. Já a Psiquiatria de Setor criada da França, e Psiquiatria Preventiva estadunidense, contam com ações extramuros. No primeiro caso ainda de forma articulada ao hospital, uma vez que as mesmas equipes ficam responsáveis pela assistência nos bairros e pela atenção hospitalar em alas definidas por estes. No segundo prevê-se a atuação de psiquiatras na comunidade visando a realização de intervenções antes da eclosão da doença mental, entendida a partir do modelo da História Natural das Doenças, inclusive com a detecção de casos que não procuram os serviços através da orientação a líderes comunitários.

Estes movimentos foram seguidos por outros que marcaram de forma mais intensa a crítica ao hospital psiquiátrico e ao saber psiquiátrico. Estes não deixam de ser influenciados pelos anteriores, uma vez que seus protagonistas haviam vivenciado-os⁶. Neste sentido, vimos emergir a antipsiquiatria, entende a loucura como uma produção da relação social, fazendo também críticas à estrutura familiar e social, e que propõe como tratamento auxiliar o louco a produzir um ambiente livre das coerções e repressões. Também a Psiquiatria Democrática italiana, que desacredita todos os dispositivos criados dentro do asilo por considerá-los reformulações do tratamento moral e que radicaliza propondo a liberdade como terapêutica. Cabe destacar que este último processo se fez conhecido por sua efetiva implantação na rede pública daquele país através de dispositivos de intervenção comunitária substitutivos ao hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

As experiências brasileiras irão comunicar-se com estas referidas também com suas particularidades. Em 1946, antes mesmo de que ocorresse alguma reorganização da atenção dentro dos Hospitais Psiquiátricos sob influencia dos movimentos da Psiquiatria Institucional e das Comunidades Terapêuticas, Nise da Silveira recusa-se a exercer os modos de tratamento de seu tempo e introduz a arte como elemento de

são utilizadas no tratamento das dependências químicas, criadas dentro da tradição religiosa (DE LEON, 2003).

⁶ Laing e Cooper haviam implantado experiências de Psicoterapia Institucional e Comunidade Terapêutica nas instituições nas quais estavam vinculados, assim como Basaglia, que também pode conhecer a psiquiatria preventiva nos EUA (AMARANTE, 1996, 2007).

aproximação com a loucura (LIMA, 2004). A tônica das oficinas era a expressão, o que as distancia das oficinas de produção que vinham sendo utilizadas nas instituições psiquiátricas desde Pinel. Já na década de 70, ocorre uma tentativa de ampliação da cobertura assistencial com tendência de regionalização de serviços não hospitalares, tendo entre os seus defensores no campo acadêmico e da gestão Luiz Cerqueira. Esse processo, fortemente influenciado pela Psiquiatria Preventiva, inclui ambulatorios especializados capazes de oferecer tratamentos estruturados sobretudo em medicamentos e de psicoterapias, e também práticas de saúde mental em centros de saúde primários.

Tem-se a partir deste processo uma ambulatorização que chegou a progredir em alguns estados e que ainda hoje é objeto de debate. Se por um lado avalia-se que este momento não faz parte da reforma psiquiátrica, justamente por não envolver uma crítica ao viés normativo das práticas psiquiátricas e seu ímpeto preventivista, por outro se considera que este período foi fundamental para iniciar um processo que, no contato com as correntes de psiquiatria alternativa, foi interpretado como limitado e avançou. O que acaba sendo um consenso entre os que discutem o período é que as estruturas ambulatoriais difundidas acabaram por retroalimentar a demanda por internações, o que foi facilitado por um forte sistema de lucratividade ao redor das instituições privadas. Também que posteriormente passa a ser necessário questionar sua capacidade de ampliação da farmacodependência e de psicologização da vida (AMARANTE, 1995; PAULIN, TURATO, 2004; DEVERA, COSTA-ROSA, 2007).

No ensejo deste debate, Lancetti (1989) analisa os programas de saúde mental do início da década de 80 e pontua que a prevenção em saúde mental não teria respaldo em nenhuma das teorias da clínica, e sim em um ideal de ausência de doença. O autor resgata o elo da crítica ao hospital psiquiátrico e aponta que a prevenção que deveria ser feita era ao asilo enquanto instituição. No mesmo sentido, em 1987, além da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do Encontro Nacional do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, ocorre a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um manicômio da cidade de Santos. Seguindo o processo inspirado na experiência italiana, e fortalecendo-se a atenção extra-hospitalar são criados o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e também o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do Brasil, este último com atendimento 24h. A apresentação da Lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira em 1989 é seguida da promulgação de leis estaduais com o mesmo teor (BRASIL, 2004a).

A Declaração de Caracas, produzida na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina e Caribe, realizada em 1990, reforça uma política de atenção em saúde mental estruturada nas comunidades. Em seguida são lançadas as Portarias do 189/1991 e 224/1992, que começam a dar corpo à reforma brasileira através do financiamento de uma série de ações, incluídas atenção comunitária, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares, a serem realizadas por equipes de saúde mental de centros de saúde, por ambulatórios especializados de saúde mental e em centros de atenção psicossocial, agora amparados por uma legislação nacional (BRASIL, 2004a). Cabe destacar que na cidade de Florianópolis, inserida neste contexto, previa-se já na década de 80 uma atenção em saúde mental nas unidades de saúde de forma complementar ao hospital psiquiátrico, e assumiu-se também o direcionamento da assistência a serviços de características substitutivas, fundando-se o 36º NAPS do país, já em 1995 (FLORIANÓPOLIS, 2009).

O cenário voltará a sofrer movimentos intensos no período que antecede e segue a promulgação em âmbito nacional da Lei 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Além de ações visando aumentar o controle das instituições hospitalares, tem-se neste período a formalização nacional dos Serviços Residenciais Terapêuticos (2000), o estabelecimento de variadas modalidades de CAPS (2002), a Criação do Programa de Volta para Casa (2003) e a regulamentação, com quase imediata revogação, dos Centros de Convivência e Cultura (2005). Neste processo os CAPS são apontados como serviços estratégicos responsáveis por reorganizar a demanda no âmbito do seu território, devendo estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes.

A atenção primária à saúde, já mencionada como parte da estratégia substitutiva, faz parte de alguns debates no período. Em 2004, fruto de alguns debates realizados desde 2001, foi publicado o documento “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários” (BRASIL, 2004b), que reafirma tanto a importância de incluir-se a dimensão subjetiva na abordagem de saúde em nível primário, quanto de haver colaboração destes serviços na atenção de casos graves de saúde mental. Orienta-se a reorganização da atenção por meio do arranjo matricial, a capacitação das equipes e a inclusão de indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde. Por fim cabe salientar uma nova intensificação do cenário nacional a partir de 2011, quando se incrementam principalmente as ações e serviços de atenção

aos usuários de crack, álcool e outras drogas, e assume-se de forma mais direta o modelo das redes também para a atenção psicossocial (BRASIL, 2011b).

2.3. Saúde mental e atenção primária à saúde: um olhar sobre o presente

O debate sobre as ações de saúde mental em atenção primária à saúde vem se ampliando, pois seu fortalecimento é necessário para o avanço das ações nos dois campos. No atual contexto a diretriz é a corresponsabilização das equipes de atenção primária à saúde na atenção em saúde mental, favorecendo o acesso dos usuários. Este processo exige que haja uma reorganização também da relação entre os níveis de atenção e tem sido viabilizado muitas vezes por meio da estratégia do matriciamento (LANCETTI, 2001; FIGUEIREDO, ONOCKO-CAMPOS, 2009; DIMENSTEIN et al., 2009; TESSER, TEIXEIRA, 2011).

A partir de experiências locais, o matriciamento foi teorizado por Campos (1999) como uma medida de favorecimento do vínculo entre as equipes de saúde e os usuários através da reorganização das relações entre as equipes de diferentes níveis de atenção. Neste sentido, valoriza-se a atribuição das equipes responsáveis pelo cuidado de forma longitudinal, chamadas de equipes de referência, destinando às equipes especializadas o papel de fortalecer sua intervenção. Além de atuar clinicamente quando necessário, os especialistas fazem uma parceria personalizada com a equipe de referência, processo que gera superação da cultura do encaminhamento por meio de uma co-responsabilização pelos casos. Assim, o matriciamento serve também como uma estratégia de educação permanente com vistas à ampliação da clínica destas equipes generalistas, objetivo final que tem sido alcançado em diversos locais de implantação (FIGUEIREDO, ONOCKO-CAMPOS, 2009; PINTO et al., 2012; CAÇAPAVA, COLVERO, 2008).

Salienta-se que em um primeiro momento as ações governamentais previam que os CAPS funcionassem como primeira linha de matriciamento em saúde mental, sugerindo equipes específicas atuando nesta área no caso de sua insuficiência ou ausência. Posteriormente a estratégia de matriciamento foi estendida para diversas áreas de saúde, como alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, práticas integrativas e complementares, dentre outras. Assim, através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (BRASIL, 2008a, 2011a), criaram-se marcos legais e investimentos financeiros para sua implantação. Por esta e outras ações, a atenção primária à saúde

tem cada vez mais assumido ações em saúde mental, em especial em casos moderados e leves (BRASIL, 2008b; TÓFOLI, FORTES, 2007), embora haja menor abordagem dos casos graves, ainda vistos como campos dos especialistas (TESSER, TEIXEIRA, 2011; NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007; BUCHELE et al., 2006).

Os autores que têm se debruçado sobre a aproximação entre saúde mental e atenção primária à saúde apontam a compatibilidade epistemológica das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, porém, não se furtam de apresentar os desafios emergentes neste processo de corresponsabilização (NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007; DIMENSTEIN et al., 2009; VECCHIA, MARTINS, 2009; TESSER, TEIXEIRA, 2011). Tesser e Teixeira (2011), considerando ainda insuficiente a integração entre estes dois campos, observam que se na atenção primária à saúde é baixa a incorporação das tecnologias e princípios teórico-políticos do referencial da atenção psicossocial, pelo lado da saúde mental há ainda pouca interação com a atenção primária à saúde. Nunes, Jucá e Valentim (2007), indicam que na prática concreta esses modelos entram em conflito, esclarecendo que há impasses na operacionalização de uma rede de atenção em saúde mental, em especial quanto a ações que atinjam o espaço social mais amplo. Apostam que o caminho para contornar a situação é a inclusão da saúde mental na saúde da família sob sua própria ótica, a saber, valorizando-se a abertura dada pela integralidade da assistência, pela responsabilização e compromisso de resolubilidade e pela experiência com a coletivização das ações.

A leitura deste processo histórico auxilia a compreender como a atenção à saúde na comunidade foi sendo construída, seja na reforma sanitária, seja na reforma psiquiátrica. Além de deixar claro o caminho de afinidade entre estes dois campos, possibilita um entendimento dos possíveis motivos pelos quais a reforma psiquiátrica brasileira por vezes distanciou-se da APS. Primeiramente, pois esta reforma se colocou como principal desafio romper com o tratamento por isolamento da internação, o que decididamente não vinha sendo alcançado pelos modelos de cuidados primários em geral, capazes pelo contrário de gerar mais demandas para os hospitais psiquiátricos. Daqui decorre o segundo motivo de distanciamento, a compreensão de que a saúde mental nos cuidados primários era, sobretudo, uma forma de controle e de medicalização social⁷. Parece que depois de ter sido criado um serviço

⁷ O termo medicalização social refere-se a um processo complexo que envolve a ampliação do escopo da área da saúde e dos objetos de trabalho dos

que buscava respaldar a atenção aos casos graves, mas apropriado das noções de território e comunidade, o CAPS, e de haver se desenvolvido, ainda que em dose aquém do necessário, uma ação comunitária em atenção primária à saúde, calcada também no tensionamento do modelo biomédico na direção de uma maior integralidade⁸, ficou mais fácil, coerente e urgente colocar-se a atenção primária à saúde como campo privilegiado da reforma psiquiátrica. A aproximação vislumbrada, entretanto, não nos furta de resgatar os motivos que anteriormente afastaram o serviço especializado da rede de cuidados primários, possivelmente ainda atuais.

Tendo em vista ter sido eleito o campo das práticas assistenciais como eixo prioritário deste estudo, segue-se aprofundando o conceito de prática assistencial e a partir dele as diferenças de concepção que estão envolvidas neste campo. Ainda, resgata-se como tem sido o encontro entre estes campos a partir de pesquisas voltadas a atenção em saúde mental na APS.

profissionais da saúde sobre diversas facetas da vida humana e características das pessoas (TESSER; BARROS, 2008). Será utilizado de forma distinta do termo medicamentação, que se refere de forma mais direta ao aumento do escopo de utilização de fármacos, apenas uma parte deste processo.

⁸ A reforma sanitária brasileira foi também permeada pelos debates que ocorriam na reforma psiquiátrica, o que colaborou na conceituação de termos como Território, Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico.

3. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde

3.1. Definindo práticas assistenciais

Atentando aos debates sobre saúde mental e atenção primária à saúde, observa-se que as práticas assistenciais vêm sendo pautadas nos campos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica. A reforma sanitária brasileira, por exemplo, depara-se no campo das práticas com diversos desafios que precisam ser superados para a garantia das mudanças conceituais legalmente garantidas (FEUERWERKER, 2005). Este processo é semelhante ao que vem ocorrendo na reforma psiquiátrica, em que são necessárias transformações nos eixos teórico-conceitual e técnico-assistencial, além do jurídico-político e sociocultural (AMARANTE, 2003).

A escolha do objeto deste estudo parte do pressuposto de que teoria e prática são articuladas, e que as práticas, escolhidas como eixo central de análise, portam concepções teóricas. Esta articulação se faz presente na própria definição que Mendes-Gonçalves (1992) faz das práticas assistenciais como atos de trabalho em que instrumentos e meios são utilizados sobre um objeto e orientados a um fim. A partir de tal conceituação, as análises deste estudo não se restringem aos atos de trabalho operados por instrumentos ou meios de intervenção, prevendo uma interpretação acerca de sua concepção de objeto e de finalidade. Destaca-se que estes atos de trabalho podem ter formas distintas de estruturação, não devendo ser confundidos com atividades, embora as incluam.

Buscando organizar as interpretações acerca das posições teóricas neste campo, recorre-se a caracterização da biomedicina feita por Camargo Jr. (2003) a partir dos eixos cosmologia, doutrina médica, estrutura da doença, diagnose e terapêutica. Adota-se também a contribuição de Costa-Rosa (2000) que, analisando as práticas em saúde mental, diferencia o paradigma da atenção psicossocial do modo asilar-psiquiátrico através dos eixos: concepções sobre objeto e meios de trabalho; forma de organização do dispositivo institucional; forma de relacionamento com a clientela e efeitos socioculturais que a intervenção busca produzir. Dada a delimitação deste estudo, a ênfase será dada para o primeiro e último eixos, considerando, porém, o apontamento feito pelo autor de que estes eixos são bastante associados entre si.

3.2. Algumas considerações sobre objetos, finalidades e instrumentos e meios

Seguindo o esquema proposto por Mendes-Gonçalves (1992) é possível pressupor que as práticas assistenciais em saúde mental são definidas a partir da compreensão do que é a doença mental, do entendimento sobre a resolubilidade em saúde mental, e ainda, a partir da escolha de instrumentos e meios de intervenção. Neste sentido, opta-se por uma análise detalhada de cada uma destas categorias.

Sobre a doença

Camargo Jr. (2003) aponta que embora a biomedicina explicita um doutrinamento de que seu olhar é sobre o doente, de forma implícita é a doença que tem o efeito de articulação da área. O autor afirma que nas entrelinhas do campo fica claro o pressuposto de que “*as doenças são coisas de existência concreta, fixa e imutável de lugar para lugar e de pessoa para pessoa*” (p.117). Seguindo o mesmo sentido, Costa-Rosa (2000) observa que no modo asilar-psiquiátrico dá-se ênfase à determinação orgânica da doença mental e assim toma-se o organismo como centro da doença, que no máximo amplia-se para um indivíduo.

Costa-Rosa (2000, 2011) aponta que no modo psicossocial os fatores políticos e biopsicossocioculturais são determinantes do processo de adoecer de um sujeito corporificado, desejanste, e pertencente a um grupo social. Neste sentido, o próprio modo de adoecer é compreendido nas nuances da constituição daquele sujeito e de suas possibilidades de lidar com o que se passa. Onocko-Campos (2001) observa que apesar das ressalvas na construção teórica deste campo, por vezes ainda confunde-se o processo de colocar a doença entre parênteses com negá-la, e aponta que assim, em nome da doença e da clínica, perpetua-se um olhar organicista sobre o tratamento.

Destaca-se que no modo psicossocial as determinações são recompostas, sendo mantida apenas a diretriz de que é necessário atentar para a singularidade. Assim, mesmo o orgânico é tomado de forma peculiar e assumido como parte de uma trama de relações.

Sobre a cura

Segundo Camargo Jr. (2003) dentro do campo da biomedicina tem ocorrido um descompasso entre o processo de diagnosticar e de tratar, o que pode ser exemplificado pelo percurso histórico do campo e também pelo desenho das formações. Este expõe que as medidas de tratamento existentes buscam a cura ou em menor grau a supressão de sintomas, a manutenção da condição geral do paciente e a evitação de danos ou desconforto. Destaca-se aqui que as intervenções preteridas sequer questionariam os pressupostos estabelecidos neste campo,

podendo ser interpretadas como uma forma de homeostase, ou seja, como uma maneira de permitir a manutenção do funcionamento individual pelo estabelecimento da condição mais próxima da ideal.

A discussão da possibilidade de cura em saúde mental acompanha a história da área, incluindo suas aproximações e afastamentos dos modelos biológicos. Com a dificuldade de estabelecer-se uma associação clara entre os fenômenos vivenciados e alterações de base orgânica e também de abolir a doença, no modo asilar-psiquiátrico toma a cena a supressão/tamponamento de sintomas. Segundo Costa-Rosa (2000) este processo ocorre buscando-se uma subordinação do ego à realidade e um suprimento de carências, tendo como resultado a cronificação, ou ainda de forma mais “favorável” a adaptação.

Para o autor a partir do modo psicossocial tem-se a noção de que a “cura” é um reposicionamento subjetivo e social e então se constrói uma integração da doença à existência. Costa-Rosa (2000) esclarece que neste caso, ainda que se alcance alguma supressão sintomática, esta não é o objetivo da intervenção, que assume o sujeito como portador de um desejo que deve ser valorizado e que fomenta a transformação a partir de seus carecimentos. Neste sentido, o processo de cura depende de um protagonismo do próprio usuário, e do devido espaço para fazê-lo. Sem cair-se em um olhar individualista, esta transformação também será estabelecida nas relações com a comunidade e com a família, em uma reinserção social que supere a noção de adaptação.

Sobre instrumentos e meios

Antes de avançar neste tópico, cabe destacar que os meios e instrumentos incluem um eixo estrutural dado pelos serviços, que tem sido diversificado na reforma psiquiátrica, e que as análises não devem ficar restritas a este eixo estrutural, tendo em vista que ele não sintetiza todo o arsenal em questão. Intervenções voltadas à reinserção social e mediadas pela produção, por exemplo, podem ser facilitadas pela existência de uma cooperativa de trabalho, embora não estejam necessariamente atreladas a ela. Estas podem ser realizadas em parcerias intersetoriais, ou ainda, iniciadas em um serviço, vindo a se desmembrar em outro. Neste sentido, serão de nosso interesse os instrumentos e meios de trabalho que podem ser incorporados na estrutura da atenção primária à saúde, seja de forma direta, seja por meio de parcerias.

Camargo Jr. (2003) faz uma análise das terapêuticas na biomedicina, observando que estas são legitimadas somente se medicamentosas ou cirúrgicas, ainda que incluam medidas não tão

“duras” como as terapêuticas físicas (exercícios, exposições, massagens) e dietéticas. O modo asilar-psiquiátrico buscou ao longo da história estabelecer terapêuticas compatíveis com a biomedicina, e hoje se centra na medicação. Por outro lado, conforme aponta Costa-Rosa (2000), ainda que o modo psicossocial inclua os medicamentos entre suas ofertas, são privilegiados como meios de trabalho as psicoterapias, laboterapias, socioterapias e um conjunto de dispositivos de reintegração sociocultural. Estas intervenções, que não são imutáveis, também tem sido cada vez mais flexibilizadas e diversificadas, em geral mantendo uma articulação entre os aspectos clínicos e de promoção de cidadania. Apesar da preocupação com a negligência com algum destes eixos (ONOCKO-CAMPOS, 2001; AMARANTE, 2003), avanços se dão em torno da possibilidade de interlocução entre estas categorias, agenciando relações terapêuticas (LANCETTI, 2007) e pautando a produção política que se faz na clínica (PAULON, 2004).

Nota-se que nestes modos há também diferenças na forma de incluir família e comunidade. No modelo asilar-psiquiátrico estes atores seriam incluídos de forma pedagógica e assistencial, enquanto no modo psicossocial, amplia-se sua implicação nos conflitos vivenciados, e ainda, sua participação como agentes de transformação.

3.3. Ampliando a clínica da atenção primária à saúde

A história da relação entre saúde mental e atenção primária à saúde nos permite compreender de que forma foram sendo distribuídas atribuições dentro da rede substitutiva, o que também reflete na adoção de determinadas estratégias assistenciais em cada um destes serviços. Nos CAPS, por exemplo, a intervenção em saúde mental se dá por modalidades variadas de atendimento individual e grupal, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias. Embora voltada para um maior escopo de problemáticas, as ações previstas na APS, a saber, abordagens individuais, familiares e comunitárias, a serem realizados tanto na unidade de saúde quanto na comunidade, também poderiam ser estratégias para atenção em saúde mental, ainda que muitas vezes não sejam utilizadas com este objetivo.

Se tomarmos como pressuposto que

pela ampliação operada pelo modo psicossocial quanto ao ‘objeto’ das práticas em saúde mental, entendido como existência-sofrimento, e por sua ampla crítica ao paradigma doença-cura (Rotelli, 1990) produz-se uma ampliação do conceito de

tratamento e do conjunto de meios a ele dedicados. (COSTA-ROSA, 2000, p. 156)

uma imagem objetivo da inserção da saúde mental na atenção primária à saúde a partir do modo psicossocial é que haja uma ampliação da clínica para saúde mental. Esse processo já tem ocorrido em contextos onde existe maior corresponsabilização deste nível de atenção. Nestes, há referência de uso de práticas como visitas domiciliares, articulações intersetoriais, organização de grupos e oficinas, dentre outros (FIGUEIREDO, ONOCKO- CAMPOS, 2009; TESSER, TEIXEIRA, 2011).

Cabe destacar que esta ampliação não ocorre por mera diversificação de ofertas, e sim a partir do momento em que os atos terapêuticos são produzidos na perspectiva da singularidade dos sujeitos. Assim, muitas vezes será pelos casos que irão se criar novas propostas terapêuticas, em um processo criativo constante. Esta transformação não se dá sem dificuldades, uma vez que a tendência do campo da saúde ainda é lidar com conhecimentos e ofertas bastante estruturados. Porém, não é impossível, e pode ser evidenciada, por exemplo, na análise que Figueiredo e Onocko-Campos (2009) fazem da ampliação da clínica através da implantação do matriciamento da cidade de Campinas. Segundo as autoras (p. 135) há uma *“modificação do foco da orientação da assistência, que se desloca progressivamente dos serviços e seus cardápios de programas e ofertas, para se dar a partir das necessidades dos sujeitos, das famílias, do território e da rede de relações que nele acontecem”*.

Reconhecendo que a organização da atenção deverá ser adaptada à realidade local de cada serviço (e rede), Tesser e Teixeira (2011) discutem a assistência em saúde mental na APS dividindo-a em três momentos evidentemente imbricados, a saber, a formação do vínculo, a “ambulatorização” e a autonomização progressiva. Valorizam o primeiro momento dentro da lógica do acolhimento, demarcando-o como presente em cada crise, e enfatizando que se trata de momento em que se faz necessário um conjunto de intervenções trabalhosas, mas resolutivas. Argumentam que o segundo momento, caracterizado pelo acompanhamento, deve ir além da intervenção médica, assinalando que este tende a ser o mais valorizado pelas equipes, e inclusive estendido pelo adiamento do terceiro momento, o que gera cronificação, mesmo neste nível de atenção. Esta análise acaba por reafirmar a importância da diversidade de práticas assistenciais, a serem compostas e articuladas entre si em cada caso, mesmo quando no acesso a outros níveis de

atenção. Também vai ao encontro do apontamento feito por Alves (2006) de que a diversificação da atenção é um dos componentes da integralidade.

3.4. Pesquisas sobre práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde

A análise das práticas assistenciais utilizadas em saúde mental na atenção primária à saúde, tem se tornado um eixo de investigação prioritário. Caçapava e Colvero (2008), por exemplo, realizaram estudo acerca das estratégias de atendimento utilizadas em saúde mental na atenção primária à saúde a partir de entrevistas com gerentes de cinco (5) unidades de saúde do município de São Paulo. Nestas equipes se utiliza acolhimento, sendo inclusive destacada a participação dos ACS na identificação de demandas nas unidades organizadas a partir da ESF. O acompanhamento em geral é realizado pelos especialistas nos centros de saúde onde estes estão lotados ou por corresponsabilização entre especialistas e generalistas nas unidades com ESF cobertas por matriciamento. As autoras referem que ocorre uma tentativa de desenvolver o projeto terapêutico e citam a realização de atendimentos individuais e de visitas domiciliares em conjunto. Apontam que este acompanhamento compartilhado é comprometido pela pouca oferta para a demanda existente, assim como o que ocorre nas unidades sem ESF, o que afeta a evolução dos casos. Neste sentido, acabam sendo necessárias participações em atendimentos de crise, restritas em geral a encaminhamentos à emergência. Neste estudo assinala-se que não foram identificadas ações que utilizam os recursos comunitários.

Baroni e Fontana (2009), objetivando compreender as ações em saúde mental na atenção primária à saúde no município de Florianópolis, entrevistaram coordenadores de cinco (5) centros de saúde. As autoras constatam que na maioria das equipes são realizados o acolhimento, o diagnóstico e o tratamento medicamentoso na área de saúde mental, muitas vezes contando-se com o suporte da equipe matricial ou com o encaminhamento para a rede especializada. Observam também que em todos os centros de saúde são realizados grupos temáticos (hipertensos, diabéticos, gestantes, tabagismo e adolescentes), e que somente uma das equipes afirmou trabalhar temas como relações familiares, álcool, drogas, violência, suicídio, exclusão social e transtornos mentais nos grupos existentes. A maioria das equipes desenvolve também práticas educativas de maneira geral, apoio a pessoas em situação de vulnerabilidade (desempregados, vítimas de violência, acometidos por doenças crônicas ou degenerativas).

Buchele et al. (2006) adotaram um desenho metodológico distinto e realizaram entrevistas com 20 profissionais integrantes de quatro (4) equipes de Saúde da Família de um município da Grande Florianópolis com objetivo de conhecer as ações em saúde mental. Observaram uma baixa capacitação das equipes e assim uma tímida integração entre atenção primária à saúde e saúde mental, considerada um saber especializado. Apontam que em alguns momentos, pela valorização do modo de funcionamento da própria atenção primária à saúde, emergem na fala dos profissionais eixos de integração como o acolhimento, a humanização e a qualidade de vida. Assim, embora haja tendência ao encaminhamento e a repetição da terapêutica medicamentosa, em alguns momentos se destacam a escuta e a orientação.

Buscando conhecer as condições concretas da assistência à saúde mental realizada nas equipes de saúde da família, Lucchese et al. (2009) entrevistaram 63 trabalhadores de 8 equipes que haviam recebido treinamento em saúde mental em uma região do município de Cuiabá. Identificam predomínio de ações improvisadas (que diferenciaram das ações prescritivas ou criativas), tendência a negligenciar as questões de saúde mental, predomínio de intervenções biomédicas e da prática do encaminhamento. Observam, porém, abertura para construção de outros tipos de ação em especial a partir de noções de vínculo e de um olhar mais integrado sobre o sujeito.

Arce, Sousa e Lima (2011) realizaram pesquisa similar em Brazilândia, cidade satélite de Brasília, através de entrevista com 26 profissionais de 6 equipes de saúde da família que haviam participado de curso de formação em saúde mental na atenção primária à saúde. Observam que as ações estão centradas na identificação e encaminhamento dos casos. Há relatos de ações de orientação neste processo, que não são percebidas pelos profissionais como intervenções propriamente ditas.

Em uma revisão sistemática sobre o tema, Junqueira e Pillon (2011) observam que os estudos selecionados evidenciam a falta de sistematização da atenção em saúde mental na atenção primária à saúde, a tendência a intervenções medicalizantes e ou pautadas no improvisado, o enfoque puramente individual, além do predomínio da prática de encaminhamento.

A partir desta discussão, além de demarcarem-se dois paradigmas alternativos para as práticas em saúde mental na atenção primária à saúde, pode-se constatar que a desejável diversificação de

ofertas de atenção em saúde mental na APS ainda não se consolidou. Neste sentido, acredita-se ser importante aprofundar a compreensão das ações que já estejam sendo desenvolvidas, buscando situar suas composições, e ainda entender em que medida experiências da APS dialoga, com o referencial da atenção psicossocial, que deve ser incorporado a ela e situado em sua especificidade. Neste sentido, na continuidade retoma-se um debate mais aprofundado acerca da noção de tratamento e algumas práticas específicas nesta interface.

4. Mais sobre a terapêutica em saúde mental na APS

4.1. O alargamento da terapêutica

As definições de terapêutica, no qual este estudo está inserido de forma tangencial, tem tradicionalmente se referido a escolha correta para o tratamento das diversas doenças ou no seu mais além, incluído medidas de cuidado paliativo aos doentes (REZENDE, 2010). Observa-se que este modo de ocupar-se da questão não é suficiente nem na atenção psicossocial, que relativiza os conceitos de doença, cura e, portanto de tratamento, e nem na atenção primária a saúde, que deixa de ocupar-se somente das doenças e toma como centro de sua intervenção os problemas. Neste mesmo sentido, tem sido cada vez mais comum na literatura em saúde coletiva utilizar-se a tríade saúde-doença-cuidado, ou outras variações, para referir-se a este processo de forma mais ampliada. Situado no encontro destes campos de conhecimento, este trabalho orienta-se para identificação e compreensão de uma possível diversidade e inovação das práticas assistenciais em saúde mental na APS, incluído o entendimento de suas combinações e das referências teórico-práticas envolvidas. Observa-se que é fundamental que haja mais estudos voltados a recompor parâmetros de efetividade capazes de abarcar estas práticas inovadoras, o que não foi objetivo desta pesquisa.

Devido à centralidade dos termos cuidado, atenção e tratamento, considera-se importante neste texto fazer alguns esclarecimentos acerca de seu sentido. Alves (2006) aponta que o objetivo da intervenção em saúde mental, desde o final da década de 80, tem sido cuidar, ao invés de tratar, destacando que tratar está associado ao diagnóstico⁹, e cuidar refere-se a vários problemas a serem superados. Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010) revisam e discutem os diversos sentidos do cuidado e sua utilização no campo da saúde mental, sem indicar oposição entre os termos. Observam que um dos sentidos mais presentes do termo cuidado advém da filosofia de Heidegger, que define o cuidado enquanto disponibilidade, da qual derivam atitudes, atos e sentimentos, havendo na obra deste autor menção ao cuidado inautêntico, que envolveria fazer as coisas pelo outro. A revisão enfatiza a contraposição entre cuidado e tutela também no sentido político do termo, no qual o cuidado justamente tem que se dar em uma via de emancipação. Segundo os autores, o termo também se refere a uma dimensão técnica e instrumental, especificamente relacionada ao

⁹ Observa-se que na literatura citada neste estudo por vezes a palavra diagnóstico é utilizada de forma referida exclusivamente à doenças e em outros momentos ampliada a problemas (TENÓRIO, 2000; KLOETZEL, 2006).

trabalho assistencial ou clínico, para o qual se enfatiza a dimensão do acolhimento, que envolve uma vinculação com responsabilização e também um conjunto de soluções. Quanto a este último uso, destaca-se que Merhy (2002) usa o termo cuidado reafirmando o compromisso de que todo arsenal tecnológico da saúde, aqui incluídas as medidas de tratamento, sejam, além de voltados à cura ou promoção da saúde, orientados por uma relação compromissada com os usuários. Costa-Rosa (2011) também pontua a preocupação de que o cuidado não seja um conceito cristianizado e valoriza a noção de cuidado como cuidar-se, enfatizando que o trabalho do usuário sobre o seu sofrimento é fundamental. Este autor adota o termo Atenção para referir ao conjunto de ações geralmente denominadas tratamento, cuidado, promoção e mesmo atenção, sem, portanto, buscar substituir uma pela outra. A denominação Atenção nos parece também interessante, pois sua amplitude nos poupa de demarcar estes conjuntos de ação, o que nem sempre ocorre no campo da saúde mental, onde, por exemplo, ações de tratamento têm conformação mais próxima da promoção à saúde, como se verá adiante. Neste texto adota-se o termo Atenção por sua amplitude, sendo que esta escolha não tem qualquer incompatibilidade com a denominação cuidado, largamente utilizada no campo da saúde coletiva diferenciando-se de ações tutelares/cristianizadas. Cabe observar que devido ao escopo deste trabalho o termo Atenção será usado especificamente para mencionar a atuação dos profissionais de saúde.

Esta necessidade de ampliação terminológica é coerente com o fato de que, ao menos como imagem objetivo, existe hoje uma abertura para pensar-se em planos de Atenção em saúde que sejam compostos por ações diversificadas, embasadas em um conjunto de saberes com distintas formas de estruturação (MERHY, 2002). Esta heterogeneidade de fazeres pode ser vislumbrada, por exemplo, na noção de projeto terapêutico, definido como conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde, a ser definido por um ou vários profissionais com a participação do usuário (BRASIL, 2004c). Cabe destacar que o projeto terapêutico envolve o diagnóstico, a definição de metas terapêuticas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação, e, portanto, ocorre atrelado a concepções em saúde e submetido a uma tensão do campo de conhecimento (FRANCO, 2003).

Apesar da hegemonia dos saberes do campo biomédico, tomando-se a análise da contemporaneidade desenvolvida por Jamerson (1997), cogita-se que a fragmentação pós-moderna pode estar facilitando que não nos fixemos na unicidade que anteriormente predominava, facilitando a experimentação de novas composições

terapêuticas. Esta diversificação de ofertas no campo da saúde pode estar também se fazendo necessária devido a outra característica da contemporaneidade exposta pelo autor, a saber, o fato de haver uma tendência de profissionalização de várias das relações como efeito de contatos intersubjetivos cada vez mais calcados na superficialidade. Neste caso, ainda que se reconheça que os profissionais vão cada vez mais assumindo a possibilidade de dizer sobre a realidade das pessoas (RABINOW; DREYFUS, 1995), que faz com que esta profissionalização no campo da saúde tenha contornos de biopoder, parece haver uma brecha para se inverter este processo se os profissionais buscarem devolver de forma intencional a autonomia aos sujeitos e às comunidades.

A partir destes apontamentos acredita-se ser interessante aprofundar a discussão sobre as práticas assistenciais nos encontros e desencontros da interface saúde mental e atenção primária a saúde. Para tal adotam-se os seguintes eixos: contornos da APS (acesso, integralidade, integração, longitudinalidade) e clínica da APS (tratamento medicamentoso, intervenções pela palavra, intervenções grupais, intervenções no território, articulação de rede).

4.2. Favorecendo uma aproximação através dos contornos da APS

Uma das primeiras especificidades do campo da APS é que esta se constitui a principal porta de entrada de um sistema de saúde, a referência integrada para cada um dos usuários. Seu desafio envolve assumir a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, estando o acolhimento colocado como forma de garantir acesso, estabelecer vínculo e co-responsabilização¹⁰. Além disso, a APS faz todo o seu acolhimento orientada por princípios de resolubilidade, a saber, existe justamente para auxiliar a resolver uma grande parte dos problemas de saúde, utilizando de seus recursos e dos de outros níveis assistenciais de acordo com necessidades específicas.

Em função disso, o acolhimento do serviço de APS é também um dos acolhimentos primordiais da rede de atenção em saúde mental, o que nos convoca a pensar quais são as diretrizes específicas que este campo deve fazer à APS. Tenório (2000) discutindo o processo de

¹⁰ Para uma visão crítica da concentração de tantas funções e características essenciais da APS no termo acolhimento, sobretudo o acesso, ver Tesser e Norman (2013, no prelo).

reorientação do acolhimento em serviços de saúde mental¹¹ toma como referência o enunciado “Desmedicalizar a demanda, e subjetivar a queixa” e pontua que ao invés de dar respostas (que podem inclusive não ser medicamentosas), deve-se aproveitar deste momento para facilitar que o sujeito dirija sua atenção e interesse para a dimensão subjetiva daquilo que o acomete, e neste sentido, também auxilia-lo a formular melhor seu pedido de ajuda. Este processo, segundo o autor, não implica em deixar de enfrentar possíveis riscos que estejam colocados pelos sintomas, sem esquecer, porém, que o sujeito se manifesta por eles. O autor apresenta o entendimento de que para além da compreensão do caso e da escolha da melhor terapêutica, esta forma de operar o acolhimento tem uma importante dimensão terapêutica, batizada de Clínica da Recepção. Tendo em vista que muitas vezes opera certa resolubilidade, tal processo tem fundamental importância no campo da APS, sendo também pontuado por alguns autores que a forma de acolher tem um efeito importante no processo de continuidade do atendimento (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009). Esta perspectiva vai ao encontro do que é apontado por Tesser, Poli Neto e Campos (2010) de que um dos desafios do acolhimento é justamente não ser mais uma das operações de medicalização, sendo importante que toda a equipe possa oferecer estratégias de Atenção que desviem da tendência medicalizante da abordagem e das tecnologias médicas.

Cabe-nos destacar que a APS se propõe a abordar o processo saúde-doença acompanhando o usuário de forma sistemática, superando uma leitura restrita ao corpo biológico, que passa a ser interpretado como social e psíquico. Assim, prevê o rompimento de uma cisão derivada da clássica separação mente-corpo, que não deixa ileso o campo da saúde mental. Neste sentido, espera-se a superação de um fenômeno observado por Nunes, Jucá e Valentim (2007), no qual a condição psíquica de alguns sujeitos opera como justificativa discriminatória para não lhes garantir assistência integral à saúde, inclusive tomando-os sempre por sua condição psiquiátrica, o que teve também graves consequências sobre o acesso a cuidados em saúde de diversos pacientes atendidos pelo sistema psiquiátrico (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

¹¹ Algumas discussões dos serviços especializados de saúde mental precisam ser incorporadas pela APS, sob o risco de não repetir-se o mesmo problema que já havia sido identificado nos outros níveis de atenção, sendo destes um bom exemplo a questão da ambulatorização dos cuidados em saúde mental, conforme se verá neste estudo.

Justamente por ser convocada a tomar o processo saúde-doença-cuidado de forma ampliada e sistemática a APS tem potencialidade para romper com o modelo hospitalar e mesmo com a atenção ambulatorial clássica. Entretanto, ainda que explícito no texto legal da Política Nacional de Atenção Básica que

A atenção básica caracteriza-se por 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.” (BRASIL, 2011a, p. 48)

observa-se que em muitos casos à Estratégia de Saúde da Família tem sido atribuída uma atuação com ênfase na promoção à saúde e prevenção de doenças ao invés da integração entre estes tipos de ação. Esta noção produziria em seu extremo uma desvalorização das ações de tratamento e reabilitação, remetendo excessiva parte dos adoecidos a uma intervenção clássica em outro nível de atenção. O que se baliza aqui é que as concepções de promoção da saúde são o eixo transversal das intervenções na APS e que devem ser também referências em uma abordagem centrada na pessoa, rompendo-se com uma visão estereotipada de que a promoção à saúde é uma ação executada apenas de forma coletiva (FERREIRA NETO, KIND, 2010). Também nos parece importante observar que esta articulação entre os vários tipos de intervenção se faz potente no campo da saúde mental, onde não existe uma divisão tão precisa entre as formas de Atenção, podendo-se observar que algumas ações, como por exemplo, um grupo de artesanato, pode ser base de ações de reabilitação para casos mais graves, como pode ser estratégia de promoção à saúde para outros usuários.

Ressituando a crítica ao modelo hegemônico médico-curativo-assistencial, observa-se que a atenção primária à saúde não pode prescindir da atenção individual, ainda que a vinculação deste espaço a procedimentos e prescrições mereça alerta. Pesquisa realizada na cidade de Fortaleza (ARRAIS, 2007) observou que a prescrição foi o desfecho de atendimento para 60,5% dos entrevistados que usaram serviço público. Já Santos e Ribeiro (2013), em pesquisa realizada em uma ESF,

também na cidade de Fortaleza, evidenciaram o desfecho prescrição em 78% dos atendimentos, sendo que estes representavam 47% do total de intervenções, que envolviam 14% de encaminhamento para exames e 14% de orientações em saúde, aconselhamento ou dieta. Apesar de desconhecidas pesquisas que façam esta análise especificamente para as intervenções em saúde mental no cenário nacional, este contexto nos faz deduzir os desafios para uma abordagem não farmacológica ou procedimental também neste campo.

Neste mesmo sentido, outro fato que merece atenção são as ainda escassas consultas de enfermagem, que também poderiam contribuir para uma abordagem individual não farmacológica. Neste sentido cabe destacar que Luz (2009) observou que as consultas de enfermagem nos centros de saúde de Florianópolis em geral restringiam-se, a época de seu estudo, a avaliação de risco em intercorrências e a coleta do exame preventivo do colo uterino. Caixeta e Moreno (2008) também observam pouca ênfase nas consultas de enfermagem em saúde mental no trabalho de enfermeiros da cidade de Botucatu.

4.3. Situando a clínica que tem sido utilizada na APS Tratamento Medicamentoso

O alto consumo de psicotrópicos tem sido apontado por diversos autores como um fenômeno contemporâneo. Dentre as hipóteses para esclarecimento deste processo está o fato de que a farmacoterapia se tornou uma modalidade hegemônica nas intervenções em saúde mental (COSTA-ROSA, 2011; RODRIGUES, 2003) e também que tem sido utilizada para situações de sofrimento que anteriormente sequer entrariam em seu escopo de intervenção. Neste sentido, dados das poucas pesquisas de amostra domiciliar realizadas sobre o tema no Brasil indicam que em torno de 10% da população faz uso deste tipo de medicamento, sendo os ansiolíticos e os antidepressivos os medicamentos mais utilizados, estes últimos com ampliação expressiva no período mais recente (RODRIGUES, FACCHINI, LIMA, 2006; LIMA et al., 2008). O perfil dos usuários de psicotrópico é também bastante conhecido, sendo a maioria significativa mulheres na faixa etária acima de 40 anos e usuárias de serviços de saúde (RODRIGUES, FACCHINI, LIMA, 2006; MALUF, 2010).

Neste sentido, por vezes prepondera uma interpretação de que a atenção primária a saúde colabora com este processo de medicalização, uma vez que esta amplia o acesso populacional a uma gama de intervenções médicas sobre o sofrimento. Embora haja o entendimento que o aumento das prescrições de psicotrópicos não é um processo

isolado por nível de atenção, ou que ocorre somente na rede pública, concorda-se que é preciso identificar de que forma a atenção primária a saúde tem efetuado o atendimento em saúde mental. Cabe destacar que em âmbito mundial, juntamente com a diretriz de ampliar-se o tratamento em saúde mental na atenção primária, sinaliza-se que a disponibilidade de psicotrópicos deve ser feita em diversos níveis de atenção e ainda que *“muitas vezes, eles proporcionam o tratamento de primeira linha, especialmente nas situações nas quais não estão disponíveis intervenções psicossociais nem profissionais altamente capacitados”* (OMS, 2001, p.17).

Estudos brasileiros têm indicado a centralidade da intervenção farmacológica na atenção em saúde mental na APS, e também seus efeitos no processo de trabalho das equipes. Dimenstein et al. (2009), em entrevistas com profissionais de equipes de saúde da família de uma região de Natal, observaram que a demanda mais frequente de saúde mental nestas unidades era a renovação de receitas para continuar o tratamento. Assim, a abordagem das equipes girava em torno destas receitas ou do encaminhamento para os especialistas, em geral sem crítica ao ocorrido. Pinto et al. (2012), em estudo realizado sobre matriciamento em dois (2) municípios no estado do Ceará observaram que a dispensação de psicotrópicos constituía na principal atuação em saúde mental na ESF, incluindo nesta atividade as ações de controle para este procedimento. Neste estudo, há referência a rotina de renovação de receitas controladas, na qual se faz uma revisão do prontuário e com isso a captação dos casos que estão sem acompanhamento médico. Caixeta e Moreno (2008), em estudo realizado na cidade de Botucatu, identificaram que controlar a dispensação dos medicamentos era uma ação realizada e reconhecida como intervenção pelos enfermeiros de saúde da família, inclusive por seu caráter procedimental. Onocko-Campos et al. (2012) identificaram em seu estudo realizado na cidade de Campinas que os usuários faziam longos períodos de uso de psicotrópicos, com esparsas reavaliações e que havia carência de ofertas terapêuticas alternativas. Associaram estes fenômenos a prática de repetição de receitas, que é criticada pelos usuários e também identificada como inadequada pelos profissionais, embora referida como estratégia para garantir continuidade no tratamento.

Neste sentido, Boaz e Fait (2011) a partir da análise de prontuários e questionário, observam que 23% dos usuários de psicotrópico de um centro de saúde em Porto Alegre não haviam realizado revisão médica no último ano, e que 31% deles haviam passado por consulta médica sem ter abordada a questão da saúde

mental, fazendo emergir a hipótese de que a prescrição de psicotópicos esteja descolada de outras ofertas terapêuticas, inclusive de acompanhamento médico. Rosa et al. (2012) em estudo transversal com usuários de psicotrópico da rede municipal de Tubarão observam que apenas 24,8% destes haviam passado por reavaliação médica no prazo máximo de dois (2) meses (o intervalo máximo entre as prescrições), sendo identificados intervalos de até 15 meses da data da entrevista, com média de intervalo de avaliação de cerca de cinco (5) meses e meio.

Neste sentido, considera-se que uma das questões que merece atenção como uma forma de compreender tanto o domínio da intervenção farmacológica quanto sua possível dissociação de um plano de atenção é a prática de renovação das prescrições de psicotrópicos. De início cabe salientar que se trata de um tema pouco abordado em estudos acadêmicos nacionais, sendo referido como escasso também na literatura internacional, apesar da ocorrência deste tipo de intervenção também em sistemas de saúde mais estruturados (COUTO, 2011). Tal situação toma uma maior dimensão entre os psicotrópicos, haja vista que segundo rege a legislação nacional, o intervalo para reavaliação de usuários é de no máximo 60 dias, diferentemente para outros medicamentos, em que é possível indicar avaliações a cada seis (6) meses (FLORIANÓPOLIS, 2010d). Destaca-se que o impasse entre o estabelecido legalmente e a realidade das práticas pode dificultar que este tema esteja sendo discutido.

Intervenções pela Palavra

A APS, justamente por seu caráter longitudinal, e por sua visão integralista, é uma das áreas da saúde que evidencia a importância da relação usuário-trabalhador de saúde¹². Seu campo teórico-técnico valoriza esta dimensão, por exemplo, através da importância dada ao acolhimento/escuta ou da defesa de uma abordagem centrada na pessoa. Estes marcos operam na relação clínica como um todo, na medida em que os usuários buscam as unidades de saúde como um espaço de interlocução, mas parecem esmorecer na medida em que as queixas de saúde mental passam a demandar alguma intervenção mais específica (POLI NETO, 2011). Assim, chama atenção que ainda domina uma intervenção que parece bastante alheia ao debate do campo da atenção psicossocial e de suas tecnologias (JUNQUEIRA; PILLON, 2011).

¹² Tomando-se emprestado o termo utilizado por Barros, Jorge e Pinto (2010), por entender-se que não se trata de processo específico de uma profissão, ainda que se observe a importância do debate sobre a relação médico-paciente.

Cabe destacar que este impasse não é exclusivo do campo da APS, pois na saúde mental, apesar das transformações, uma clínica tradicionalmente estruturada sobre o exame também demanda que seja produzido outro sentido às práticas, mais relacionado ao desviar ou romper (ONOCKO-CAMPOS, 2001; AMARANTE, 2003; LANCETTI, 2007).

Observa-se que na literatura hegemônica de saúde mental para os profissionais da APS ainda há enfoque na díade tratamento farmacológico e/ou psicoterapêutico, com debates acerca da psicoterapia bastante baseados em critérios de efetividade, fundamentados na medicina baseada em evidências. Segundo Poli Neto (2011), este processo acaba por sempre inclinar à terapia farmacológica, haja vista a dificuldade de se utilizar recursos psicoterápicos no cotidiano da ESF. A ampliação deste debate passa, portanto, por uma compreensão do quanto o processo de escuta depende do processo de psicoterapia e remete a necessidade de pensar quais são as intervenções que de fato têm sido realizadas pelos profissionais não psicoterapeutas. Neste sentido, Eizirik, Osório e Oliveira (2006) relatando um caso de luto atendido na APS, caracterizam como uma intervenção típica de medicina de família e comunidade a utilização da capacidade de perceber o que se passa e de se identificar empaticamente, não acrescentando elementos potencialmente iatrogênicos, sejam estes farmacológicos ou psicológicos. Hetem et al.(2011), falando do tratamento não farmacológico para depressão unipolar, também observam que a abordagem usual do generalista de referência, sem uma técnica psicoterapêutica específica, tem se mostrado capaz de gerar melhora de pessoas com sintomas depressivos leves e moderados.

Chiaverine et al. (2011) ampliam o escopo do debate e delimitam uma diferenciação entre as intervenções terapêuticas na APS e as intervenções psicoterapêuticas. Observam que a diferença consiste no fato de que as psicoterapias envolvem uma formação teórico-prática específica, tendo em vista serem baseadas em teorias psicológicas. Estes enfatizam a possibilidade de que dentro de alguns planos de atenção sejam compartilhadas algumas intervenções terapêuticas pelos profissionais da APS, que devem ser capacitados para tal. Dentre as intervenções terapêuticas de uso consagrado na APS citam a reatribuição de sintomas somáticos sem explicação médica, a terapia de resolução de problemas, a terapia interpessoal breve, a terapia comunitária, a intervenção breve para dependências químicas, outras terapias cognitivas e comportamentais (ativação) e as práticas corporais e integrativas.

Ainda que se tenha a comemorar um leque de intervenções ampliado na APS, certamente merecedor de maiores explorações, cabe-nos observar a importância da reafirmação dos modelos teóricos, e aqui não só psicológicos, que delimitam o campo da atenção psicossocial na APS¹³. Situar uma teoria do sofrimento pode facilitar que haja uma ampliação da clínica dos não especialistas, não apenas de forma procedimental. Também que se alcance maior coerência entre o que se concebe como intervenção em nível primário e na rede especializada.

Cabe destacar que mesmo nos serviços especializados faz-se uma abordagem que vai muito além da psicoterapia, e que tem recebido muitas vezes a denominação de clínica ampliada, em que pese advertir a preocupação em não nomear como clínica tudo o que se produz (AMARANTE, 2003). Além disso, destaca-se que a clínica ampliada volta-se para a necessidade dos sujeitos, o que difere de tomar a epidemiologia como prioridade, de oferecer acesso sem qualidade, ou de tratar somente de doenças (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Grupos, oficinas e afins

As atividades grupais são bastante centrais na terapêutica no campo da saúde mental. Estas foram utilizadas ainda dentro das instituições totais, e seu desenho foi se transformando juntamente com a instituição psiquiátrica, passando-se pela implantação de psicoterapias grupais (MELLO FILHO, 2000). Os desenhos contemporâneos nos serviços especializados, entretanto, têm privilegiado atividades como as oficinas terapêuticas, que colocam a arte e a criação como mediadores de subjetividade, processo que também é valorizado na clínica das psicoses (LIMA, 2004).

Dentro do contexto da atenção primária à saúde, de forte viés comunitário, as modalidades grupais destacam-se como ferramentas privilegiadas de intervenção, utilizadas, por exemplo, para educação em saúde de pacientes crônicos, ainda que gradativamente estejam desenvolvendo-se dentro de outras referências (FERREIRA NETO, KIND, 2010; MENDES, 2012). A familiaridade com esta modalidade de intervenção pode estar associada aos achados de Figueiredo e Onoko-

¹³ No período de finalização desta dissertação tem-se a publicação de uma importante referência neste campo, o número 34 dos Cadernos de Atenção Básica, com o tema Saúde Mental (BRASIL, 2013). Neste, adota-se uma inicial abordagem de cuidado, sofrimento, pessoa e território de forma antecipada e independente de um conjunto de estratégias de intervenção, conforme sinalizado neste tópico.

Campos (2009), que observam que as equipes de referência apresentam mais segurança na realização de abordagens em saúde mental por meio de grupos. Destaca-se que intervenções que utilizem os recursos de grupo em saúde mental na APS não precisam ser construídas especificamente sob o eixo especializado. Grupos de caminhada foram utilizados no Projeto Qualis como potente estratégia de intervenção (LANCETTI, 2001), o que nos remete a potência de grupos que não sejam estruturados por patologia, reorientação que tem sido buscada, por exemplo, na cidade de Belo Horizonte (FERREIRA NETO; KIND, 2010). O uso desta estratégia de forma mais direcionada também tem demonstrado potencial para construção de intervenções psicossociais na APS, ainda que também possa ser capturada pela lógica asilar-psiquiátrica (MINOZZO et al., 2012).

Apesar da potencialidade das práticas grupais, as pesquisas sobre o tema da saúde mental na APS não tem destacado os grupos de saúde mental como prática de intervenção adotada (JUNQUEIRA; PILLON, 2012). Assim, resgata-se o desafio de propor ações como esta, dentro de uma ética da qualificação da atenção e não como mera forma de reduzir custos (BEZERRA JR, 2007a), e ainda, a necessidade de articular estas ofertas com as demais ações desenvolvidas na unidade de saúde. Onocko-Campos et al. (2012), por exemplo, em pesquisa sobre a inovação da atenção realizada na cidade de Campinas, observaram que os usuários sabiam da existência dos grupos de hipertensos e reconheciam sua importância no tratamento e melhor atendimento da equipe, embora observassem falta de divulgação e encaminhamento pelos médicos.

Abordagem Comunitária

Dentre os pontos que têm sido valorizados pela rede especializada em saúde mental quanto à parceria com a ESF esta sua proximidade da comunidade, inclusive através do trabalho dos agentes comunitários de saúde, e também o fato desta propiciar uma abordagem centrada na família e não no indivíduo (AMARANTE, 2007; VECCHIA, MARTINS, 2009). Entretanto, as pesquisas sobre práticas assistenciais em saúde mental na APS indicam que as intervenções não têm contemplado esta dimensão (JUNQUEIRA; PILLON, 2012).

Vecchia e Martins (2009) apontam que a convergência entre saúde mental e APS no processo de desinstitucionalização passa por uma avaliação crítica do lugar ocupado pelas famílias, superando concepções culpabilizantes e oferecendo pronto suporte a estas. Neste sentido, Rosa (2003) faz um apanhado histórico acerca do trabalho com

famílias no campo da saúde mental, pontuando que há um conjunto de compreensões que coexistem e se imbricam, dentre elas modelos que colocam a família como responsável pela eclosão da doença mental, como merecedora de cuidados integrados, ou ainda como agente de cuidado (com toda a sobrecarga envolvida). Em consonância com a crítica aos modelos que ainda imperam na abordagem com famílias, Sarti (2010) observa que são bastante idealizadas e naturalizadas as concepções sobre família que fazem presentes nas práticas da ESF, e que há uma aproximação instrumental com este núcleo, interpretado como uma face importante da comunidade. Tem sido referida, por exemplo, uma capacidade de controle social nesta extrema proximidade com o cotidiano dos usuários, em especial com a tradição de controle da saúde sobre a vida, o que é superável apenas se adotada a concepção de território como existência, noções de comum, e se tomados como referência os princípios éticos de integralidade e de desinstitucionalização (LANCETTI, 2001; LEMKE, SILVA, 2011).

Por fim, cabe destacar que esta inserção no território das famílias e comunidades, também se faz em um conjunto de potenciais parcerias intersetoriais, essenciais tanto para a saúde mental quanto para a APS, sendo este um ponto a avançar no sistema de saúde brasileiro (FEUERWERKER; COSTA, 2000). Parte das dificuldades da ação intersetorial consiste em operar parcerias na intervenção cotidiana, que de fato poderia consolidá-la. Esta transformação depende do reconhecimento dos demais setores acerca da importância do papel da APS na rede de atenção, mas também de uma ação da APS mais articulada a outros dispositivos. Onocko Campos et al. (2012), por exemplo, observaram em seu estudo que a justificativa para utilização de espaços territoriais para ações pelas equipes de saúde era mais atrelada a falta de espaço físico do que na integração com o território, além de terem identificado que as ações comunitárias acabam ficando exclusivamente atribuídas aos agentes comunitários de saúde.

Acompanhamento articulado com outro nível da rede de saúde

Os estudos sobre práticas assistenciais em saúde mental na APS têm mencionado o encaminhamento como uma prática comum das equipes (CAÇAPAVA, COLVEIRO, 2008; BARONI, FONTANA, 2009; BUCHELE et al. 2006; LUCCHESI et al., 2009; ARCE, SOUSA, LIMA, 2011; JUNQUEIRA, PILLON, 2011). Dentre as pesquisas referidas, é a precariedade da intervenção em saúde mental na APS que, em parte, justificaria este tipo de encaminhamento, pouco

articulado a ações feitas nas próprias equipes. Cabe-nos observar, entretanto, que nenhum serviço de saúde tem capacidade de resolver sozinho todas as demandas de atenção, e que a APS, por sua atribuição de coordenação do cuidado, tem responsabilidade de manter-se sempre como referência. Assim, em um adequado funcionamento de rede terá sempre um conjunto de parceiros especializados (CAMPOS, 1999).

Uma das articulações que merece mais atenção dentro de uma lógica efetivamente psicossocial é a ação articulada em momentos de crise. Se algumas interpretações da organização de rede se fazem pensando que os casos mais graves devem ir aos serviços especializados, onde de fato há mais recursos para atenção à crise, as escolhas neste percurso são feitas também pelos usuários e seus familiares, o que muitas vezes culmina no atendimento de crises na atenção primária à saúde, com todos os desafios trazidos. Caçapava e Colvero (2008) observaram que não existia nas equipes de seu estudo um olhar ampliado sobre a crise no sentido de abordá-la a partir da escuta, e sim uma tentativa de retomada da homeostase, sendo a intervenção operada pelo encaminhamento à urgência. Pinto et al. (2012) analisando a articulação das ações das equipes de ESF e de CAPS pelo processo de matriciamento, observam que ainda que as diretrizes de acolhimento e vínculo favoreçam uma atenção continuada nas equipes de ESF, em situações de crise as intervenções remetem ao encaminhamento para unidades especializadas, em especial emergências psiquiátricas hospitalares. Cabe destacar que esse lugar de passagem na atenção às crises já era previsto no modelo da Psiquiatria Preventiva, sendo justamente um dos motivos à forte crítica que se estabeleceu a ela como uma produtora de controle sobre a loucura com um grande volume de internações (JARDIM, DIMENSTEIN 2007; AMARANTE, 1995). Neste sentido, reafirma-se que a atenção à crise, momento crucial da intervenção em saúde mental, e que segue sendo um desafio no âmbito da reforma psiquiátrica, mesmo em serviços especializados, é também crucial para os serviços de APS, que devem contar com os CAPS como seus primeiros parceiros. Além disso, observa-se que esta intervenção marca uma profunda diferença no campo paradigmático, por sua percepção como uma agudização de sintomas psiquiátricos, a serem suprimidos, ou como um momento de ruptura, que merece uma atenção imediata, mas centrada na pessoa e não na doença (FERIGATO, CAMPOS, BALLARIN, 2007; JARDIM, DIMENSTEIN, 2007).

Dado este apanhado de debates sobre a relação entre saúde mental e APS por meio da terapêutica, observa-se que existe um

conjunto de particularidades que facilita tanto o entendimento dos desencontros nas intervenções destes campos, quanto algumas afinidades a serem aprofundadas. A partir destes destas referências tem-se suporte para construção de eixos de investigação e de análise do material empírico que este estudo se propõe a produzir.

5. Percurso metodológico

Considerando seu objetivo de descrever e analisar práticas assistenciais que vem sendo utilizadas em saúde mental na APS do município de Florianópolis, esta pesquisa foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com gestores, profissionais, usuários, observação direta de práticas assistenciais e pela análise de documentos institucionais e de registro da Atenção, no caso, os prontuários.

Este estudo propôs-se também a uma compreensão do funcionamento destas práticas assistenciais e de sua composição nos percursos de Atenção, além de almejar situar estas ações nos campos teórico e prático da saúde mental e da APS. Tal processo foi pautado em uma perspectiva que assume a dimensão do cuidado como faceta fundamental da organização da atenção em saúde (MERHY, 2007b; CAMPOS, 2006). Também foi estruturado reconhecendo a diversidade de práticas assistenciais e suas influências paradigmáticas, destacando no campo da saúde mental o modo de atenção psicossocial ou asilar-psiquiátrico (COSTA-ROSA, 2000). A partir das discussões feitas anteriormente em plano teórico, explicita-se que se pretende diferenciar as práticas realizadas segundo o modo psicossocial e o modo asilar-psiquiátrico, que pode ser incluído como eixo da biomedicina, pela valorização da singularidade como abertura para o posicionamento subjetivo do sujeito no processo de tratamento, pela valorização da relação social contratualizada/cidadania, pela utilização do vínculo como estratégia terapêutica. Ressalva-se que, mesmo partindo do entendimento de que a saúde mental esta incluída em diversas intervenções em saúde, a fim de facilitar este estudo, serão consideradas práticas assistenciais em saúde mental aquelas empregadas para a abordagem de sofrimento psíquico, de problemas psicossociais e para atenção de sujeitos com diagnóstico psiquiátrico, além de ações voltadas a fortalecer o desenvolvimento psicossocial. Cabe observar que no campo de conhecimento da saúde coletiva existe reconhecimento da diferença da natureza dos métodos qualitativos e quantitativos, sobretudo quanto ao modo de apreensão do objeto pesquisado. Neste sentido, ao menos no campo conceitual, nenhum dos modos de pesquisa mostra-se mais verdadeiro, ainda que se mantenha no âmbito acadêmico uma maior valorização dos métodos quantitativos, sobretudo por sua capacidade de extensão e generalização, e ainda pela impressão disseminada, leiga e mesmo douta, de que estes seriam mais objetivos,

aspecto amplamente debatido ao longo da história¹⁴. Buscando superar a fragmentação do conhecimento, a complementaridade entre ambas as naturezas de estudo tem sido cada vez mais valorizada, sobretudo quando da possibilidade de juntarem-se equipes aptas para o trabalho com os dois métodos (MINAYO, 2006). Além disto, a relação entre os dois campos faz-se presente, inclusive fruto da própria dinâmica da produção de conhecimento. Observado que a pesquisa qualitativa apresenta potencial para “*compreensão em profundidade de práticas, lógicas de ação, terapêuticas, políticas, programas e demais ações dos serviços de saúde*” (MINAYO, 2006, p.75), dada a construção de objeto deste estudo, fez-se a opção pela abordagem qualitativa, sem abrir-se mão da possibilidade de contar com dados quantitativos no decorrer da pesquisa, a serem incorporados, porém, em diálogo com os demais dados e dentro de uma perspectiva exploratória e argumentativa.

De forma compatível com os princípios da pesquisa qualitativa, que exigem do pesquisador abertura e flexibilidade para apreensão da realidade (MINAYO, 2006), adotou-se um viés investigativo que reorganiza o campo em busca das experiências diversas, ainda que considerada a existência e o objetivo de reconhecimento de práticas hegemônicas. Neste sentido, esta pesquisa não se propôs a fazer uma descrição conclusiva e valoração da realidade observada, mas almejou identificar pontos de densidade e tendência nas intervenções, ou seja, a localizar aquilo que as equipes tem feito de forma costumeira, ou com facilidade, e também aquilo que tem buscado fazer e para o que dão destaque. Isso a diferencia de uma avaliação, que poderia ser feita sobre os mesmos objetos, seguindo-se focos de investigação e análise distintos. Cabe destacar que se assume o referencial da atenção psicossocial e uma crítica ao modelo asilar-psiquiátrico/biomédico, e que se propõe a apontar caminhos para uma maior aproximação entre APS e atenção psicossocial.

Salienta-se que a fim da aumentar a qualidade deste estudo, adotou-se uma perspectiva de triangulação na coleta de dados, que segundo Triviños (1987) busca ampliar a capacidade de descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Neste sentido, além da

¹⁴ Minayo (2006) argumenta que a objetividade tem um caráter idealizado na pesquisa qualitativa. Diferencia-a da objetivação, que é a melhor compreensão do tema de pesquisa, e que é alcançada pela interação entre teoria, método e criatividade do pesquisador.

saturação¹⁵ dada no processo de escolha de inclusão das equipes e usuários no estudo, houve um processo similar a este que se deu a partir do cruzamento de informações advindas de fontes diversas.

5.1. Participantes

Foram participantes deste estudo de forma direta 21 profissionais e 20 usuários da rede de atenção primária à saúde de Florianópolis, em que estiveram abarcadas nove (09) equipes de saúde da família distintas e também profissionais da gestão municipal. Eles foram escolhidos conforme segue descrito.

5.2 Procedimentos de coleta de dados

Este estudo incluiu um período de contrato institucional com os técnicos da secretaria de saúde para viabilizar a realização da pesquisa. Alguns gestores também foram entrevistados ao longo da pesquisa como forma de contextualizar o campo (conforme Apêndice A). Esta contextualização foi complementada pela leitura de documentos institucionais públicos que versam sobre a organização das redes de saúde mental e de atenção primária a saúde.

As equipes participantes do estudo foram sorteadas aleatoriamente a partir de uma listagem das existentes na cidade de forma a incluir sempre centros de saúde distintos e contemplando todos os distritos sanitários da cidade dentro de uma proporcionalidade. O primeiro contato foi feito com a coordenação da unidade de saúde, momento no qual se esclareceu que para iniciar o estudo seria feita entrevista com profissional de nível superior da equipe mínima de ESF sorteada, a saber, médico ou enfermeiro, e combinou-se a melhor forma de aproximação com a equipe. Em quatro (4) equipes foi realizada apresentação da pesquisa em reunião de equipe antes da referida entrevista. Neste momento também foi excluída do estudo equipe que estava em alteração simultânea de médico e enfermeiro. Observou-se o direcionamento desta primeira entrevista para o profissional médico, uma vez que das quatro (4) equipes que tiveram como informante o enfermeiro, duas (2) estavam sem médico e outra teve participação do profissional de medicina para complementar as informações.

¹⁵ Fontanela, Ricas e Turato (2008), em uma abordagem crítica do termo saturação, observam que esta estratégia para a delimitação de amostra em pesquisas qualitativas relaciona-se aos objetivos estabelecidos e ao referencial teórico que estabelecem o nível de profundidade a ser explorado.

As entrevistas foram realizadas na unidade de saúde no período de 25/09/2012 a 15/10/2012 conforme roteiro semi-estruturado (Apêndice B). Visavam a uma breve contextualização do funcionamento da equipe e principalmente identificar e descrever as práticas assistenciais utilizadas para abordagem de saúde mental. Das nove (09) entrevistas realizadas, uma teve que ser refeita por problema com a gravação e uma não foi gravada a pedido do profissional entrevistado.

Embora cogitado um censo ou questionário, optou-se por iniciar o estudo já com metodologia qualitativa como forma de favorecer o acesso às equipes para o andamento da segunda parte do estudo. Considera-se que esta escolha metodológica não trouxe prejuízo ao objetivo de identificação das ações de saúde mental, dado ter propiciado a exploração do que é feito no cotidiano das equipes, inclusive de ações não hegemônicas ou outras ainda não nominadas. Nas próprias equipes pesquisadas foram identificadas ações diversificadas, não tendo sido sequer necessário partir para uma pesquisa intencional de boas práticas, conforme alternativa também planejada inicialmente.

Posteriormente, a partir destas equipes, foi realizado estudo de aprofundamento das práticas assistenciais identificadas, o que ocorreu por meio de diversos retornos às unidades, que incluíram entrevistas com outros profissionais envolvidos nas ações, e mesmo com o profissional já entrevistado, visando aprofundar o entendimento de alguma intervenção (conforme Apêndice B, questão 4) e também observação de atividades (segundo apêndice C). Ainda que de início houvesse sido planejado restringir a segunda etapa a poucas equipes, apenas uma delas foi excluída da continuidade do estudo por não funcionar efetivamente como uma equipe de ESF, haja vista não haver efetiva adesão de sua clientela. Tendo em vista serem oito (08) as equipes participantes desta etapa de aprofundamento e apenas uma pesquisadora em campo, não foi possível manter de forma concomitante a inserção em todas as unidades e uma frequência intensa de visita a elas. Neste sentido, esta etapa foi realizada de 09/10/2013 a 15/01/2013, com retomada de algumas visitas nos meses de junho e julho de 2013. Na inserção em cada nas equipes buscou-se aprofundar o entendimento de algumas atividades específicas, ainda que tenha sido mantida neste momento a abertura a uma maior compreensão do conjunto das práticas assistenciais desenvolvidas. Nesta etapa foram realizadas oito (08) entrevistas com profissionais das áreas psicologia, educação física, fisioterapia, enfermagem, medicina, com coleta de informações sobre diversas ações e observação de seis (06) atividades, tais como grupo de apoio psicológico, oficina, matriciamento de psicologia, Visita

Domiciliar (VD), reunião de equipe, atendimento com Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Cabe destacar que em especial no relato dos profissionais de NASF há exemplos de situações que envolvem também outras equipes, havendo cuidado em aproveitá-las para enriquecer este estudo, mas com a ponderação do fato de estarem sendo realizadas em outros centros de saúde.

A partir das intervenções identificadas na primeira parte do estudo, e destes contatos de aprofundamento, também foram escolhidos os usuários convidados para os estudos de caso, com quem se realizou uma entrevista e a quem se solicitou autorização para a análise de prontuários (conforme Apêndices D e E). Para escolha destes casos, buscaram-se composições variadas, apresentadas no esquema do Apêndice F. Para as intervenções coletivas, por exemplo, foram incluídos todos os usuários da equipe de interesse baseando-se nas presenças da data/período de contato, utilizando-se como apoio o Relatório Ambulatorial de Atendimento Coletivo (RAAC) e as informações de endereço dos prontuários. Para as intervenções individuais além da indicação dos profissionais, buscou-se fazer o convite a usuários que buscaram a unidade no dia de visita da pesquisadora e sorteio dentre as listas de casos. Embora os casos tenham sido escolhidos por uma das intervenções, no decorrer de suas análises pode ser observado um leque de ofertas assistenciais, o que enriqueceu e facilitou este estudo. Assim, algumas ações nem precisaram de indicação de casos específicos, por já terem sido contempladas no conjunto de casos, como o acolhimento de enfermagem e o matriciamento de psiquiatria.

Além dos 20 entrevistados, foram três (3) os usuários que não foram localizados, dois (2) os usuários que se recusaram a participar da pesquisa e dois (2) os usuários que faltaram à entrevista agendada. Destaca-se que três (3) usuários entraram nos critérios para o convite, que não foi considerado adequado para o momento vivenciado no tratamento, especificamente situações de crise. Em alguns casos, posteriormente se verificou que os usuários participantes não eram da área pesquisada, sendo observados tanto falha no registro de endereço como a existência de adscrição por vínculo, o que pode confirmar a falta de adscrição territorial já referida em outros estudos (Luz, 2009). Todos os casos já abordados foram mantidos no estudo.

As entrevistas da maioria dos usuários foram realizadas na unidade de saúde, com exceção das entrevistas de duas (2) usuárias atendidas por VD, que embora tenham voltado a ir para o CS preferiram ser entrevistadas em domicílio e de outras duas (2) usuárias que

preferiram agendar a entrevista no domicílio. Além disso, dois (2) usuários graves foram entrevistados juntamente com familiares, sendo também aqueles que não aceitaram a gravação das entrevistas.

A partir da autorização dos usuários entrevistados, foram realizadas leituras de prontuário eletrônico. Estes continham de dez (10) anos a menos de um (1) ano de registros, e também variações consideráveis no volume de atendimentos. Esta amplitude temporal permitiu uma boa noção de percurso de Atenção, e também inserção na análise de uma variedade bem maior de intervenções profissionais, mas exigiu também esforços para observar as nuances temporais destas intervenções. Avalia-se de forma bastante positiva o fato de ter-se realizado entrevistas com os usuários, pois se observou que estes clarificaram a dimensão temporal do processo de tratamento, inclusive quanto ao período completo das suas histórias de adoecimento/tratamento, compensando parcialmente as falhas nos registros e também o fato de os prontuários serem datados pelo momento da incorporação da tecnologia informatizada¹⁶. A análise dos prontuários foi sempre posterior às entrevistas, tendo em vista que era dependente da autorização dos usuários. Sempre adotou-se como ponto de corte a data deste encontro, evitando-se que os dados ali escritos fossem interpretados de forma descontextualizada. Possíveis dúvidas nunca foram sanadas com os usuários, e em alguns raros casos o foram com as equipes. Cabe destacar que uma das dificuldades encontradas na análise dos prontuários foi o fato de que não havia uma identificação da profissão, e sim do conselho profissional, decorrendo em alguns momentos em dificuldades de distinguir evoluções de enfermeiros e técnicos de enfermagem¹⁷.

Sobre a qualidade dos registros, nos cabe informar que nas evoluções individuais, observou-se um baixíssimo registro de aspectos subjetivos, dentre eles alguns fundamentais no direcionamento da Atenção em saúde mental, tais como história do processo de adoecimento e percepção dos usuários sobre os próprios sintomas. A história de adoecimento, inclusive, fazia parte da entrevista com os

¹⁶ A informatização da rede iniciou em 2002, mas foi gradual. Os prontuários antigos, embora não digitalizados, deixaram de estar disponíveis nas unidades, salvo raras exceções, e estão arquivados em um almoxarifado central, portanto com baixo acesso.

¹⁷ Neste estudo designou-se como “profissionais de enfermagem” o conjunto formado por técnicos de enfermagem e enfermeiros (profissionais de nível superior).

usuários, e em diversas situações somente foi conhecida por ter sido a eles perguntada. Em uma situação chegou-se a discutir esta situação com o profissional de referência, sendo observado que havia conhecimento sobre estes aspectos, mas não a cultura de registrá-los, inclusive com a percepção de que este registro não seria adequado. Estas precariedades de registro muitas vezes foram observadas também em abordagens de matriciadores, sendo interessante pontuar a importância destes como promotores de uma educação permanente também voltada para a qualificação e mesmo reorientação do registro clínico. Foram pouco identificados registros fornecedores de noções sobre o raciocínio clínico seguido, inclusive havendo prescrições de medicamento ou alterações destes sem qualquer apontamento que embasasse a decisão. Ainda que em alguns momentos tenham sido identificados planos de consulta, reforçando a indicação de alguma conduta, como aumento de dose de medicação, ou retomada de alguma questão importante, em nenhum caso foi registrado de forma explícita o plano terapêutico em saúde mental. A dificuldade com o registro das atividades coletivas era esperada, mas foi minimizada haja vista que o sistema informatizado gera uma evolução padrão em cada prontuário quando do registro de atividades coletivas, inclusive dando a oportunidade de detalhar informações no prontuário de algum usuário específico. Algumas dificuldades, porém, foram observadas no registro destas atividades, seja pelo desconhecimento desta ferramenta, seja pela falta de rotina sistemática, ou ainda, pelo não registro de uma síntese da atividade. Não foi identificado o funcionamento de nenhuma comissão específica para a revisão de prontuários na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os diários de campo, fundamentais em atividades de observação, foram utilizados em todo este processo de pesquisa, como forma de se incluir as percepções da pesquisadora dentre os produtos deste processo de trabalho e aumentar a atenção aos aspectos emergentes durante todo o processo de pesquisa. Cabe destacar que foram realizadas 44 visitas às unidades de saúde para realização deste estudo, incluídas visitas de apresentação da pesquisa, para entrevistas com profissionais, observações das ações e entrevistas com usuários. Já as análises de prontuário foram realizadas em sua maioria na secretaria municipal de saúde.

5.3. Organização, análise e interpretação dos dados

Todo o material coletado foi sistematizado no decorrer do estudo. Assim, além de redigidos os diários de campo, foram transcritas as entrevistas e construídos os estudos de caso em relatos que basearam-

se no esquema do fluxograma de síntese proposto por Merhy (2007c), a saber, entrada, recepção, decisão de ofertas, cardápio (modalidades de atenção) e saída.

A pré-análise foi efetivada pela exaustiva leitura flutuante destes dados, que foi feita por tipo de material coletado e pelas práticas assistenciais identificadas. Neste sentido, foram estabelecidos eixos de análise que articularam os achados e as referências estabelecidas no campo conceitual, em especial à luz dos modos de atenção em saúde mental (asilar-psiquiátrico e psicossocial) e dos atributos da atenção primária à saúde.

5.4. Ética em Pesquisa

Este estudo foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, que autorizou sua realização junto aos serviços (conforme Anexo A) e também aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina através do parecer 131.497 (conforme Anexo B). Sendo assim, foi totalmente pautado pela resolução CNS 196/96, vigente no período de sua aprovação, sendo destacado aqui o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos participantes (conforme os Apêndices G a K) e também a adoção de medidas para garantia do sigilo e confidencialidade das informações.

Além disso, houve especial atenção à forma de inserção no campo, no qual não se assumiu uma postura de neutralidade, inalcançável e inoperante, mas buscou-se uma postura/reflexão ética para balizar as relações ali estabelecidas. Na realização de entrevistas com os usuários, por exemplo, buscou-se conciliar os objetivos da pesquisa e as necessidades trazidas no relato das histórias de tratamento. Assim, além de acolhidos em sua singularidade, foram feitos reforços de algumas condutas de acompanhamento, inclusive como uma forma de dar conta dos conteúdos trazidos, e mesmo combinadas devolutivas com os profissionais quando se julgou adequado. No que se refere à relação com os profissionais, procurou-se fomentar o espaço de pesquisa como uma possibilidade de interlocução sobre os desafios colocados no cotidiano dos serviços e valorizar o caráter inovador de algumas estratégias em andamento, não deixando a dimensão restituidora do estudo apenas para o momento da devolução, incluída entre as etapas deste estudo.

PARTE II – RESULTADOS

6. Campo de Pesquisa

De início nos cabe situar o campo de pesquisa em três distintos eixos, a saber, através de um panorama sobre rede de saúde municipal de forma ampliada, de um aprofundamento sobre aspectos da rede na interface saúde mental e APS, e por fim, de uma contextualização acerca do funcionamento das equipes de saúde pesquisadas. Para este tópico foram utilizados principalmente dados de sítios e documentos institucionais, as entrevistas com gestores e também a primeira parte das entrevistas com os profissionais das equipes de saúde da família.

6.1. Panorama da Rede de Atenção à Saúde de Florianópolis

Esta pesquisa foi realizada na atenção primária à saúde de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, que conta com uma população de 427.298 habitantes. A cidade é também pólo de uma região metropolitana de 22 municípios, que totalizam 1.027.271 habitantes¹⁸. Dentre suas características salienta-se rápido crescimento populacional (que, além disso, é flutuante no período de verão) e indicadores sociais mais elevados do que a média nacional e da região sul, exemplificados aqui pelo índice de Gini de 0,40 e pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,875¹⁹. A taxa de cobertura de planos de saúde no município também é mais alta que a nacional, mesmo em capitais, estando estimada em 48,5% para o ano de 2011²⁰.

Florianópolis apresenta bons indicadores de saúde, sendo reconhecido pelo desempenho em algumas políticas públicas implantadas, em especial na atenção primária à saúde. A rede de saúde municipal é fortemente organizada a partir deste nível de atenção, processo que se estende para a rede de saúde mental. A cidade, que possui 72²¹ serviços municipais de atenção à saúde gerenciados de forma direta, tem uma gestão parcial da rede especializada, que inclui

¹⁸ Conforme estimativa populacional para 2011, consultada no sítio institucional do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE).

¹⁹ Valores referentes respectivamente aos anos de 2003 e 2000, conforme o pesquisa no sítio institucional do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do IBGE.

²⁰ Dado consultados no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 29/06/2013.

²¹ Dado coletado na base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 03/08/2012.

quatro (04) Policlínicas municipais (ambulatórios especializados) e duas (02) Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), uma vez que a gestão da rede hospitalar mantém-se a cargo do governo estadual. A inovação da rede municipal também ocorre pelo uso do prontuário eletrônico do paciente, bastante articulado ao sistema gerencial, em que são registrados e acessados *on line* os atendimentos realizados na rede básica, nos CAPS, UPAs e Policlínicas (FLORIANÓPOLIS, 2011).

O município tem cadastradas 114 equipes de saúde da família, distribuídos em 52, centros de saúde, apresentando cobertura em saúde da família 93%²² para ESF. Esta rede está organizada a partir de 5 distritos sanitários a saber, regionais Continente, Centro, Leste, Norte e Sul. Nestes estão distribuídas as 12 equipes de apoio matricial tipo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)²³, compostas por psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, pediatras, educadores físicos, farmacêuticos e assistentes sociais, além de geriatras, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, estes inseridos mais recentemente. Especificamente quanto à rede de saúde mental, conta ainda com um (1) CAPS II, dois (2) CAPS-Ad e um (1) CAPS-i. Não há na rede municipal outros serviços de saúde mental como Serviço Residencial Terapêutico ou Centro de Convivência e Cultura e o atendimento de emergência e a internação em saúde mental ocorrem em um Hospital Psiquiátrico situado em uma cidade vizinha (FLORIANÓPOLIS, 2010b).

6.2. Um pouco mais sobre a relação entre Saúde Mental e APS em Florianópolis

A rede de saúde mental de Florianópolis tem uma história antiga de interface com os centros de saúde. A partir de um destes serviços é que surge um ambulatório municipal especializado, e em 1995 um NAPS, o atual CAPS Ponta do Coral (FLORIANÓPOLIS, 2009). A história recente da rede de atenção em saúde mental municipal, também articulada ao cenário nacional, têm como marcos a estruturação da organização em rede, em especial através da estratégia do matriciamento, e também a implantação de novos serviços especializados voltados para usuários de drogas, crianças e adolescentes.

²² Conforme consulta na Sala de Situação de Saúde em 03/08/2012.

²³ No período de realização desta pesquisa houve uma transição de 7 para 12 equipes de NASF. Com a mudança reduziu-se a proporção de cada equipe de NASF para 8 a 12 equipes de ESF. Também houve alteração na lotação de alguns profissionais, o que, segundo os gestores, teve como objetivo deixar territórios de referência contíguos.

Segundo os gestores, o processo de matriciamento no município iniciou com a saúde mental a partir do ano de 2006 e, quando da publicação de portaria nacional do NASF, já havia sido consolidado em outras duas (2) áreas. O credenciamento do município ao NASF ocorreu em 2008, mas a efetiva reorganização do matriciamento se deu no final de 2009, culminando na publicação da instrução normativa municipal (FLORIANÓPOLIS, 2010c). Tal portaria estabelece que os profissionais de NASF devem ser acessados através das equipes de saúde da família, e que devem manter uma carga horária para retaguarda assistencial que não ultrapasse 60% de sua carga horária. Conforme entrevistas, os profissionais de área médica são os que hoje têm mais carga horária de retaguarda assistencial, em pelo menos 50% da carga horária, seguidos dos profissionais de psicologia, que ocupam cerca de 40-50% de sua jornada com estas atividades. Salienta-se que da retaguarda assistencial excluem-se os atendimentos conjuntos, entendidos como educação permanente, e que nesta incluem-se grupos como o de apoio psicológico. Ainda que alguns profissionais do NASF cumpram sua carga horária de retaguarda assistencial justamente nas Policlínicas, a portaria municipal também vetou o encaminhamento direto dos serviços especializados de forma direta para o NASF, com exceção dos casos em alta do CAPS.

O papel de suporte para regulação, em adição ao de retaguarda assistencial e de educação permanente, tem sido enfatizado pela gestão como um papel do NASF. No caso da saúde mental, além das reuniões sistemáticas entre a equipe de matriciamento e as equipes de saúde da família, conforme agenda negociada, estão previstas reuniões mensais entre as equipes matriciadoras de cada distrito sanitário com representantes dos CAPS (FLORIANÓPOLIS, 2010b). Destaca-se que há possibilidade de encaminhamento direto da ESF ao CAPS, mas que dentre as questões a serem pactuadas está o encaminhamento dos casos efetivamente mais graves a este serviço especializado. Neste mesmo sentido, os egressos de internação também têm sido encaminhados de forma direta ao CAPS para que lá seja feita a continuidade do atendimento (FLORIANÓPOLIS, 2010b). Entretanto, há reconhecimento da gestão de que muitos casos graves de fato não estão em atendimento nos CAPS por questões relacionadas a baixa autonomia dos pacientes e pouca condição de suporte das famílias. Ainda no que se refere aos casos graves, foram citados alguns objetivos voltados à parceria entre estas equipes como estratégias para fomentar ações territoriais na ESF, que segundo a gestão até o momento não se concretizou.

Quanto à relação entre as equipes de NASF e de ESF, observou-se um movimento da gestão no sentido de reforçar que os profissionais do matriciamento sejam envolvidos em auxiliar as equipes com o excesso de demanda, inclusive como forma de estreitar sua relação com estas. Assim, estimula-se que as equipes de NASF participem das ações já desenvolvidas pelas equipes de saúde da família ou que façam atendimentos de casos/situações com estas equipes, em detrimento de que convoquem os profissionais da ESF para compartilhar a coordenação de ações que proponham. Esta diretriz, somada a avaliação de que nem sempre os compartilhamentos de coordenação dos grupos de apoio são produtivos, parece alterar a concepção de coordenação compartilhada dos grupos de apoio em saúde mental que havia sido estimulado inicialmente (FLORIANÓPOLIS, 2009). Neste mesmo sentido, há também uma tentativa de se definir alguns critérios para inclusão em atendimentos especializados de NASF, referidos como úteis quando há profissionais com pouca flexibilidade e disponibilidade para comunicação.

No que se refere ao conjunto de práticas assistenciais em saúde mental na APS, foram mencionadas algumas ações defendidas ou reconhecidas já do ponto de vista da gestão, a saber, realização do grupo de apoio psicológico como atividade de núcleo de psicologia; atendimento conjunto de pediatria e psicologia, incluído o atendimento de pais; inserção de temas “psi” em variadas atividades de forma transversal; além da realização de grupos de caminhada organizados por outros profissionais do NASF voltados também a usuários de saúde mental. No que se refere ao atendimento individual de psicologia, tem sido indicado que este seja compartilhado, o mais dinâmico possível, com atendimento espaçado, breve e com perspectiva de alta, o que nem sempre tem sido fácil de acordar com as equipes de ESF e com os profissionais especializados. Quanto às parcerias no NASF, segundo a gestão, tem sido estimulada como principal estratégia de ação integrada entre psicologia e psiquiatria uma forte comunicação mútua, mas não a realização de matriciamento conjunto, para o qual teria que se conciliar agendas. Também se mencionou que os assistentes sociais ainda não tem uma ação consolidada no NASF, mas que dentro desta participação foram cogitados como parceiros importantes da psiquiatria para abordagem de situações psicossociais complicadas. Nota-se que há um movimento de padronização de atividades, sendo esta também uma estratégia para sustentar o modelo mesmo com as constantes mudanças de profissionais, atribuídas as contratações temporárias e também à rotatividade na área médica. Dentre as demais estratégias para garantir a

sustentação na proposta na rede foi mencionado o objetivo de qualificar o registro do trabalho das equipes de NASF com vistas ao monitoramento, que é colocado como alternativa ao fato de que não há mediação da ação do NASF pelo SISREG, o sistema de regulação utilizado para acesso à atenção especializada.

Quanto a formação para o conjunto da rede, foram mencionados pelos gestores um grande curso teórico-prático realizado em 2008 e uma oficina para montagem do protocolo de saúde mental em 2009. Houve também, em 2010, um curso para técnicos de enfermagem, e a inclusão de módulo sobre saúde mental na formação dos ACS. A ação mais recente foi uma formação dos psicólogos do NASF pelo CAPSi, que será complementada por um curso voltado a infância. Também está previsto um curso para o conjunto da rede voltado a avaliações e intervenções iniciais. Importante destacar ainda que a cidade de Florianópolis possui um Protocolo de Atenção em Saúde Mental redigido entre 2007 e 2008 e publicado em 2010, havendo também outro Protocolo, não mais vigente, de 2006.

Há uma avaliação da gestão de que, ainda que haja alguns conflitos de negociação, já foi feita uma transição, pois de forma geral as equipes de ESF já incorporaram os temas de saúde mental, o que pode efetivamente ser observado neste estudo. O processo de trabalho do NASF segue sendo rediscutido, e neste sentido, está em fase de publicação nova portaria municipal. Dentre as mudanças, está a previsão de que haja um apoiador matricial complementar, profissional que execute atividades em serviço secundário, e não estando ligado ao NASF municipal faz matriciamento na ESF, ampliando o número de áreas de especialidade com ação de matriciamento.

6.3. Situando o funcionamento das equipes pesquisadas

As equipes de saúde da família incluídas neste estudo estão em centros de saúde de portes bastante variados, refletindo a rede de Florianópolis, que tem serviços com uma (1) até seis (06) equipes de saúde da família. Considerando-se a estimativa populacional para o ano 2012 (FLORIANÓPOLIS, 2013), observou-se que havia uma equipe com o dobro de população recomendada pela Política Nacional de Atenção Básica²⁴ (BRASIL, 2011a), sendo justamente aquela que na

²⁴ A Portaria 2488/2011 recomendada média de 3.000 pessoas por equipe de ESF, e que a população atendida por cada equipe de ESF não deveria ultrapassar 4.000 pessoas. Também que haja redução da população atendida de acordo com o grau de vulnerabilidade da população.

prática não se constituiu como ESF e que foi excluída da 2ª etapa deste estudo. Mesmo sem considerar-se esta equipe, ainda que haja equipes com menor população adscrita, em especial nas áreas de maior risco, a média e a mediana da população das equipes estão em torno de 3.350 pessoas, também acima do recomendado. Tal dificuldade está registrada no Plano Municipal de Saúde como um desafio a ser superado (FLORIANÓPOLIS, 2010a). Salienta-se que foi referido pelos profissionais que a demanda e/ou a falta de profissionais geram dificuldades na execução das atividades, e que somente duas (2) equipes consideram que tem conseguido garantir acesso satisfatório.

A falta de profissionais na ESF e também sua rotatividade, determinando pouco tempo de trabalho na equipe, foram identificados pelas entrevistas, sendo importante destacar que este também é um problema já descrito em documentos institucionais (FLORIANÓPOLIS, 2010a). No primeiro contato duas (2) equipes estavam sem profissional da área médica, voltando a tê-lo ao longo do estudo. Nas demais equipes, o tempo de trabalho dos médicos naquela área foi de cerca de um (1) ano. Os ACS em geral são os profissionais mais antigos das equipes, com tempos de serviço entre seis (6) e 12 anos, ainda que haja profissionais mais novos. Entretanto, foram identificados problemas de cobertura das microáreas por afastamento ou mesmo pela falta destes profissionais, situação que já havia sido referida em estudo anterior na rede de saúde de Florianópolis (LUZ, 2009), e atribuída em especial a problemas nas contratações, mas também a afastamentos por motivo de saúde. Cabe destacar que o Plano Municipal de Saúde observa que embora tenha havido um aumento substancial no número de profissionais da rede, o número de ACS teve tendência à redução (FLORIANÓPOLIS, 2010a), o que pode também estar indicando uma baixa centralidade deste profissional no processo de reestruturação da rede. O tempo de trabalho dos enfermeiros nas equipes em geral foi mais elevado do que o dos médicos e, assim como os técnicos de enfermagem, esteve próximo de dois (2) anos, ainda que haja profissionais com mais tempo no serviço. Os afastamentos de saúde e o pouco tempo de trabalho nas equipes foram observados também nas equipes de matriciamento, mesmo se não considerados os remanejamentos de NASF, em andamento, que afetavam diversas das equipes pesquisadas. Para exemplificar a situação da rotatividade em seu conjunto, pontua-se que no momento do primeiro contato com as equipes, em quatro (4) destas não havia matriciador de psiquiatria ou psicologia, e que das cinco (5) que tinham ambos os profissionais, duas (2) não tinham médico na equipe de referência.

Quanto ao funcionamento das unidades, observou-se que o acesso tem sido uma questão para as equipes, que têm buscado sua permanente reformulação através do acolhimento. O acolhimento voltado ao fortalecimento do acesso muitas vezes tem sido predominante no começo de cada turno, ainda que em geral não limitado a ele. Outras formas de favorecer o acolhimento/acesso tem sido prever lacunas nas agendas durante todos os turnos. Observaram-se arranjos distintos também na divisão de responsabilidade do acolhimento, sendo que em algumas equipes o acolhimento passou a ser mais compartilhado entre os profissionais de medicina e enfermagem ou com população adscrita. Porém, acolhimento com população adscrita tanto para medicina quanto para enfermagem foi observado efetivamente em andamento apenas em 3 equipes. Salienta-se que a implantação do acolhimento sem atenção à adscrição por equipe na rede de Florianópolis já havia sido constatada por Luz (2009), tendo sido debatida sua importância para favorecer uma efetiva longitudinalidade e também para proteger as equipes de sobrecarga excessiva de trabalho estressante (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010; TESSER E NORMAN, 2013, no prelo).

Quanto ao agendamento, ainda que haja equipes com agendamento mensal, foram mais valorizados o agendamento semanal, com referência a melhoria no número de faltas, ou mesmo agendamento diário, neste caso orientado por uma avaliação da equipe de acolhimento. Também identificadas estratégias inovadoras como agendamento por e-mail, telefone ou através dos ACS, e mesmo a valorização dos contatos por telefone como uma forma de dinamizar a atenção, por exemplo, para orientações. Embora em alguns centros de saúde seja feita menção da superação do acesso por programas, e valorização de uma atenção centrada na pessoa, em outra equipe o acesso por programa é estratégia recente. Em diversas equipes foi observado alguma forma de reserva de vagas de agenda para idosos, crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos, e mesmo casos de saúde mental, dentre outros.

Pela repetida falta de profissional, uma equipe apresentou situação extremamente crítica, com acolhimento restrito a um número de vagas e agendamento somente por programas. Nesta equipe uma das usuárias referiu fazer pagamento a terceiros para que fiquem na fila por ela, situação que demonstra os efeitos perversos desta falta de acesso.

Cabe destacar que mesmo nas equipes com melhor

organização, como acolhimento adscrito, agendamento frequente/permanente e menor reserva de vagas para programas²⁵, há ainda dificuldades no gerenciamento do acesso, o que nos faz resgatar a análise de Tesser e Norman (2013, no prelo) de que a APS brasileira tem um parâmetro populacional que não só não é cumprido, como também é elevado.

Quanto à organização do trabalho, há reuniões semanais em todas as equipes. Este é um momento de planejamento, e também da realização de discussões de caso, conforme referido e também observado. Porém, constata-se que este espaço tem suas precariedades e problemas, sendo observado que em alguns dias de visita à unidade as reuniões não ocorreram, ou referido que alguns temas importantes não são remetidos a elas. Observou-se também que as equipes valorizam outras estratégias para favorecer o trabalho em equipe, em especial as interconsultas, deixar consultórios de enfermagem e de medicina contíguos, e também a utilização de comunicadores eletrônicos (tipo “Google talk”). Ainda sobre a organização do trabalho, a partir do observado, levanta-se a hipótese de que o acolhimento organizado por equipe reorganiza o processo de trabalho e pode servir como uma estratégia para favorecer a atuação articulada na ESF, inclusive para a dupla medicina e enfermagem, em detrimento de uma articulação dentro das categorias, mais valorizado quando faz-se um acolhimento fragmentado na unidade.

Cabe destacar que houve repetidas referências ao fato de que o técnico de enfermagem não consegue fazer parte de atividades da equipe de saúde da família, tais como visitas domiciliares e reuniões, sendo visto na prática como um integrante da unidade de saúde. Tal processo também já havia sido descrito por Luz (2009), mesmo quando havia na rede de atenção básica cerca de dois (2) técnicos de enfermagem para cada equipe de ESF. Pontua-se que este é um processo que merece aprofundamento, dado que apesar de ser previsto na rede municipal dois técnicos ou auxiliares de enfermagem por equipe de ESF, número maior do que na legislação nacional (FLORIANÓPOLIS, 2007; BRASIL,

²⁵ A reserva de vagas para pessoas sem queixas, por programas de saúde verticais, somada a agendamentos com grande espera para atendimento, que também geram mais faltas, estão entre as dificuldades apontadas na organização do acesso na APS. Neste sentido, cabe destacar que a melhor articulação entre agendamento e acolhimento tem sido defendida como um dos eixos para possa ser superada a dificuldade de acesso sem escolher-se entre ações programáticas ou demanda espontânea (Luz, 2009).

2011a), a necessidade de atuação em postos fixos da unidade de saúde, como sala de procedimentos, sala de vacinas – temática não abordada na legislação vigente - pode estar dificultando a inserção efetiva destes trabalhadores nas equipes de saúde da família, inclusive com efeitos sobre a adscrição do acolhimento.

A totalidade das equipes conta com suporte de profissionais de NASF, ainda que haja algumas variações em seu conjunto e no número de turnos na unidade. Estes profissionais estão envolvidos em uma retaguarda assistencial, quase que exclusivamente por demanda da ESF, no atendimento conjunto, na discussão de casos ou na execução de ações compartilhadas, planejadas muitas vezes nas reuniões de equipe. Há referência também à disponibilidade destes profissionais, inclusive por telefone, para discussão de caso e também para o “matriciamento de corredor”, que foi registrado como uma precariedade apenas quando não é complementado por uma dinâmica de encontros mais sistemáticos. Pelos relatos observa-se que o matriciamento tem cada vez mais se consolidado, ainda que haja momentos de desencontro, em especial quando da precarização dos trabalhos na própria equipe de ESF, ou rotatividade/ausência dos profissionais de NASF.

As ações coletivas são oferecidas quase que na totalidade por Centro de Saúde e não por equipe. Neste sentido, os grupos de apoio psicológico, tabagismo, dentre outras ações coletivas, por vezes são protagonizados por alguns profissionais ou mesmo por alguma equipe. Foi comum uma articulação entre ações coletivas como uma estratégia para fortalecê-las, como por exemplo, encaminhar o conjunto de usuários de grupos de tabagismo para os grupos de caminhada, ou oferecer auricoloterapia em grupo de apoio psicológico. Na ação dos profissionais do NASF foi identificada também uma tendência a usarem-se ações como referência para um conjunto de unidades, em especial aquelas de menor tamanho e próximas, inclusive por variações em recursos como espaço físico ou suporte das equipes. Cabe destacar que se observou certo dinamismo na organização das atividades coletivas, e que, assim, algumas unidades passaram a ter grupos novos ao longo da pesquisa, o que não foi possível abarcar de forma sistemática.

Quanto ao trabalho em rede, foram mencionadas algumas parcerias, em especial no que se refere a prestação de alguma ação complementar a da equipe. Assim, foram bastante citadas instituições religiosas que oferecem algum tipo de serviço à comunidade, com uma atenção das equipes a particularidade desta parceria pela diversidade de crenças dos usuários. Há alguma menção a centros comunitários, em

especial como um parceiro para disponibilizar espaço físico. As relações com escolas foram bastante mencionadas, inclusive através do Programa Saúde na Escola (PSE), assim como a relação com o Conselho Tutelar, sendo mais enfatizado o fluxo de recebimento de casos através destas instituições. Os serviços da rede de assistência social foram pouco citados e quando o foram, houve menção a dificuldades no estabelecimento de uma cooperação. As relações com outros serviços de saúde (CAPS, ambulatórios do Hospital Universitário-HU) foram mais presentes, assim como o encaminhamento para outras organizações envolvidas no atendimento a comunidade (Centro de Valorização da Vida - CVV, Narcóticos Anônimos- NA, Alcoólicos Anônimos- AA, Movimento Porta Aberta²⁶, dentre outros). O conselho de saúde, quando mencionado, foi referido como frágil.

De uma forma geral, identifica-se um fortalecimento das ações e programas que são induzidas pela gestão municipal e nacional, tais como os grupos de tabagismo, grupos de acolhimento e apoio psicológico e também o Programa Saúde na Escola (PSE).

²⁶ Ação local ligada à Igreja Católica que oferece atendimento psicoterápico a comunidade através de psicólogos voluntários.

7. Resultados e Discussão

Antes de iniciar a apresentação dos resultados, cabe fazer um pequeno destaque quanto ao modo de apresentação dos dados. Esta pesquisa não foi estruturada como uma avaliação, assim, a abordagem deste trabalho aponta, quase que da mesma forma, para aquilo que funciona nas equipes e aquilo que elas tentam fazer, auxiliando na compreensão também do que parece ficar tangente, esquecido ou ausente na intervenção. Chama-se atenção a este aspecto pois, em uma leitura menos cuidadosa, poder-se-ia pensar que tudo o que será descrito funciona perfeitamente bem, o que de fato não se pode deduzir ou afirmar, uma vez que uma avaliação extensiva das práticas e ofertas não foi objetivo deste estudo.

Também cabe indicar que os dados serão apresentados em quatro eixos descritivos, sendo que o primeiro deles responderá de forma genérica sobre as práticas assistenciais oferecidas, voltando-se principalmente a indicar a quem se propõem as ações e quem as propõe; o segundo vai descrever estas práticas, assim como a relação que tem se estabelecido entre elas; o terceiro vai destacar especificidades na atenção aos casos graves, a crianças e adolescentes e a usuários de drogas; e o quarto que apresenta um panorama da composição entre estas ofertas e os percursos dos casos. Seguem-se a esses eixos descritivos quatro eixos analíticos: o primeiro deles discute a divisão do trabalho na Atenção em saúde mental na APS; o segundo reflete sobre a dinâmica da Atenção e sua tendência à cronificação; o terceiro segue com uma análise específica sobre a subjetividade/desejo, aspecto pouco presente nas intervenções analisadas, que merece atenção por sua centralidade na desejada mudança paradigmática em saúde mental; e o quarto ensaia uma compreensão mais geral deste processo de um ponto de vista dos marcos teórico-técnicos da APS e da atenção psicossocial.

Para ilustrar estes dados, além de citados trechos de entrevistas e dos casos estudados, constam ao final deste estudo sistematização das ofertas terapêuticas por equipe (Apêndice L) e também fluxogramas de cuidado dos usuários Virgílio²⁷, Amarilda, Dalila (Apêndices M a O), casos que foram destacados por sua capacidade de melhor ilustrar o conjunto dos processos aqui analisados.

²⁷ Os nomes dos participantes do estudo foram alterados buscando-se identificações incomuns e que não pudessem remeter a outros profissionais ou usuários. Os casos foram agrupados por equipe, neste sentido nomes com as mesmas iniciais são da mesma equipe de saúde da família.

7.1. O que a saúde da família tem construído: intervenções voltadas ao acesso, a longitudinalidade e complementação da clínica (bio)médica

As equipes de saúde da família investigadas têm recebido sistematicamente as demandas de saúde mental que lhes chegam. Não há qualquer menção de que receber os casos não seja sua atribuição, e também há referência ao fato de que lhes cabe atender ao usuário em seu conjunto de demandas, o que é coerente com os princípios da APS e com a estruturação atual da rede de saúde brasileira (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010, 2006, 2011a). Estas equipes são, portanto, o primeiro contato dos usuários que procuram o CS com demandas em saúde mental, mesmo quando da presença de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Como exceção foram referidos em algumas entrevistas o atendimento de crianças de forma direta por pediatras ou o atendimento de saúde mental de crianças pelos profissionais do NASF quando há encaminhamentos da rede intersetorial, o que será discutido adiante.

Segundo os profissionais entrevistados, as demandas de saúde mental muitas vezes chegam por queixas clínicas associadas a questões de sofrimento psíquico, em alguns casos por serem trabalhadas. Vik, por exemplo, afirma *“Tem o sofrimento mental que se apresenta com um bilhete de entrada, como a gente chama, que a pessoa está com pirose, tá com palpitação, (...) muito tensa, alguma cadeia muscular, aí vem com a história da dor”*. Também são mencionadas queixas de saúde mental elaboradas de forma direta, muitas vezes já demandando alguma abordagem específica, inclusive o atendimento por especialistas ou a prescrição/renovação de psicotrópicos, como observa-se, por exemplo, no relato de Ema *“A paciente senta, vem na consulta para falar ‘eu estou deprimida, eu não estou bem, eu estou com problema na minha família, eu estou com problema na minha casa’ (...) elas vem dizendo que querem atendimento com psicólogo, com psiquiatra”*. Salienta-se que os profissionais de ESF valorizam uma ligação entre o sofrimento psíquico e o físico, e mesmo situando algumas especificidades destes dois percursos de pedido de atenção, seu campo de abordagem preza por oferecer cuidado de forma integrada, o que aponta Nívea *“Também não adianta eu tratar a depressão dela se continuar com dor, pois dor leva a depressão”*.

Dentre os casos estudados, considerando-se toda a história clínica, somente 5 usuários receberam a primeira intervenção em saúde mental na APS, sendo que nestes casos a intervenção surgiu a partir de outras demandas atendidas. Para os demais casos a intervenção em

saúde mental iniciou em outro serviço, em geral privado, com uma nova entrada na APS, geralmente também a partir de questões clínicas, sendo poucos os usuários que começaram a ser atendidos no centro de saúde por conta de sua queixa de saúde mental. Foi bastante comum a busca por atendimento neste serviço por não haver mais acesso ao serviço privado quando do encerramento de plano de saúde ou cessamento de custeio, inclusive após mudança de cidade. Há situações em que o atendimento no centro de saúde ocorre de forma concomitante ao atendimento particular, como nos casos de Georgete e de Dulcinéia, que ainda mantém atendimento psiquiátrico privado com longos intervalos, a saber, respectivamente de seis meses e um ano. Observou-se alguma precarização no acompanhamento anterior de outros usuários, como Plácido e Elvira, que tiveram acesso a receitas médicas vindas de outras cidades por correspondência, ou Verena, que pegava receitas com médico amigo da família.

Esta recorrente história de atendimento privado pode ser um acaso ou um viés da formação desta amostra, mas também pode remeter a uma dimensão local do acesso misto a serviços de saúde públicos e privados (BAHIA, 2009). Interessa a nossas reflexões uma vez que a chegada dos casos sob intervenção traz desafios adicionais para as equipes, que precisam considerar em sua coordenação de cuidado este percurso e suas condutas.

Sobre as condutas vivenciadas na trajetória de atenção, foram oito (8) os usuários que tiveram histórico de internação por causa psiquiátrica, em geral também privada. Cabe destacar que nenhum participante da pesquisa teve internações no período de atendimento no CS. Esta tendência à internação em geral estava atrelada ao modelo de atendimento acessado, como na fala de Genoveva, que deixa claro que antes tinha episódios menos graves e maior tendência a ser internada, o que é diferente de hoje, que é acolhida no centro de saúde quando não está bem.

Dada a diretriz do acolhimento, as equipes deixam clara a importância de facilitar o acesso e de fazê-lo com maior celeridade em episódios agudos. Esta conduta foi evidenciada na análise dos casos e também na fala de alguns usuários, inclusive como uma mudança do sistema de saúde. Dalila, por exemplo, relata *“Eu estava muito mal. Eu estava em casa, chorando, chorando. Eu disse ‘Não, não é possível, eu vou ter que ir pedir ajuda porque eu não aguento mais, eu vou acabar internado de novo e eu não posso porque eu não tenho ninguém para pagar meu aluguel, ninguém para pagar as minhas contas, eu tenho que caminhar’.* E aí elas me receberam rápido. Porque se não tivesse sido

rápido eu teria desistido (...) então aí quando a Dora me recebeu, acho que até por isso que a minha referência é ela. Ela foi super tranquila comigo assim, entendeu? Porque normalmente o atendimento aqui antes não era assim, as meninas, sabe?”.

Mesmo que o acolhimento seja um processo operado também pelos médicos de referência, foi neste processo que a ação dos enfermeiros se mostrou mais presente. Assim, tanto nas entrevistas com os profissionais quanto nas com os usuários, além das intervenções voltadas ao acesso a medicamentos através da cooperação com a renovação de receitas, foram identificadas intervenções no sentido de fazer-se uma primeira escuta e também de fortalecer a adesão aos grupos de apoio psicológico, que se coloca como opção de retaguarda assistencial de fácil encaminhamento para as equipes.

Apesar desta potencialidade nos acolhimentos, a atuação da enfermagem mostrou-se em geral pontual, recebendo de forma quase permanente o nome de acolhimento, e não de atendimento. Em poucos relatos ou registros houve uma responsabilização por estes casos, com uma intervenção mais sistemática, geralmente voltada ao monitoramento do uso de medicamentos. Este processo chama atenção se comparado ao fato de que a inserção da enfermagem tem sido maior, inclusive nas próprias equipes pesquisadas, em outras intervenções. Observa-se, porém, que em geral este compartilhamento se dá dentro de um leque restrito aos programas de saúde (puericultura, atendimento de diabéticos e hipertensos compensados etc.), havendo um campo de parcerias por desenvolver-se para além destas. Fica explícita a menor segurança de parte dos enfermeiros no campo da saúde mental, em oposição a outras áreas mais consolidadas de atuação, como por exemplo, a saúde de mulher. Este processo foi observado também como um desafio para organização do matriciamento, tendo em vista que em algumas equipes a enfermagem não participa deste processo justamente por não estar envolvida com esta faceta da atenção, deixando assim de também desenvolver-se para tal. Cabe destacar que estas profissionais necessitam se incluir de fato neste conjunto de ações quando da ausência do médico, ou quando da lotação da agenda destes, o que foi explícito nas entrevistas.

Chamando atenção para a importância do vínculo neste campo, o funcionamento do acolhimento/acesso foi interpretado por alguns profissionais entrevistados como um limite para a atenção em saúde mental a partir da percepção de que os usuários intencionalmente mascaram sua queixa subjetiva, evitando a exposição. Ainda, pelo fato de restringir algumas vezes a possibilidade de que alguns pacientes

contatem o profissional com quem possuem vínculo. Alguns profissionais mencionaram o uso de estratégias para lidar com estas questões, como orientação da equipe de acolhimento para atenção a usuários específicos e também orientação para que os usuários aguardem até serem atendidos por sua referência.

Nas entrevistas com os profissionais observou-se que a atuação dos agentes comunitários de saúde esteve relacionado principalmente ao acesso, com atribuição de trazer os usuários para a unidade e também coletar informações sobre estes, inclusive verificando-as como pode ser expressado na fala de Astrid, *“Na verdade as agentes, elas identificam os casos para nós, assim. Elas são coletadoras, mesmo, de informações”*. Neste processo, por vezes há participação destes profissionais na discussão dos casos e nos encaminhamentos, o que foi observado no caso de Plácido, cujo registro em prontuário esclarece que foi a ACS quem observou a necessidade de atenção integrada à mãe. Dentre as outras ações referidas aos ACS estão aquelas que buscam garantir a continuidade do atendimento, como a busca ativa após falta em consultas, ou verificação de encaminhamentos. De forma mais tangente foram identificadas intervenções que incluíam estes profissionais na Atenção propriamente dita, como em um relato de caso da unidade 2, onde além de acompanhar a visita domiciliar, a ACS por sua iniciativa realizou uma intervenção que contribuía na tentativa de romper o isolamento da família. Os grupos também se mostraram potentes neste sentido. Das quatro (04) unidades que mencionaram a participação dos ACS em atividades coletivas, foi citado o grupo de mulheres, que vinha sendo interligado à demanda de saúde mental, e também o grupo de apoio psicológico. Cabe destacar que os usuários não citaram as ACS no processo de acompanhamento em saúde mental, com exceção de Armênia, que disse que a ACS a incentivava a tomar seu remédio. Este papel de identificação e de monitoramento já havia sido observado por Nunes, Jucá e Valentim (2007), em pesquisa que incluía entrevistas com estes profissionais. Esta atribuição pode ser considerada ainda muito restrita se considerarmos toda a potencialidade destes profissionais para atividades mais comunitárias.

Além da atuação dos ACS, existe um esforço das equipes em garantir a continuidade da atenção em saúde mental. Neste sentido, nas entrevistas foram mencionadas estratégias como facilitação do agendamento de retorno para estes usuários, contatos telefônicos com estes, e mesmo o atendimento imediato dos casos que tem dificuldade de aguardar no serviço. Observou-se também que, ainda que haja um fluxo de casos novos, grande parte dos usuários da população adscrita já

é conhecida das equipes, em especial os casos graves, de número mais reduzido. Neste sentido, quatro (04) equipes estão elaborando listas de casos de saúde mental, e têm utilizado estas para monitorar o seguimento dos casos e facilitar o acesso ao retorno e à renovação de psicotrópicos. Observou-se, porém, que esta é uma estratégia ainda incipiente, seja por ter sido pouco operativa, seja por não ser compartilhada na equipe (fica em geral a carga da enfermagem). Merece atenção também o fato de que seu viés de monitoramento só tem efeito se associado a uma concepção clínica mais clara, sob o risco de tornar-se apenas um dispositivo de controle. A fala de Pilar, por exemplo aponta *“mas eu tenho uma planilha de saúde mental, né? Das pessoas que aparecem aqui, com algum diagnóstico de saúde mental, eu geralmente anoto em uma planilha. E aí a gente vai acompanhando. Tem uma que internou, coloquei na planilha internação, e aí ela teve alta, né? Tá sem seguimento. Todos os casos, todos que aparecem aqui, que um dia passou por mim. Aí eu coloco nome, data de nascimento, hipótese diagnóstica e seguimento.”*

Foi possível observar tanto nas entrevistas com os profissionais quanto na análise dos casos que o acompanhamento em saúde mental na equipe de saúde da família é uma atividade bastante centrada nos profissionais de medicina, corroborando outros estudos (NUNES, JUCÁ E VALENTIM, 2007; ARCE, SOUSA, LIMA, 2011). Um dos primeiros indícios desta situação foi o direcionamento das entrevistas para os profissionais da área médica, que também foram referidos como os principais agentes da Atenção na maior parte das entrevistas com os enfermeiros. A fala de Diná, por exemplo, é categórica *“a demanda maior quem atende, quem medica e comanda é o médico”*. Essa centralidade também foi observada na análise dos casos, em que os atendimentos médicos predominam massivamente na atenção prestada.

A centralidade médica no acompanhamento pode estar relacionada com a centralidade dada à intervenção medicamentosa, que foi evidente na análise dos casos conforme será discutido adiante. A abordagem das questões de saúde mental durante outros atendimentos clínicos também pode relacionar-se a este predomínio massivo da abordagem médica. Entre as situações clínicas acompanhadas, e que estiveram associadas de forma bastante direta ao sofrimento psíquico, inclusive na fala dos usuários, estão problemas osteomusculares e dores crônicas, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e outros problemas cardiovasculares, ganho de peso, síndrome do intestino irritável, hipertireoidismo. Cabe destacar que os tratamentos para parar de fumar, que têm sido operados por profissionais de áreas distintas, também

levaram duas (02) usuárias a uma Atenção mais ampliada em saúde mental, e foram identificadas na abordagem de vários outros, por vezes sem sucesso, inclusive pela função ocupada pelo tabaco no alívio do mal subjetivo referido por estes usuários. Cabe destacar que quando da operação de escuta atrelada a parar de fumar, parece haver também maior protagonismo dos enfermeiros e mesmo de odontólogos.

O controle das patologias de alguns usuários parece ter sido associado à necessidade de melhora do quadro de saúde mental, como por exemplo, no caso de Virgílio, que afirma “*O médico falou para mim, do coração, se eu não pegasse um médico psiquiátrico eu não iria nunca melhorar. Os nervos iam direto para o coração*” ou no caso de Guiomar, que relata “*Aí ele disse que é por causa da depressão. Melhorando o meu emocional, tudo melhora*”. Neste sentido, retoma-se o apontado por Costa-Rosa (2000) quanto ao controle dos sintomas como um objetivo das intervenções de saúde mental, ampliando-se que em APS o controle passaria também pela necessidade de controlar-se o sintoma clínico. Assim, observa-se que a abordagem dos problemas clínicos, muitas vezes totalmente biomédica, irá determinar a forma como se concebe também a intervenção (des)integrada com a de saúde mental, quiçá antecipando uma solução medicamentosa sem que o sujeito tenha de fato podido perceber sua relação consigo e tomar para si a demanda de tratamento. Retomando-se o caso de Virgílio, observa-se que com a coordenação de cuidado o profissional de referência foi capaz de efetivar o reencaminhamento para acompanhamento psicológico, o que parece ter tido um bom efeito inicial, ainda que encerrado precocemente pela avaliação do usuário. Cabe destacar que neste e em outros casos, práticas complementares e as práticas corporais e atividade física apareceram como uma opção de resposta integrada tanto aos sintomas de dor física quanto ao sofrimento psíquico.

Ainda sobre os atores da Atenção na ESF, muito embora os dentistas sejam integrantes de diversas das equipes, estes também não foram mencionados pelos profissionais como parte deste processo, com exceção de uma equipe, onde “*até a dentista participa do matriciamento em saúde mental*” (Tina). Estes profissionais foram identificados como atores, porém, de outros dois programas importantes na Atenção em saúde mental, a saber, os grupos de tabagismo e as ações do Programa de Saúde na Escola (PSE). Quanto ao PSE, por vezes foi mencionado por outros profissionais que a responsabilização centrada na odontologia limita a leitura clínica das demandas trazidas, o que reforçaria a necessidade de sua inclusão nas ações de formação em saúde mental. Cabe destacar que estes profissionais foram mencionados pelos usuários

nas participações que fizeram nos grupos de tabagismo, em VD, ou mesmo por ações clínicas valorizadas no acompanhamento na unidade.

Além dos profissionais de psiquiatria e de psicologia, que foram bastante citados pelos profissionais de ESF e estiveram presentes no histórico de atenção dos casos analisados, contou-se com ações articuladas de outros profissionais do NASF, a saber, assistentes sociais, farmacêuticos, educadores físicos e fisioterapeutas. Cabe destacar que estas composições não foram recorrentes, e que provavelmente poderiam ser mais bem exploradas.

Durante as entrevistas com os profissionais identificou-se que os grupos de apoio psicológico consistem em uma oferta essencial de Atenção nas equipes, e que são cogitados para a maioria dos usuários. Constatou-se que em geral também funcionam como uma porta de entrada em saúde mental e para o atendimento individual de psicologia, ainda que haja também a possibilidade de encaminhar os casos ao atendimento individual no matriciamento, quando se tem a possibilidade de fazer a discussão das situações. Os atendimentos conjuntos com a psicologia, que não estiveram presentes nos casos analisados em detalhe, porém, foram identificados em um matriciamento observado, com bastante potência no processo do caso relatado. Foram muitos os usuários entrevistados que passaram no matriciamento de psiquiatria, sendo identificada a realização de discussão de casos, o atendimento conjunto e atendimentos pontuais da retaguarda assistencial. Foram dois os usuários que tiveram longo processo de acompanhamento com psiquiatria, descontinuado com a saída destes profissionais, sendo importante destacar que estes atendimentos iniciam antes de 2010, em um contexto de NASF diferente do atual. Chama atenção a falta de um plano terapêutico explícito mesmo nos momentos em que houve matriciamento conjunto, que pode representar tanto a falta de utilização desta ferramenta, quanto a dificuldade em registrar o processo de Atenção e seu planejamento. Observa-se que na falta de matriciadores de psiquiatria nas unidades alguns usuários foram encaminhados ao CAPS para avaliação, situação também referida nas entrevistas. Outra situação que foi observada como mote para o matriciamento de psiquiatria, ou encaminhamento ao psiquiatra do CAPS, além do ajuste/aumento de medicação, e avaliação de risco, foi a necessidade de laudo para a Perícia. Já no caso da psicologia, observa-se encaminhamento para entidade de atendimento externa na falta de profissionais na ESF, ou quando se tem a percepção de que se trata de um acompanhamento mais longo.

Quanto à Atenção em rede, além de recorrente menção aos CAPS como um recurso, feitas pelos profissionais, durante o estudo percebeu-se que na história clínica de alguns usuários havia uso bastante significativo das UPAs, e nestes casos o movimento de resgatar laços com os CS ou também de ativar alguns encaminhamentos. A usuária Palmira, por exemplo, costumava buscar esses serviços com bastante frequência com crises de hipertensão e dores associadas a questões relacionais e passou a ser remetida para a ESF, inclusive através de interconsulta. Ainda que tenha sido encaminhada pela médica da equipe e pela enfermagem para grupo de apoio psicológico, efetivamente acessa o atendimento individual de psicologia apenas quando encaminhada pelo serviço social da própria UPA. Neste sentido, observa-se que o prontuário eletrônico tem sido uma das estratégias de fortalecimento da articulação de rede, uma vez que podem ser acessadas as evoluções de CAPS, UPAs e Policlínicas.

Cabe-nos destacar que dentre os desafios mencionados foi recorrente a afirmação dos profissionais da APS acerca da necessidade de formação na área de saúde mental, enfocando-se questões como acolher, abordar e orientar. Salienta-se que a última grande capacitação ocorreu quando diversos destes profissionais não estavam na rede, e ainda, que teve enfoque principalmente na medicação. Além disso, houve referência à necessidade de uma maior rede de apoio para Atenção em saúde mental, com um NASF mais integrado, mais opções para acompanhamento, e também de maior retaguarda para crise.

7.2 Práticas assistenciais oferecidas e suas relações

Busca-se neste tópico compreender o que os profissionais têm oferecido como Atenção, o que foi organizado em quatro eixos inter-relacionados: intervenções farmacológicas, intervenções pela palavra, intervenções sócio-comunitárias e intervenções através do corpo. Estes eixos evidentemente não são estanques, havendo práticas assistenciais que justamente se dão no seu encontro.

Intervenções Farmacológicas

Durante as entrevistas com os profissionais praticamente não foi referido ou enfatizado o tratamento medicamentoso. Porém, em uma análise mais detalhada, feita secundariamente, se pode observar que por vezes há certa equivalência entre o tratamento médico e o tratamento medicamentoso ou ainda, em oposição, um esforço para não fazê-la. Além disso, outras falas indicam uma primazia dos fármacos no tratamento, a serem complementados com as demais práticas oferecidas,

como na fala de Pilar “*É importante ir [no grupo], não é só tomar a medicação*”. Foi, porém, na análise de casos que a centralidade do tratamento medicamentoso mostrou-se evidente, haja vista que ainda que tenham sido convidados usuários a partir de práticas assistenciais variadas, para 17 dos 20 participantes do estudo a medicação se fez concomitante a outras intervenções. Cabe-nos observar que dentre os usuários não medicados estavam Dorinda, que apesar de uma intensa angústia ainda não havia passado pelo atendimento médico; Eulália, que havia deixado a medicação por iniciativa própria ao voltar a trabalhar; e Eugênia, a única usuária que estava sem remédio por recomendação médica, pois passava por acompanhamento semanal voltado para abordagem do uso de álcool, no qual se avaliava o uso de medicamento.

Ainda que se possa ponderar que a maioria dos casos compôs este estudo tem gravidade moderada²⁸, a importância dada à intervenção farmacológica é reforçada pela observação de que, ao longo de sua história clínica, é a medicação que de forma contínua perpassa a Atenção, muitas vezes de forma um tanto dissociada de outras intervenções ou subordinando-as. Bons exemplos deste processo são as renovações de receitas²⁹, que se fizeram presentes na história de 16 dos 20 usuários, por vezes de forma independente de outras práticas assistenciais, ou a ênfase do acompanhamento nas prescrições, inclusive quanto a seu cronograma. Neste sentido, observou-se que muitas vezes as condutas medicamentosas não foram desenhadas de forma articulada a um plano de Atenção, inclusive a avaliação frequente do próprio prescritor, deixando todo o efeito da terapêutica a cargo do próprio remédio. Esta centralidade nos fármacos também foi evidente nos registros dos profissionais, em que o processo de ajuste da terapia farmacológica parece restringir-se a questões sintomáticas e efeitos colaterais, dissociado de uma escuta. Neste sentido, identifica-se nas sequências de conduta farmacológica nos prontuários a introdução ou aumento de dose de medicamentos sem uma construção argumentativa

²⁸Definiu-se como graves principalmente os casos de esquizofrenia, dentre outros em que a situação de adoecimento produziu isolamento, baixa autonomia e comprometimento importante das atividades e funções da vida diária. Os casos moderados são aqueles cuja situação de sofrimento é intensa e envolve prejuízos sociais, aqui incluídos os demais casos que foram submetidos a alguma internação psiquiátrica.

²⁹Há diversos registros em prontuários denominados desta forma, em geral caracterizados apenas por uma repetição das prescrições feita de forma não presencial ou mesmo presencial.

naquele caso, ou sem ponderação de outras ofertas terapêuticas induzidas de forma efetiva.

Há na fala de parte dos profissionais da ESF uma crítica aos excessos na intervenção medicamentosa, inclusive através de uma conduta de maior rigor quanto a esta oferta. Entretanto esta situação pode ser percebida como uma contradição mesmo na APS, uma vez que nem todos os entrevistados colocaram-se da mesma forma em relação à crítica a medicamentação. Este processo tem também uma dimensão de rede, sendo referido que por vezes ocorrem introduções precipitadas de psicofármacos em outros serviços especializados, como hospitais e UPAs. Cabe destacar que foi referido dentre os profissionais entrevistados que romper com este modelo de pronto medicar com psicotrópicos exige que se possa contar com outras leituras sobre o caso e com outras intervenções acessíveis.

Renovação de Receitas

Quase a totalidade das unidades possui algum fluxo para a renovação de receitas, ação em geral operada com o suporte do acolhimento de enfermagem, que inclui verificar se o usuário esta tendo o acompanhamento sistemático e se a busca ao medicamento ocorre no prazo previsto. Em algumas unidades observou-se que este procedimento tem gradativamente migrado para controle da farmácia, que faz contato direto com o profissional médico pelo sistema informatizado para que revise o prontuário e refaça a prescrição, em geral também de forma não presencial, indicando o atendimento quando necessário. Ainda que a alteração em tal procedimento tenha sido justificada pela necessidade de não sobrecarregar a enfermagem com um procedimento que é de competência médica, faz-se a ressalva de que foi observado que alguns usuários, ainda que de forma bastante interessada na medicação, estabelecem vínculo com a enfermagem neste ato. Também que a intervenção de enfermagem muitas vezes envolve a inserção de outras ofertas terapêuticas a partir desta demanda, o que não pareceu explorado como parte de planos terapêuticos.

A prática de renovação da prescrição de psicotrópicos gera inclusive descontentamento dos profissionais médicos entrevistados, que mostram desejo em construir intervenções alternativas para a realização de renovações, o que tem sido feito em algumas equipes. Assim, foram identificadas duas atividades grupais estruturadas especificamente para a renovação de receitas, uma delas em equipe situada no mesmo centro de saúde de uma equipe participante deste estudo, e outra atendendo ao conjunto da população atendida em outra unidade. Alguns profissionais

informaram que por vezes tentam atrelar a prescrição de medicamentos a participação em alguma atividade terapêutica em saúde mental, aos moldes do que vem sendo feito para outras situações de usuários crônicos acompanhados, como diabéticos. Há menção de que não se busca fazer isso com arbitrariedade, e sim provocar uma inflexão no processo do usuário. Foram identificados alguns profissionais que evitam a renovação das prescrições de forma não presencial, mesmo que as fazendo de forma bastante breve, inclusive pelas questões legais envolvidas neste processo. Entretanto, no registro destes atendimentos observa-se que não necessariamente foi qualificado o processo de escuta com esta conduta.

Nas entrevistas com os profissionais a renovação de psicotrópico não presencial por vezes chega a ser mencionada como uma consequência do excesso de demanda, mas também pode ser interpretada de forma associada ao grande volume de usuários de psicotrópicos como oferta terapêutica isolada, cabendo observar que isso se fez presente mesmo nas unidades com maior acesso. Através da análise dos casos, pode ser observado que tendem a ser mais utilizadas as “renovações de receitas” conforme vai se estendendo o acompanhamento e alargando os intervalos entre as reavaliações pelo profissional de referência e também que estas ocorrem com maior frequência em momentos em que há uma precarização do acompanhamento dos usuários, como na troca de profissional de referência ou quando parece haver falta deste.

Cabe destacar que a renovação é vista pelos usuários como uma forma de facilitar o acesso. A usuária Dalila, por exemplo, fala *“Então assim, é um pouco mais complicado, porque a gente que trabalha tem hora marcada. E agora com a Dora, com as meninas ali, fica ‘Então deixa aqui que eu vou conversar com a doutora’. E aí no outro dia já estava a receita pronta, o meu filho veio buscar que eu não pude, daí um dia depois eu fui buscar no posto, ainda estava com medicação, não parei. Está mais rápido, entendeu?”*. Neste sentido, cabendo-nos observar que mesmo que quando há uma necessidade de acompanhamento, de escuta, como é o caso de Dalila, esta por vezes dissocia-se cronologicamente do que é o acesso aos medicamentos.

“Desprescrição”³⁰

³⁰ Na literatura de saúde mental na APS não há muita ênfase ao processo de retirada de psicotrópicos. Também parece haver uma tendência de defesa de tratamentos cada vez mais longos, ainda que haja problemas em suas

A fala dos profissionais, e também os seus registros em prontuário, evidencia que o abuso, dependência ou uso crônico de psicotrópicos, aqui incluídos tanto os ansiolíticos quanto os antidepressivos, é um problema bastante comum, digno de nota entre os problemas de saúde. Alguns profissionais referem práticas de reavaliação e tentativa de retirada/substituição destes medicamentos, inclusive por fitoterápicos, mencionando dificuldades e baixo sucesso. Entre os fatores que contribuem para esta situação foram referidos problemas sociais, recusa dos usuários em se deparar com seu sofrimento e também o fato de que suspensão acaba trazendo novos sintomas por vezes intensos, justamente por sua atuação sintomática³¹. Parte destes profissionais, no entanto, refere estar tendo maior sucesso na evitação de novas prescrições, em especial de ansiolíticos, o que é favorecido pela existência de protocolos clínicos que sustentam esta conduta farmacológica comedida. A substituição de um ansiolítico por outro também foi referida e posteriormente identificada nos estudos de casos, nos quais também se observou a prescrição de outros medicamentos sedativos para evitar a prescrição de ansiolíticos, bem como a tentativa de substituição destes por outras categorias de medicação, além da tentativa de redução das doses e criação de intervalos de uso. No que se refere aos antidepressivos, dentre os profissionais entrevistados houve menção de uma única tentativa de

evidências. Discussões sobre o uso racional de psicofármacos também tem enfatizado mais o cuidado na prescrição do que o encerramento destes tratamentos. O termo desprescrição tem sido utilizado para mencionar uma conduta que reavale e acompanhe a suspensão de alguns medicamentos, em especial no caso de idosos polimedicados (GAVILÁN-MORAL, BARROSO, GRACIA, 2012) e foi adotado aqui, pois parece mais adequado para pautar a necessidade de uma intencionalidade de reavaliação do uso de psicotrópicos. Cabe destacar que o termo desmame tem sido utilizado por vezes e foi o mencionado durante esta pesquisa, porém, aparece associado em especial a redução gradual dos benzodiazepínicos, não tendo um correlato técnico. Outros termos como descontinuação ou interrupção parecem não dar a devida ênfase à diferenciação entre uma suspensão brusca destes medicamentos pelo usuário e uma abordagem intencional também dos profissionais.

³¹De sintomáticos por vezes os psicofármacos parecem ter sido promovidos ao próprio tratamento. Poli Neto (2011), discute esta questão e observa que ainda que se faça pensar que haveria um tratamento delimitado com antidepressivos, na prática estes são em geral tratados como sintomáticos, sendo justamente esta uma das dificuldades da sua interrupção.

iniciar os tratamentos considerando-se o correto tempo de duração, processo que parece não ter avançado.

No que se refere à fala dos usuários, porém, foram observados dois movimentos distintos. Mais comumente foi referido desconforto com o uso dos medicamentos, neste caso mantendo este tratamento e reconhecendo seus limites, o que foi acompanhando de movimentos para superação da sua situação. Outras falas parecem indicar uma renúncia ao uso dos fármacos, certa anulação subjetiva e também uma menor adesão a outros modos de Atenção. Neste processo, inclusive há uma construção sobre o discurso dos profissionais especialistas, como na fala da usuária Verena, que usa benzodiazepínicos de forma crônica, *“aí ela mandou eu para o psiquiatra, e eu fui, tudo bem Dona Verena, a Sra. pode continuar com seus remédios, se esta fazendo bem para a senhora tem mais é que tomar, se não estiver fazendo bem então a Sra. procura novamente”. E como eu estou me sentindo bem, sem ele eu não sou nada, entendeu?”* O caso de Verena, escolhido justamente pela tentativa de retirada de psicotrópico, remete a necessidade de conciliar neste processo o que é demandado pelo usuário em sua singularidade. Através da análise de seu prontuário e entrevista, supõe-se que houve enfoque na participação no grupo e apoio psicológico quando o interesse da vaidosa usuária conectava-se com a tangenciada participação em uma das turmas de ginástica da unidade. Além disso, seu vínculo com a enfermagem é que teria chance de potencializar a construção de uma demanda da própria usuária para o referido grupo de apoio.

Cabe destacar que na análise dos casos observou-se que alguns usuários fazem uso de antidepressivos de forma similar aos ansiolíticos, a saber, alterando doses de forma episódica. Também não foi infrequente que decidam pela interrupção dos tratamentos. Por outro lado evidenciou-se na análise dos casos pouca intencionalidade das equipes em relação a este processo, mesmo nos períodos de maior estabilização. Exemplifica-se esta situação com a falta de um registro que respalde a decisão dos usuários, em detrimento do registro da descontinuidade quando da prescrição em uma nova crise. Assim, pode-se considerar que as equipes perdem a oportunidade de orientar possíveis suspensões, deixando-as sempre em uma posição marginal.

Intervenções pela palavra

Durante as entrevistas com os profissionais, fez-se menção a um conjunto de estratégias que valorizam a dimensão da subjetividade, como ampliação de queixas clínicas, com marcada sutilidade; utilização do arcabouço teórico da medicina de família, com uma clínica centrada

na pessoa e atenta a história social e familiar; e ainda, a realização de acolhimentos estruturados pela escuta. Entretanto, a partir dos estudos de caso, pode-se observar que estas estratégias funcionam em especial nos momentos de chegada ou na vinculação de novos profissionais, quando parece aumentar a abertura para se ouvir a história dos sujeitos, buscando a partir do vínculo potencializar outras intervenções.

Chamou atenção também o fato de que nem sempre esta valorização da subjetividade aponta intervenções calcadas nesta mesma complexidade, ocupando apenas um papel de favorecer o diagnóstico e/ou a vinculação, com vistas a uma intervenção ainda muito medicamentosa, e portanto biomédica. A usuária Dalila, por exemplo, após ter demandado renovação de seu psicotrópico, foi atendida por Deni em 2008, e na ocasião apesar da longa evolução sobre sua história de vida a intervenção voltou-se para a alteração de um de seus medicamentos. Após meio ano houve registro de encaminhamento para o grupo de apoio psicológico, sendo observado que ao todo Dalila ficou quatro anos em um acompanhamento bastante centrado na renovação de psicotrópicos, que embora fosse feita presencialmente em consultas com profissional de referência, não foi avaliada pela usuária como um espaço de escuta. Cabe destacar que, logo após o encaminhamento ao grupo, há uma observação feita pelo acolhimento de enfermagem sobre sua dificuldade de aderir a esta proposta por conta de seu trabalho, o que remete-nos mais a uma revisão de encaminhamento sem ser explicitado se houve ali algum processo de escuta.

Estas intervenções estruturadas pela palavra tiveram algumas funções diversas, sendo observada o apoio, que foi mais enfatizado pelos usuários, mas também a catarse ou a reflexão. Nesta dimensão de apoio estão incluídos incentivos para a realização de atividades prazerosas e reorganização da rotina, e também para adesão ao tratamento proposto, como por exemplo, na fala de Armênia *“Ela sempre atenciosa comigo, fazendo de tudo, e me alegrava, e me confortava, dizendo que era um período mas que ia passar, né? E ela sempre me visitando, todo o mês, me dando força, animo ‘e como é que tu está? Este remédio está fazendo bem?’. Ali foi onde mesmo eu encontrei apoio, e mais também coragem e mais força, eles me deram, e o remédio também me ajudou”*. Observa-se que estes processos parecem ser influenciados por modelos subjetivos variados, e por vezes foram operados de um lugar de saber dos profissionais e não através da palavra dos próprios usuários, o que inclusive dificulta a sustentação de espaços mais reflexivos e de seus desdobramentos em um protagonismo do usuário em seu tratamento. Ainda assim, chama atenção que alguns

processos de intervenção oferecidos pelos profissionais de ESF parecem operar tanto no sentido de favorecer a superação da situação apresentada, quanto sustentam a adesão a atendimento especializado. Dentre os participantes dos grupos, por exemplo, parece haver diversos usuários que tem um profissional de referência que se debruçou sobre esta demanda e encaminhamento. Neste sentido, reforça-se que tem sido evidenciado todo um conjunto de atribuições a intervenções não-farmacológicas ainda pouco exploradas e que mesmo o sucesso de intervenções especializadas é favorecido por intervenções pela palavra feitas pelas equipes de referência (HETEM et al., 2011).

Acolhimento de enfermagem

Embora tenha também uma veemente dimensão de acesso, com tendência ao encaminhamento, seja dentro da equipe ou fora dela, o acolhimento de enfermagem foi referido pelos profissionais da ESF como um espaço de escuta, conforme pode se evidenciar no relato de Diná *“E isso eu sinto, realmente de escutar, sem às vezes saber muito o que fazer, mas eu acredito e vejo resultados positivos que às vezes só o fato de eu estar aqui escutando a pessoa, mesmo eu não podendo fazer nenhum encaminhamento, às vezes ela diz que só o fato de botar para fora, falar o que está sentido, ela consegue já se sentir melhor”*. Salienta-se que foram recorrentes falas observando a necessidade de outra abordagem para estes usuários, e que há a tentativa dos profissionais de estabelecer alguns padrões para sustentar a parte deste processo que acaba lhes envolvendo, conforme segue Diná *“Eu sempre lembro o usuário, às vezes eles vem ‘o que você, qual a sua opinião, o que você me indica?’ ‘ Não sou eu que tenho que achar, é o que você acha, o que você pensa.’ ”*

Cabe destacar que este processo acaba por ser construído pelo envolvimento da enfermagem no acolhimento/acesso, e que se percebeu que o papel das enfermeiras para estas abordagens é construído a partir de um vínculo prévio com a comunidade. Ema, por exemplo, explicita *“é muito receptiva para acolhimentos em geral neste sentido, tem bastante mulheres da comunidade que tem muita confiança nela. Faz o preventivo, faz o cuidado, né? Então tem muitas que fazem de vir para bater papo (...) problemas mais leves, do cotidiano assim, falam com ela”*.

A valorização deste espaço de escuta também foi observada na fala dos usuários e análise dos casos. Um destes exemplos é o caso da própria Dalila, que em 2012, em um momento de crise, passa por um acolhimento de enfermagem que qualifica como um espaço de cuidado.

Pela leitura do registro, onde foi feita referência a seu histórico clínico e situação atual, observa-se que foram abordadas sua rede de apoio, estratégias de enfrentamento e medicamento utilizado, fazendo-se menção a conduta de escuta qualificada e estímulo à convivência, decorrendo em um retorno, agendamento de consulta médica e agendamento do grupo de psicologia. É importante enfatizar que neste registro identifica-se certa continuidade com a profissional de referência, permitindo certa vinculação, o que o diferencia de outros registros de encaminhamento para os grupos de apoio, muitas vezes ofertados com mais diretividade, prescindindo de um trabalho maior sobre o vínculo e a demanda.

Acompanhamento médico

Ainda que os acompanhamentos tendam a uma atenção bastante centrada na medicação, na análise dos casos observou-se que alguns profissionais propiciam um espaço de reflexão sobre a situação de sofrimento. Neste sentido, cabe destacar algumas passagens dos casos que surpreenderam inclusive por colocar a intervenção medicamentosa de forma subordinada a uma interpretação subjetiva, favorecendo a adesão a uma abordagem não medicamentosa do sofrimento. No prontuário da usuária Guiomar (que participa do grupo), por exemplo, Gil registra que ainda que houvesse queixas de aumento da agressividade com um psicotrópico prescrito, não iria alterá-lo por interpretar que havia uma função importante na expressão daquela agressividade. Nesta, como em outras situações, o vínculo entre profissional e usuário sustenta uma intervenção que descentra pontos de vista, o que posteriormente é valorizado pelos usuários. Sobre este processo, Eugênia, que a partir das conversas com Ema passou a perceber que bebia não apenas por dificuldades em seu trabalho, mas principalmente por questões que vivencia em sua família, pontua que valoriza na intervenção *“não a pessoa revolver, mas assim ‘Ó Eugênia, acho que o foco é esse, vamos tentar ver de que forma abordar isso.’”*

Na análise dos casos também pode ser observado que há situações em que apesar de certa percepção sobre a necessidade de escuta, esta não foi operada de forma um pouco mais sistemática. Consta no prontuário de Verena, por exemplo, o registro feito por Vani *“Quando pergunto para paciente sobre como está a vida ela abaixa a cabeça e se entristece. Pergunto se ela quer falar e ela diz que agora não e que vai passar... Deixo as portas abertas para qualquer necessidade”*. Porém, a usuária segue frequentando o serviço de saúde e renovando seus psicotrópicos (ou sendo incentivada a parar de utilizá-

los e a ir ao grupo de apoio, sem sucesso), deixando em aberto o destino dado a sua tristeza, que foi evidenciada na entrevista, valorizada como um espaço que a fez sentir melhor.

Grupos de apoio psicológico

A partir das entrevistas com os profissionais, constatou-se que o processo de acompanhamento mais sistemático de intervenção pela palavra está bastante depositado nos grupos de apoio psicológico, que se mostraram como estratégia bastante recorrente nas equipes, considerada por muitos profissionais como uma primeira linha de intervenção para os casos de sofrimento psíquico, inclusive por sua acessibilidade. Estes grupos estão presentes em todas as unidades em que há psicólogos no NASF, ou seja, em sete (7) equipes das nove (9) pesquisadas inicialmente³². Em algumas situações são co-coordenados por profissionais da ESF, que por vezes ainda ocupam um papel limitado nesta intervenção, tendo como principal diferencial referido o fato de o grupo não sofrer descontinuidades em períodos de férias ou de trocas de profissional e o fato de haver alguém do centro de saúde como referência, seja para informar sobre questões da unidade, seja no caso do usuário procurar o serviço em outro momento. O fato de não haver grupos na ausência dos profissionais de NASF remete-nos ainda a fragilidade da inserção desta ação, uma vez que as demandas de saúde mental não deixam de ser atendidas, e que somente o são de outro modo. Cabe destacar que o próprio nome ‘apoio psicológico’ dá aos grupos este caráter de atribuição de psicólogos, e que observou-se que em uma das equipes o grupo recebia nomes distintos no prontuário se coordenado por profissional de psicologia ou enfermagem, recebendo neste último caso nome relacionado a temática mais ampla da qualidade de vida.

Observou-se que parte destes espaços compartilha a atribuição de acolhimento e apoio psicológico, uma vez que a partir da participação nestes é que se faz a análise de quais casos serão atendidos em entrevista individual de psicologia, o que também pode ser feito em discussão do caso em matriciamento. Por meio das evoluções anteriores, foi possível observar que algumas unidades já trabalharam modalidades distintas de grupos. Em uma unidade, por exemplo, já houve um grupo de acolhimento separado do grupo terapêutico, para o qual eram posteriormente encaminhados usuários que provavelmente tinham mais

³² Em uma das equipes onde se esteve tardiamente, que recebeu profissional de psicologia, este grupo também foi montado.

claro sua implicação com esta terapêutica. Processo similar, a saber, haver grupos para diferentes etapas da intervenção, foi identificado atualmente na fisioterapia.

Observa-se que existe um desconforto, enunciada tanto por usuários quanto por profissionais, com o fato destes espaços tornarem-se lugar de passagem, o que foi atribuído a expectativa por consulta individual e ao fato de que os usuários deixam de ir passada a crise. Observa-se também que embora haja valorização do grupo aberto³³, existe uma tensão em torno da função acolhimento, não pelo fato de chegarem usuários sem encaminhamento da equipe (o que é possível, mas foi referido como incomum), mas em especial pelo fato de que neste caso nem sempre há uma avaliação mais cuidadosa por parte de quem encaminha os usuários, deixando-se a avaliação a ser feita pelo coordenador no grupo, e com isso, havendo a chegada de usuários sem condições de aproveitar este espaço.

A função de troca entre os participantes foi bastante enfatizada pelas profissionais de ESF entrevistadas, pelas coordenadoras de grupos, na fala das usuárias, e também observada nos encontros de que se participou. A usuária Guilhermina, por exemplo, afirma “*o que me ajuda mais é o próprio grupo assim, cada pessoa que entra ali, você fica olhando assim, um depoimento parece com o teu, o outro não parece, mas tu tem certeza que tem gente sofrendo como você ou mais do que você. Então eu fui me apegando naquilo ali, quando você escuta um depoimento de outra pessoa assim, ou uma pessoa chora, você ali chora junto, mas as vezes parece que esta falando a minha história, tá falando o que eu sinto, né? E isso que ajuda a gente?*”. Apesar de um forte componente de identificação, observa-se que justamente neste espaço de encontros, que por vezes emergem as diferenças. Neste sentido, a própria Guilhermina relata que tinha interpelado uma colega de grupo, fazendo um contraponto a sua forma de ler sua realidade e observa “*você se identifica com as pessoas de outro jeito, você também pensa na tua situação de outro jeito, aí tu muda a cabeça tudo. É tudo sofrimento que faz, uns reagem de um jeito, uns reagem de outro*”.

Esse funcionamento por vezes gera a impressão, verbalizada por alguns coordenadores, de que o grupo anda sozinho, sendo importante, porém atentar-se ao fato de que o coordenador tem papel importante nesta dinâmica, inclusive de sustentar o espaço para que

³³ Os grupos abertos são grupos que possibilitam o ingresso de novos membros, sendo assim, um grupo pode ser aberto, mas não ser um grupo de acolhimento, por exemplo.

sejam trabalhadas as subjetividades nestas relações. As usuárias Georgete e Guiomar, por exemplo, vivenciaram momentos de conflito no grupo, mas que seguem participando do mesmo, inclusive pela valorização da relação com as coordenadoras. Guiomar, porém, já interpreta este processo vivido no grupo como parte de seu processo de tratamento, conforme sua fala “*O que me ajudou? Eu acho assim ó, a lidar melhor com o problema do outro, a ouvir mais o problema do outro, e não só criticar, eu criticava tudo e não entendia. Eu fazia, principalmente comigo. Aí e me sentia culpada com tudo. Eu criticava muita gente e eu acabei sendo criticada*”. Neste sentido, observa-se que parte da potencialidade do grupo está no próprio espaço grupal, que possibilita a identificação, mas também não apenas ela, cabendo retomar a análise de Bezerra Jr. (2007a, p.167) :

“A palavra do parceiro do grupo talvez contenha maior plausibilidade, isso é, talvez possa veicular modelos de identificação mais próximos, mais apreensíveis que o oferecido pelo terapeuta. Estes tem uma função sempre fundamental, mas talvez nestes casos, bastante peculiar: ele seria o elemento aglutinador, o fornecedor e o mantenedor das regras de comunicação no grupo, que irão permitir não somente a troca entre os componentes, mas, sobretudo, a possibilidade de que os conflitos tornados sintomas (e portanto transformados em linguagem não compreensível e não compartilhável) encontrem um caminho de expressão verbal que abra as portas a sua elaboração.”

Cabe destacar que a leitura dos prontuários não possibilitou que fossem compreendidos os avanços de cada um destes usuários durante o processo de grupo, o que certamente não teria como ser registrado por encontro, mas que possivelmente poderia ser reavaliado no plano terapêutico com alguma frequência. Este desafio nos remete ao apontamento feito por Onocko-Campos (2001) de que por vezes intervenções coletivas acabam por não permitir que se pergunte sobre o que este espaço significa para um usuário específico, e neste sentido apenas atendem a critérios mais de produtividade do que da singularidade.

Atendimento individual de psicologia

Durante as entrevistas com os profissionais da ESF observou-se que a escuta individual mostra-se como uma opção principalmente quando os usuários não têm condições de participar dos grupos de

apoio. Porém, ainda que possa ser feita por matriciamento, esta avaliação muitas vezes acaba sendo direcionada ao próprio grupo, o que traz dificuldades ao processo. Na análise dos casos observa-se o quanto este fluxo pode ser potente para forçar um pouco a adesão ao grupo, mas o quanto por vezes inviabiliza ou protela outra oferta que pode ser necessária. Os usuários Virgílio e Palmira, por exemplo, acessaram o atendimento individual apenas após a ida ao grupo, no qual não permaneceram. Já Dorinda e Verena não tiveram a oferta de atendimento individual por não terem buscado o grupo, cogitando-se que esta oferta poderia ser interessante para sustentar e qualificar seu ingresso neste espaço coletivo. Neste sentido, cabe observar que nas entrevistas com os profissionais dos NASFs observou-se que quando se assume uma lógica de valorização das intervenções coletivas, também ocorre sem dificuldades o fluxo inverso, a saber, o atendimento individual e depois o encaminhamento ao grupo para continuidade.

Neste sentido, alguns profissionais também utilizam o atendimento individual de forma relacionada ao atendimento de grupo, demonstrando cuidados em restringir a informação a cada um destes espaços. Assim, o grupo pode servir para dar apoio ao atendimento individual, por exemplo, permitindo receber casos e mantê-los em espera (como um grupo de recepção) ou para verem-se os usuários com mais frequência. Também foi observado o movimento inverso, utilizando-se o atendimento individual para reforçar/potencializar a intervenção no grupo, quando necessário. Geraldina, por exemplo, apesar de já ter sido encaminhada, inicialmente não permaneceu no grupo, sendo reencaminhada por Gil através do reagendamento de uma consulta com a psicologia, que a remeteu efetivamente ao grupo, de que estava gostando no momento da entrevista.

Quanto ao atendimento individual propriamente dito, observou-se ser extremamente pontual, o que se mostra pertinente quando assim é demandado pelas equipes e pelos usuários, mas que não abarca a necessidade de todos os casos. Dentre os casos pesquisados que tiveram atendimentos de psicologia houve em torno de quatro (04) atendimentos, havendo referência da expectativa pela retomada deste espaço em outro momento por alguns usuários. Neste sentido, o encaminhamento para psicoterapia em outro tipo de instituição como ONG e Escolas de Formação foi mencionado por algumas equipes, seja por não terem psicólogo na unidade, ou ainda por não contarem com a oferta de atendimento sistemático quando necessário.

Intervenções Sócio-comunitárias

As intervenções familiares, embora entendidas como uma potencialidade da ESF, foram bastante pontuais neste estudo, prioritariamente associadas a situações de crise ou de maior gravidade. Já o incentivo às atividades comunitárias se mostrou bastante presente, ainda que por vezes não tenha sido utilizado de forma intencional, ou em alternativa a outras opções terapêuticas.

Abordagens Familiares

As abordagens familiares não foram muito referidas nas entrevistas com os profissionais e também não se fizeram muito presentes na análise dos casos. Em geral, observa-se alguma orientação quando há presença de acompanhante, e também o contato em algumas situações de risco, quando por vezes tem-se um contexto não colaborativo. Assim, observa-se que além das abordagens familiares, em alguns casos mostrou-se necessária uma leitura da dinâmica familiar que quando se mostrou presente por vezes não foi operativa. Neste sentido, cabe destacar que não foram referidos ou identificados o uso de recursos relacionados à leitura da situação da família, como genograma, que tem sido bastante associados à formação dos profissionais da APS e da medicina de família e comunidade.

Dentre os casos, destaca-se o acompanhamento da usuária Geraldina, que por sua iniciativa levou o companheiro e a filha para tomar orientações do médico de referência. Também o caso do usuário Plácido, cujo atendimento para mãe foi sugerido pela ACS já no seu ingresso em acompanhamento. A situação deste último usuário aponta uma das potencialidades identificadas para abordagem de famílias, que é o fato de que outros agentes da família são usuários do atendimento, e que por vezes também tem vínculo com a ESF. Os grupos de tabagismo, por exemplo, mostraram-se um lugar para se estar em família de forma bastante recorrente dentre os sujeitos pesquisados. Cabe destacar que os temas familiares foram pauta no grupo de apoio psicológico que se observou, neste caso abordando uma dimensão mais relacional.

Incentivo à participação em atividades coletivas na comunidade

Foi observado nas entrevistas com profissionais que têm sido realizados encaminhamentos para grupos nas comunidades como parte do plano de Atenção em saúde mental. A justificativa de encaminhamento muitas vezes é a socialização, como, por exemplo, na fala feita por Ema, que encaminha usuários para “*romper o isolamento, ir lá fazer umas amizades*”. Muitos destes grupos são de idosos e/ou de

instituições religiosas. Observa-se que em uma situação, apesar de um prévio contato, a característica religiosa de uma instituição restringiu a efetivação desta articulação de rede.

A utilização de grupos da unidade, que de forma mais direta não estariam ligados à saúde mental também se fez presente, e avaliada como efetiva. Neste tipo de encaminhamento está inserida a noção de autocuidado e também a ocupação do tempo livre, sendo que nesta direção foi identificado encaminhamento para o grupo de mulheres e artesanato. A profissional Giana, por exemplo, relata *“É um grupo só de mulheres, que é comandado pelas ACS, com demanda espontânea e sempre tem palestra relacionada à saúde da mulher com um cafezinho no final do grupo, com algum brinde. Pessoa que talvez tenha um sofrimento, mas que não toma nenhuma medicação, não faz nenhum acompanhamento, mas vê que é dona de casa que fica mais em casa, que às vezes tem marido alcoólatra, ou um filho que é usuário. A gente vê que ela não tem um serviço, mas às vezes a gente vê que ela tem um sofrimento, mas não se encaixou ainda em nada. Então geralmente as agentes de saúde vão lá e convidam aquela pessoa para vir participar do grupo”*.

Cabe destacar que em uma das equipes, embora haja grupo de artesanato e de caminhada, a profissional entrevistada, que demonstrou conhecimento e utilização dos recursos mais convencionais para a Atenção em saúde mental, como os grupos de apoio e os serviços especializados, recordava de apenas um caso em que este encaminhamento havia sido feito como parte da abordagem em saúde mental, inclusive por demanda da própria usuária.

Na análise dos casos de usuários estes encaminhamentos se fazem presentes. As usuárias Guilhermina e Genoveva, por exemplo, participam de grupos por terem sido encaminhados por seus médicos de referência. Nas palavras de Genoveva *“A Gaia [médica anterior] disse para eu procurar lá antes, mas eu estava muito relaxada e não procurei. Gil disse para mim procurar atividade (...) Eles fazem o grupo, fazem passeio, faz exercício físico na academia, faz ginástica, muito bom.”*

Observa-se que dentre as falas sobre estas atividades feitas pelos usuários, e também por vezes nos registros de seu incentivo, por exemplo, nos grupos de apoio psicológico, há definição destas atividades como atividades prazerosas. Esta dimensão do prazer tem relação com a singularidade, e isso nos parece fundamental para se pensar na potencialidade destas propostas, o que nem sempre é explorado pelos profissionais quando se segue uma indicação mais

prescritiva. Essa dimensão singular não deixa de ser uma questão para os usuários, por exemplo, conforme se faz ver na fala de Guilhermina “*Eu faço curso de bordado duas vezes por semana e estava me deixando nervosa, e eu disse ‘eu não quero coisa para me deixar irritada, eu quero coisa que me dar prazer’.(...) Gus que falou para mim, ‘ocupe o seu tempo’, porque eu não sou de parar, eu não gosto de ficar parada. Me mandou arrumar um namorado. Eu falei ‘Gus, que namorado? Eu vou achar um velho que quer se aproveitar ainda de mim, que eu tenho um teto para oferecer? Quero não’. Eu fui até dançar, que tinha mandado ir dançar eu e a minha filha, que também distrai e faz um exercício”*”.

Intervenções pelo Corpo

Ao longo do estudo observou-se que havia um sentido de autoria das práticas assistenciais realizadas na equipe de ESF que girava em torno da dimensão corporal. Além das práticas complementares, que tem um sentido bastante intenso de não dicotomia mente-corpo, observou-se que havia um adensamento das propostas em torno deste eixo de intervenção. Este processo também vai ao encontro de um processo identificado, que é a capacidade de receber casos que estejam também com demandas clínicas, e aponta uma peculiaridade da Atenção em saúde mental na APS.

Práticas Corporais

O incentivo à atividade física foi bastante presente para o conjunto de usuários e também bastante transversal ao conjunto de atividades socializantes ou prazerosas propostas a eles. Porém, em geral, à atividade física não foi explorada dentro do plano de Atenção em saúde mental de forma articulada. A profissional Tina, por exemplo, referiu que costuma encaminhar usuários, em especial idosos, para grupos na comunidade, mas pontuou que apesar da socialização, em geral o faz com o objetivo clínico orgânico. O mesmo processo foi identificado no caso da usuária Armênia. Esta se debatia com sintomas de ansiedade que lhe faziam comer muito, e teve a caminhada prescrita por conta do colesterol, sem que fosse feita uma correlação desta atividade como estratégia para enfrentamento da ansiedade.

Estes dois casos apontam duas facetas das práticas corporais, a saber, a possibilidade de serem potencializadas de forma individual, ou de permitirem alguns agrupamentos e acompanhamento dos profissionais, o que nos parece mais interessante no contexto da saúde mental. Neste sentido, cabe observar que além da caminhada, outras

práticas corporais, como relaxamento e mesmo a fisioterapia foram sugeridas aos usuários como parte articulada deste processo de Atenção ou acabaram por cumprir uma função bastante interessante. Em uma equipe o grupo de relaxamento inclusive contava com a parceria da psicologia, o que foi identificado como um projeto em outra equipe. As práticas corporais foram identificadas ainda como estratégias por vezes utilizadas pelos usuários em seu processo autônomo, sem relação com os serviços de saúde.

Cuidado Clínico

Além de ser um ponto de abertura para a chegada de demandas em saúde mental, o cuidado clínico mostrou outras interfaces importantes para a atenção propriamente dita. Um destes pontos é o próprio processo de vínculo e legitimação que este cuidado dá aos profissionais de saúde, bastante evidente na fala dos usuários, inclusive em situações em que há conflito, como se pode ver na fala de Verena, para quem estava sendo proposta a retirada dos benzodiazepínicos “*No fundo, no fundo, quer o bem da gente, não quer o mal da gente, está tentando. Deu um problema nos meus intestinos, que é muito grande, sabe? Me atenderam muito bem, mandaram eu para o hospital. Eu fiquei surda, não sei se foi uma gripe ou sinusite que me deu, eles me atenderam muito bem*”. Aqui cabe destacar que parte desta legitimidade passa por uma concepção de cuidado mais convencional biomédico, inclusive procedimental, que merece sempre atenção.

Também se observa que operar os cuidados clínicos foi uma forma de potencializar a intervenção em saúde mental. Nívea, por exemplo, falava de um caso que estava em atendimento exclusivamente para o problema psiquiátrico e para quem o diagnóstico de HAS foi uma forma de alterar-se toda a dinâmica de Atenção. Neste sentido, cogita-se que para além de uma maior desenvoltura para identificar o sofrimento quando há problemas clínicos, há também uma maior desenvoltura para lidar com eles quando esta dimensão orgânica se faz também presente. Cabe destacar que este papel também parece ser uma forma de legitimação do trabalho da ESF pelos profissionais de saúde mental.

Práticas Integrativas e Complementares

O uso de práticas integrativas e complementares na abordagem dos casos foi identificado em algumas equipes como parte do plano de Atenção em saúde mental. Neste sentido, nas entrevistas com os profissionais foram mencionados o uso de acupuntura em casos de ansiedade ou depressão, a realização de auriculoterapia, inclusive de

forma articulada ao grupo de apoio psicológico, e também a utilização de fitoterápicos. Estas intervenções fazem parte da tentativa de desmedicalizar a intervenção das equipes de saúde e denotam um sentido de integração da dimensão física e psíquica. Além disso, indicam uma abertura para um conjunto de intervenções associadas, como afirma Nívea *“Na verdade você tem que ter a visão do paciente, e uma série de coisas, por exemplo, vir no grupo de ombro, no grupo de coluna para aprender a alongar, né? Porque não adianta fazer acupuntura e relaxar aquela musculatura, se ela continuar sem saber se alongar, ela vai voltar com a mesma dinâmica”*.

Esta associação de terapêuticas se estende ao campo da saúde mental, podendo ser bem observada, por exemplo, no caso do usuário Virgílio, que vinha apresentando alterações cardiovasculares relacionadas à ansiedade, e para quem foi proposto de forma associada acupuntura, atendimento psicológico e fisioterapia. Sobre tal atendimento o usuário verbaliza *“Eu estava cheio de dor nas pernas, me doía muito, não podia dormir, melhorei. E uma dor que eu tinha aqui no peito, achava que era o coração, eles fincaram aquelas agulhas, tudo, melhorei bastante (...) aí, eu passei por uma psicóloga e comecei a melhorar (...) é que eu tomo uma fluoxetina de manhã e tomo um clonazepan 2mg de noite, né? Mas ajudou porque eu não... eu gosto de ir pescar e não ia mais pescar com medo. O meu negócio era mesmo medo de conversar com as pessoas, assim, entende. Se conversasse, assim, um pouco com os amigos, já dava aquela segura na garganta e eu vinha para casa. Tudo isso aí me atrapalha (...) tudo mandado por Vik. Aquilo ali me ajudava, né? Porque eu estava ficando meio encarangado das pernas e coisas. Tudo ajudou”*.

Algumas equipes têm utilizado estas ofertas inclusive na chegada dos casos, derivando dali um novo tipo de acompanhamento, como pode ser exemplificado pelo relato da profissional Giana, falando da auriculoterapia *“E fora os acolhimentos que quando a gente recebe que tem alguma queixa emocional, ou alguma dor assim, a gente também coloca, eu tenho uma senhora que não participa de nenhum grupo e toda a quarta-feira ela vem botar, porque acha que melhora”*. Este contato entre profissional e usuário é visto inclusive como uma parte do efeito deste tipo de prática, conforme externado por Nívea em uma reflexão sobre estas práticas e seus efeitos.

Observou-se que as Práticas Integrativas e Complementares são intervenções partilhadas pelos profissionais das áreas de medicina e enfermagem em algumas unidades, o que acaba criando também um espaço de Atenção operado de forma multiprofissional. Cabe destacar

que se identificou que alguns profissionais fazem uso destas práticas complementares, mas não se remeteram a elas como parte da Atenção em saúde mental. Ainda, que há profissionais que, mesmo estando em equipes que realizam estas práticas para a Atenção em saúde mental, também não as reconhecem diretamente como parte destas abordagens.

Na análise dos casos, observou-se que embora o predomínio destas ofertas tenha ocorrido dentro da rede de saúde, a busca por práticas complementares também foi feita espontaneamente pelos usuários em seu processo autônomo de cuidado.

7.3. Ressaltando especificidades

Algumas práticas apareceram associadas aos casos mais graves, como oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, e também ações de atenção à crise. Além disso, há algumas peculiaridades na atenção específica para crianças e adolescentes, e para usuários de álcool e outras drogas, que se enfatiza neste tópico.

Atenção aos casos graves

Os profissionais entrevistados indicam que os casos graves devem ser atendidos prioritariamente no CAPS, porém ao longo das entrevistas acabaram deixando claro o quanto ainda assim estes também transitam no centro de saúde, demandando atendimento clínico, pegar receitas, dentre outros. A profissional Pilar, por exemplo, relata “*Tem alguns casos graves que daí já são pacientes mesmo do CAPS, tem um seguimento com o psiquiatra do CAPS, às vezes acaba vindo aqui também, consulta por outras queixas, às vezes vem para renovar receitas, né?*”. É o caso de Nicolau, 33 anos, que tem diagnóstico de esquizofrenia e usa o centro de saúde para seu cuidado clínico, depositando no CAPS, que frequenta há três anos, os méritos de mudanças na sua forma de lidar com sua condição.

Outros casos graves, porém, estão em atendimento somente no centro de saúde, pois há dificuldade de acesso ao CAPS, o que foi referido nas entrevistas com profissionais e gestores, e também identificado nas observações e estudos de caso de usuários. Além das barreiras dadas pela localização destes serviços especializados, há outras justificativas que merecem atenção, como a restrição dos usuários ao domicílio ou bairro por sua própria condição de baixa autonomia ou ainda, a recusa destes em frequentar o serviço especializado.

O que se observa para a maior parte dos casos graves que estão em atendimento no centro de saúde, é uma atenção centrada no medicamento, que mesmo que inclua idas frequentes a este serviço, não

é acompanhada de um plano terapêutico que envolva uma abordagem sobre a dimensão psicossocial, que poderia ampliar sua autonomia. O usuário Plácido, por exemplo, tem diagnóstico de esquizofrenia, já passou pelo CAPS, mas hoje não quer ir a este serviço, pois não gosta dele. O único tratamento que faz no centro de saúde é farmacológico, sendo necessário inclusive realizar exames de sangue frequentes para controle de efeitos adversos. Este procedimento estava em atraso considerável na data da entrevista, apesar de sua inclusão em uma listagem para monitoramento em saúde mental. Ele já teve um período regular de acompanhamento de psiquiatria, de que gostava, cujos registros enfatizam a mudança do tratamento medicamentoso, com inserção de psicotrópicos de primeira geração, e que foi interrompido com a saída da profissional. Embora a mãe ache que seria interessante que ele conversasse com a psicóloga, Plácido, que tem 28 anos, não tem este interesse e queria trabalhar e estudar. Também queria que a mãe tivesse ajuda, em especial para parar de fumar. Acompanhamento similar tem Amarilda, 54 anos, que nunca esteve no CAPS, e que com o atendimento protagonizado pela ESF, a partir da demanda da ACS, e apoiado pelo matriciamento, deixou de ter internações psiquiátricas, que eram a única intervenção em saúde mental a que tinha acesso e adesão em um período de cerca de 20 anos de tratamento para esquizofrenia. Apesar do recente acesso ao BPC³⁴, sua baixa autonomia tem gerado ao longo dos anos uma sobrecarga familiar, havendo, além disso, nuances de recusa de tratamento por este núcleo, que foram, até o momento, contornadas via aplicação de psicotrópico injetável. A manutenção deste tratamento é garantida com agendamentos quinzenais na unidade, o que inclusive ampliou seu espectro de circulação e envolvimento com o tratamento, dado que Amarilda passou a sair sozinha do domicílio para ir ao centro de saúde.

Tanto a circulação no centro de saúde de usuários já atendidos no CAPS, que pode ser inclusive considerada desejável como parte de um plano de Atenção, quanto à dificuldade de parte dos usuários em acessar o serviço especializado, indicam a importância da diversificação das ofertas terapêuticas na APS, que foi ainda escassa para casos graves. Cabe destacar que é reconhecido internacionalmente que mesmo quando

³⁴ O Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social garante ao idoso com 65 anos ou mais e a pessoa com deficiência incapacitada para a vida independente e para o trabalho a transferência de 1 salário mínimo mensal (quando comprovado não haver meios próprios ou familiares para manutenção).

há oferta de serviços especializados estes muitas vezes não são acessados pelos casos mais graves, inclusive pelos estigmas envolvidos (OMS, 2001). Neste sentido, retoma-se o enunciado de Lancetti (2007) de que qualquer dispositivo de saúde mental deve atender os casos mais difíceis.

Oficinas Terapêuticas (e grupos que podem incorporar outra função terapêutica)

Em uma parceria entre NASF e Saúde da Família, uma das equipes está construindo uma Oficina de Costura voltada especificamente para os casos graves. A coordenadora Taci observa que este espaço vem sendo construído justamente a partir de atendimentos individuais para estes casos, quando o rompimento do isolamento impulsionou a necessidade de outras ofertas para dar continuidade ao processo de atendimento. Além disso, assim como observado nos grupos de apoio psicológico, as oficinas funcionam para estes casos como uma estratégia para dar suporte nos intervalos entre os atendimentos, ainda que tenha sido pontuado que para garantir-se o atendimento a estes usuários é fundamental que haja disponibilidade dos profissionais, inclusive da ESF, para recebê-los quando necessário.

Desta oficina, dentre outros usuários ainda em fase de inserção, cuidadosamente trabalhada, inclusive com contatos telefônicos para reforçar o convite, participa Teodósio, que tem diagnóstico de estresse pós-traumático e que embora tenha solicitado encaminhamento para o CAPS, não conseguiu acessar este serviço, pois seu intenso medo dificulta sua circulação mesmo no bairro. Teodósio, que está em atendimento há cerca de cinco (5) anos, já foi atendido sistematicamente pelo psiquiatra matriciador, com registros que indicam a tentativa de uma abordagem psicoterapêutica concomitante ao tratamento medicamentoso, mas que acabava por não avançar, o que foi atribuído a própria dificuldade deste em fazer qualquer deslocamento em sua posição subjetiva. Após algum período o usuário chegou a participar de um grupo de saúde mental, de que gostava, mas que diferencia do atual atendimento na oficina observando que *“A gente não está conversando ali do meu problema, não tá mexendo na minha, na ferida, né? Tu tá conversando umas coisas bem diferentes.”* Assim, em que pese o tempo curto de abordagem, fica lançada a possibilidade deste novo formato de Atenção vir a provocar outros processos no tratamento deste usuário.

Além desta intervenção, voltada exclusivamente para os casos graves, inclusive em seu desenho e divulgação, em outra equipe identificou-se que um grupo de caminhada era utilizado como uma

oferta importante para os casos graves. Conforme a coordenadora do grupo, Nola, o desenho inicial do grupo não previa o atendimento das demandas de saúde mental, mas estes casos passaram a ser encaminhados, em especial pelos médicos, que segundo ela tem um olhar bastante voltado para a questão. A inserção dos casos graves se deu diretamente na relação com uma profissional da ESF que participava da atividade, conforme seu relato *“É um grupo de paciente psiquiátrico em volta de mim. A adesão tem que ser com cuidado, tem paciente que está estabilizado, mas quando participa do grupo agita. Mas ele vê que quando eu estou junto, aí ele fica mais calmo”* (Nívea). Entretanto, observou-se certa intermitência na proposta, inclusive pela dificuldade de transpor estes vínculos para a equipe coordenadora, o que foi prejudicado pela troca de profissionais. Tal intermitência também se evidencia pelo fato de não se inserir na ação o conjunto de usuários com esta indicação, como Nicolau, que participou do estudo por estar fazendo caminhadas, mas que não sabia do grupo. Além disso, observou-se que o caminhar em si, para além do laço social do grupo de caminhada, é que estava sendo valorizado, inclusive pela necessidade de contornar os efeitos adversos de alguns psicotrópicos.

Cabe pontuar que em outra equipe, na qual também se utiliza os grupos da comunidade e também o grupo de caminhada como uma importante oferta terapêutica em saúde mental, em especial pela questão da socialização, a falta de uma inserção no referencial da atenção psicossocial parece dificultar que se extrapole esta proposta para casos mais graves. A profissional Ema observa *“é diferente tu combinar isso com uma idosa que está mais tristonha, ou mesmo deprimida, do que tentar fazer uma intervenção deste tipo com esquizofrênico e bipolar grave. Sabe que não tem tantos efeitos, é mais difícil”*.

Observado o quanto as Oficinas Terapêuticas não são ainda uma realidade na APS, identifica-se através da experiência analisada algumas linhas de potencialidade para sua ampliação, como a desnaturalização do isolamento dos casos graves, o investimento em estratégias não farmacológicas para atenção destes usuários na APS, inclusive através de referenciamento regional, o fortalecimento da formação dos profissionais de NASF para a clínica psicossocial de casos graves em parceria com a ESF.

Além disso, nos cabe aprofundar o entendimento acerca de outras ações oferecidas para os casos mais graves, lançando também pistas para seu fortalecimento. Assim, observa-se que embora o referido grupo de caminhada não tenha sido estruturado sobre o arcabouço da atenção psicossocial, uma análise desta experiência lhe aproxima da

oficina terapêutica por ter havido um trabalho de vinculação que o garantisse como oferta terapêutica para casos graves. Neste sentido, observa-se que pautar as estratégias vinculares da atenção psicossocial poderia fazer com que vários grupos, inclusive já utilizados em outras unidades para casos leves e moderados, sejam ampliados para casos mais graves, cumprindo para estes uma função diferenciada. Os grupos de caminhada, bastante familiares à ESF e voltados a um grupo ampliado de usuários, segundo achados deste estudo parecem ter uma forte abertura para este processo. Neste sentido, cabe destacar que Lancetti (2001) já havia relatado a inserção de usuários graves em grupos de caminhada no projeto *Qualis*, inclusive através de estratégias de vinculação feitas com os ACS. Este autor fez posteriormente uma associação entre a potência desta intervenção e sua aproximação com toda a clínica que se faz andando, como o Acompanhamento Terapêutico, nomeando este conjunto de intervenções de Clínica Peripatética (Lancetti, 2007). Acredita-se que esta composição entre grupos realizados na unidade e princípios de uma clínica psicossocial, ainda que escape ao convencional modo de intervenção nestes dois campos (as oficinas terapêuticas na saúde mental ou os grupos específicos - para hipertensos, gestantes, tabagistas - na APS), pode ser frutífera para um trabalho de saúde mental na APS, inclusive para os casos graves.

Atenção à crise

Nas entrevistas com os profissionais da ESF foi mencionado que há situações de usuários atendidos, ou mesmo novos, que buscam a unidade em alguma situação de crise, como quando no prenúncio de suicídio ou em surto psicótico. Para as situações de risco de suicídio foi observada mais desenvoltura das equipes, que além das avaliações de risco utilizaram estratégias de incremento da Atenção. Dentre as intervenções identificadas nas entrevistas com os profissionais ou na análise dos casos estão a combinação de retorno próximo (usando-se também VD ou ligação), fácil acesso e também o uso de CVV. No caso de Palmira, por exemplo, observa-se que a profissional registra em prontuário que oferece para usuária que busque o centro de saúde sempre que haja necessidade.

Além disso, observou-se ênfase nas ações de orientação familiar, e maior limite para manejar as situações na falta de apoio deste núcleo. Neste sentido, durante as entrevistas foi relatada situação em que o acolhimento de um novo usuário não teve continuidade por ter sido o atendimento condicionado a presença de familiares que não acharam

necessário ir ao serviço. Além da falta de apoio familiar, foram referidas como dificuldades não haver medicamentos no centro de saúde, falta de urgência psiquiátrica na cidade e dificuldades com o SAMU, além da falta de equipe de NASF para discutir o caso.

Em algumas situações o uso da internação foi apresentado como uma conduta limítrofe, porém nem todos os profissionais ressaltaram algum impasse na questão. Cabe destacar que dentre as situações de internação relatadas, associadas geralmente a surtos psicóticos, não ficaram claros os riscos envolvidos. Além disso, o CAPS não se apresentou como alternativa inicial para somarem-se recursos aos que a unidade apresenta. Um bom exemplo é a fala de Zoé *“E aí ela surtou, começou a ter uns surtos meio estranhos, a gente tentou até uma medicação junto com a geriatra e com o psiquiatra, porque fazia matriciamento e tentou resolver. E daí um dia ela veio aqui, e a noite inteira ela de madrugada ela acordou umas duas da manhã porque tinha consulta e ficou a noite inteira surtada dentro de casa. E aí a amiga já não aguentava mais, não era nem parente, né, para ficar ajudando. Aí eu orientei a ir para a IPQ [manicômio local], e levaram e não voltou mais.”* O caso de Nicolau, porém, parece ter sido um pouco diferente, e nos dá pistas de outras possibilidades. Segundo seu relato, este usuário passou primeiro por um acompanhamento no CS, e foi encaminhado para o CAPS quando do agravamento de sua crise, passando a ter um acompanhamento que denominou de *“mais forte”*. Nicolau, que já há três (3) anos faz acompanhamento no CAPS, acha que é importante que o centro de saúde tenha pessoas capacitadas para receber situações como a sua, inclusive na crise.

Este processo evidencia por um lado uma implicação das equipes de ESF em levar os casos adiante com seus próprios recursos, e de outro o limite que parece gerado quando há agravamento. Assim parece haver um desafio para que os CAPS, ainda colocados como um serviço com mais recursos terapêuticos para os casos mais graves em geral (contendo toda a diversificação para este público de usuários), voltem-se principalmente para incrementar o atendimento dos casos mais graves nas situações de crise.

Visita Domiciliar

As visitas domiciliares foram identificadas como estratégia para Atenção em saúde mental em quase todas as equipes, ainda que pouco frequentes. Foram observadas principalmente como alternativa para os usuários mais graves, que não tem condições de sair de casa, cujo acompanhamento fica precário sem este recurso, em geral dependendo

de renovações de receita não presenciais. Este foi o caso das usuárias Armênia e Amarilda, que foram incluídas neste estudo a partir desta intervenção, sendo referido e observado que mesmo que ainda não circulem em outros espaços da cidade, com esta abordagem gradativamente passaram do atendimento domiciliar ao atendimento no centro de saúde.

O estreitamento do vínculo parece ter efeito neste processo, e também foi mencionado como um dos objetivos da realização da VD. A profissional Ema, falando de situações de maior risco, menciona esta estratégia como uma forma de dizer que está presente e que se preciso irá buscar o usuário. Neste mesmo sentido, também foram mencionadas visitas com caráter de atenção para casos que ainda não estão vinculados com o serviço ou que faltaram a atendimentos. Além disso, nas observações e relatos identificou-se que esta estratégia surge como opção para fazer-se a abordagem familiar. A realização das visitas foi observada também como uma forma de verificar a situação dos usuários, sendo este um papel principalmente dos ACS. Salienta-se que esta verificação tem principalmente um sentido de conferência das informações, da obediência ao tratamento, ainda que por vezes observe-se aí outro sentido de trabalho, mais vincular.

Embora as visitas para os casos de saúde mental tenham sido associadas ao trabalho de matriciadores em uma unidade, foi comum o protagonismo das próprias equipes de saúde da família neste processo. A parceria entre ESF e NASF também foi identificada, como, por exemplo, no relato feito por Taci referente a uma equipe vizinha à pesquisada, onde havia um usuário com esquizofrenia que estava isolado e que não aceitava o atendimento em saúde mental, para quem a abordagem inicial estava sendo feita em parceria com a dentista da unidade, pois ele estava com muitos dentes careados. Em uma das equipes observou-se que estava prevista uma visita em parceria com o CAPS, pois a usuária estava com vínculo rompido com a unidade, que encaminhou sua última internação.

A realidade observada, embora coloque a visita domiciliar em evidência, ainda aponta desafios para sua potencialização dentro de um modelo de atenção psicossocial, aqui destacados a necessidade de superar-se o padrão de realizar visitas apenas aos que não se deslocam para ir ao centro de saúde e possíveis centralidades no controle. Neste sentido, retomam-se os apontamentos de Lemke e Silva (2011) de que as práticas de acesso ao usuário através de deslocamento estão presentes desde o higienismo e sanitarismo campanhista e que somente com a concepção de território como existência, e assumindo-se os princípios

éticos de integralidade e de desinstitucionalização, é possível fazer uma inversão deste traço normatizador.

Atenção a crianças e adolescentes

É justamente quanto à atenção às crianças e adolescentes que se observa uma maior demanda de outros setores sociais, em especial Conselho Tutelar e escolas, evocando a APS a converter o pedido de intervenção em saúde mental ainda muito medicalizante. Também para este grupo etário se fez mais explícito o trabalho interdisciplinar e sobre as dimensões familiares.

Diversas equipes mencionam o fluxo de encaminhamento vindo das escolas, muitas vezes através do Programa Saúde na Escola (PSE)³⁵. Dentre as situações mencionadas estão crianças “problema”, com hipótese de diagnóstico de hiperatividade e de déficit de atenção. Da parte de alguns dos profissionais há uma interpretação de que os sintomas apresentados pelas crianças e jovens muitas vezes se relacionam com a precariedade do contexto educacional ou familiar, e que é importante não medicalizar as demandas trazidas. Este entendimento inclusive já chegou a gerar situações de desavença entre as instituições em uma das equipes, sendo importante pontuar que parece estar em andamento, através do PSE, um processo de encaminhamento de rede mais dialogado, por meio de reuniões sistemáticas, cuja denominação identificada foi salas de escuta. Ainda que o PSE seja em geral articulado pelos profissionais da odontologia, identificou-se por vezes a presença das equipes de NASF (psicologia e pediatria) nestes espaços.

Já os encaminhamentos feitos pelo Conselho Tutelar parecem interpelar de forma bastante direta o acesso aos profissionais de NASF ou mesmo aos serviços especializados. Foi observado pela gestão que existe uma tentativa de orientar os conselheiros tutelares sobre a função da APS, e que neste sentido foram realizadas reuniões solicitando encaminhamento através do coordenador do serviço. Ainda que haja um forte fluxo para os profissionais especializados, observou-se da parte das equipes de saúde da família uma tentativa de fazer a primeira avaliação destes casos.

³⁵ O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007 em uma parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação. Com enfoque na promoção de saúde e prevenção de agravos, prevê fortalecer as articulações intersetoriais, contando com referenciais territoriais e, portanto colocando a ESF como uma protagonista deste processo no âmbito da saúde.

A necessidade de um aporte multiprofissional e também a precariedade da intervenção na falta destes foram mais destacadas quando na abordagem deste grupo etário. As unidades sem psicólogo referiam a importância de um olhar interdisciplinar nestes casos, inclusive para articulação com a escola, e os assistentes sociais foram mencionados também como profissionais ativos nos casos de crianças, em especial quando há situações de risco social. No que se refere à rede de retaguarda, foram mencionados além do CAPS-i, serviço especializado ligado à estrutura hospitalar.

Como estratégias de Atenção foram mencionadas a avaliação e atendimento individual de psicologia, por vezes integrado com os profissionais de pediatria, e também grupos específicos para atendimento de crianças e/ou de pais, a maior parte deles em implantação. Ainda que não tenha sido realizada observação destes grupos, nas entrevistas com os profissionais pode-se compreender que há estratégias distintas de atendimento sendo utilizadas. Em uma das equipes tem-se realizado atendimento em grupo com as próprias crianças, em uma coordenação compartilhada entre psicologia e pediatria, garantindo-se um encontro periódico com os pais. Já em outra equipe, a cargo da psicologia, está sendo iniciado um grupo de orientação aos pais, que pode ser complementado pela avaliação ou atendimento de algumas das crianças. Constata-se a dificuldade para efetivar este tipo de intervenção por questões estruturais referentes a material e espaço físico, o que também perpassa o atendimento individual infantil. Também foram mencionadas dificuldades por questões como adesão dos pais e agrupamentos etários para montagem dos grupos. Cabe destacar que em uma das equipes, onde este processo parece estar mais consolidado, inclusive por haver mais demanda infanto-juvenil, há grupos para diferentes faixas etárias em funcionamento, com o máximo de participantes previsto.

As intervenções para adolescentes foram pouco mencionadas. Em uma das equipes foi referida a realização de um grupo de adolescentes e em outra, foi mencionado o desejo de um grupo voltado a este público, mas observada a baixa demanda destes. Nesta equipe também já ocorreram palestras sobre temas relacionados como uso de drogas e violência por demanda da escola.

Atenção aos usuários de álcool e outras drogas

Apesar de não ter sido uma questão aprofundada neste estudo, observou-se que a atenção a usuários de álcool e outras drogas é pouco

incorporada a APS, e que quando o é, faz-se operado por discursos distintos sobre o que é a Atenção.

A recepção das demandas relacionadas a uso/abuso/dependência de álcool e outras drogas apresenta algumas diferenças das demais. Os profissionais observam que é mais raro que estas questões cheguem ao centro de saúde, em especial pelos próprios usuários e comentam que algumas vezes os pedido de cuidado vem justamente da família, inclusive quando o usuário não quer ajuda. Também há menção a demandas referentes a quadros mais agudos.

Há uma percepção de que se trata de um trabalho mais difícil e para o qual se tem menos formação e recurso especializado. Neste sentido, também foi observado que em algumas equipes o encaminhamento para estas demandas acaba sendo mais precoce, principalmente para os CAPS-AD. Foi também referida dificuldade de adesão a estes serviços, seja por serem vistos como locais de viciados, seja pela característica de intermitência de tratamento desta clientela. Além do CAPS-AD algumas equipes mencionaram a questão da internação e/ou encaminhamento a Comunidades Terapêuticas, feitos inclusive a pedido dos usuários ou familiares.

Durante as entrevistas, em algumas equipes foi apresentado o incremento das intervenções na APS. Entre elas ações calcadas na redução de danos e também outras voltadas à abstinência, como a abordagem motivacional. Não foram identificados grupos específicos para usuários de drogas nas unidades, porém, houve referência ao acolhimento destes usuários no grupo de apoio psicológico. Foram citados os grupos de AA e NA, inclusive como um recurso em falta em uma das comunidades, sendo observado que às vezes o próprio usuário busca estes espaços. As abordagens clínicas foram mencionadas como uma oferta de Atenção possível, inclusive quando os usuários não querem uma abordagem específica para a questão de uso/abuso/dependência de álcool e outras drogas.

O único caso deste grupo de usuários incluído no estudo foi o de Eugênia, que embora estivesse no momento em uma abordagem médica baseada na redução de danos, também já havia passado por uma intervenção farmacológica voltada à abstinência. Em suas palavras: *“Ele nunca me chamou para a conversa e nem encaminhar para a psicologia, nem nada, né? O primeiro médico me falou ‘isso é droga’, me passou um remédio. Claro, na primeira semana ele me ajudou, mas na segunda semana, ele já não supria a fissura e vontade de beber”*.

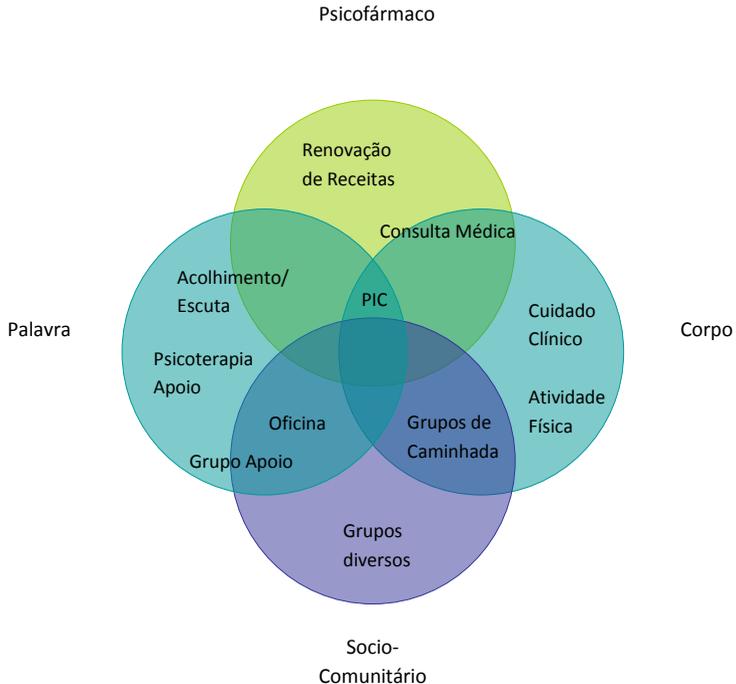
As ações mais consistentes neste eixo de intervenção foram os grupos para cessação de tabagismo, presentes em quase todas as equipes

e executados pelas próprias equipes de saúde da família. Observou-se que estes grupos, que por vezes também sofrem esvaziamentos, acabam tendo uma razoável interface com outras ofertas terapêuticas da unidade, uma vez que as práticas complementares e corporais, por exemplo, têm sido utilizadas também nestes grupos. Além disso, há usuários que durante este processo acabam por ser encaminhados para os grupos de apoio psicológico.

7.4. Sobre as composições terapêuticas e os percursos dos casos

Uma análise da composição entre as ofertas terapêuticas (que se buscou recompor esquemática e genericamente na Figura 1) nos leva a reflexão acerca do quanto à relação de cuidado em saúde mais geral, estabelecida na unidade de saúde, se coloca como referência para a Atenção em saúde mental. Observa-se que se coloca como primeira opção à medicalização uma atenção em saúde que valoriza o cuidado clínico mais integrado, inclusive com abordagens como o uso de estratégias para articular a abordagem entre o sofrimento físico e psíquico, dentre elas as Práticas Integrativas e Complementares, que tem potência também sobre um conjunto de sintomas bastante articulados ao sofrimento psíquico como as dores osteomusculares, dentre outros. É interessante salientar o quanto as PIC têm similaridade e ao mesmo tempo diferença com as forma de Atenção convencionais como a farmacoterapia, o que auxilia a compreender sua possibilidade de inserção no leque de ofertas assistenciais. Neste sentido, em alguns momentos estas práticas foram utilizadas da mesma forma que os psicofármacos, mas preferidas por sua capacidade de atenuar os danos iatrogênicos da química, e em outros foram percebidas justamente como recursos que convocam a outros modos de Atenção, em especial aqueles relacionados ao vínculo, à palavra e a uma participação mais ativa do usuário em seu tratamento.

Figura 1- Esquema síntese-analítica das ofertas de Atenção em saúde mental nas equipes investigadas na APS de Florianópolis



Fonte: Da autora.

Ainda quanto ao papel que ocupa o cuidado clínico em uma transposição à Atenção em saúde mental, cabe destacar que mesmo as ofertas assistenciais de maior ênfase na socialização muitas vezes compartilham outros objetivos clínicos (como a atividade física voltada a prevenção do risco cardiovascular), residindo aí também seu risco de limitação, uma vez que quando tomadas como fim em si mesmo não valorizam toda a sua potência para a Atenção em saúde mental em um modelo alternativo ao biomédico.

A dimensão que se quer valorizar aqui, entretanto, é a da palavra, que embora central na Atenção em saúde mental, por vezes foi ainda bastante negligenciada, tomada de forma parcial ou vista como

campo dos especialistas. Cabe observar que tomar toda a clínica pela palavra, valorizando a história e a subjetividade dos usuários em uma dimensão relacional com o profissional de saúde, é o que se busca no acolhimento, na valorização das tecnologias leves em saúde e em uma clínica centrada na pessoa. Parte da valorização da palavra pode, certamente, se dar neste encontro com o social, o que é primordial em uma abordagem de saúde mental estruturada em referenciais psicossociais, que não toma a subjetividade como processos isolado. Os grupos de apoio psicológico cumprem de certa forma esta dimensão de valorização entre a palavra e o social, ainda que não se possa considerar este como seu eixo central, haja vista serem o principal espaço de intervenção psicológica consolidada. Neste sentido, existe todo um processo a ser explorado no que se refere à relação entre a dimensão social e a palavra, em especial no que se refere à clínica voltada para os casos graves.

No que se refere às composições entre as práticas assistenciais na montagem de itinerários de atenção, inicia-se observando que este se trata de um dos pontos mais exploratórios desta investigação, tendo em vista as variadas possibilidades de composição de Atenção, o fato de terem sido incluídos no estudo apenas casos que estão em atendimento nas unidades e em intervenções diversificadas, e também a dificuldade de fazer-se cruzamento de fontes. Em que pese o próprio percurso dos casos a sua principal forma de compreensão, cabe destacar que estes foram complexificados ao terem sido construídos pelas entrevistas com os usuários e análise dos prontuários, de estarem contextualizados em uma oferta de rede, e ainda, por serem múltiplos.

A primeira consideração a fazer-se é o fato que, dentre os casos estudados, os medicamentos foram muitas vezes propostos aos usuários sem qualquer outro trabalho de escuta, ou de utilização de ofertas terapêuticas alternativas. Em alguns casos tratavam-se de usuários que haviam utilizado o medicamento anteriormente, mas que ainda assim estavam fazendo uma nova entrada de assistência, e para outros inclusive tratava-se de um processo de tratamento inicial. Muitos destes casos não compunham quadros de gravidade no momento desta abordagem farmacológica e possivelmente poderiam ser abordados também de outra forma. Cabe destacar que curiosamente os casos mais graves foram aqueles em que se identificou no registro o adiamento da intervenção, inclusive como uma forma de fazer-se uma avaliação psiquiátrica mais detalhada e de contar-se com o suporte especializado de psiquiatria.

Formas de Atenção alternativas têm sido propostas rapidamente em especial nos atendimentos mais recentes, seja de uma forma articulada, o que se mostrou mais efetivo, seja de forma pontual e tangencial. Ainda assim, não foram muito comuns as abordagens que efetivamente invertem a oferta ao colocarem as intervenções diversificadas de forma anterior à prescrição. Em algumas situações se pode interpretar que a diversificação das intervenções se situa como uma forma de complementar, reforçar e mesmo garantir a intervenção medicamentosa. Assim, ainda que nestas chegue-se a outras formas de abordagem, reafirma-se que no modo de atenção psicossocial presume-se não tomar o atendimento medicamentoso como centro do processo assistencial (COSTA-ROSA, 2000).

Quanto aos muitos usuários em intervenção farmacológica há longo prazo, observa-se que o processo de diversificação da Atenção ocorre muitas vezes nas trocas de profissional, ou no agravamento dos casos, o que remete a um processo de naturalização da cronificação, que merece atenção. Neste sentido, nos parece bastante importante pensar em um fluxo invertido na Atenção em saúde mental na APS, que pautado de uma forma ética o fim das prescrições para aqueles que de forma algum precisariam delas ou que não precisam desta de uma forma tão contínua, sendo a primeira destas questões a necessidade de oferecer a eles outros modos de Atenção. Cabe observar que tomar este processo de superação dos excessos da intervenção biomédica de forma preventiva e dissociada da clínica também tende a repetir fracassos. É interessante pensar em uma analogia entre esta nova forma de intervenção e o manicômio, além da massificação, que engloba situações com todo o tipo de gravidade, deixando a biografia do adoecimento quase sem lugar, opera aqui também uma dimensão de intervenção permanente, que a distancia ainda mais da subjetividade, apesar de manter o tratamento.

7.5. Algumas considerações sobre a divisão do trabalho na execução das práticas assistenciais em saúde mental na APS

Os achados apontam uma divisão de trabalho muito clara no processo de Atenção em saúde mental nas equipes pesquisadas e nas suas unidades, podendo ser isso talvez estendido para a rede toda, a saber, uma participação de enfermeiros bastante restrita ao acolhimento e um acompanhamento bastante centrado na ação dos profissionais médicos, em geral centrado no tratamento farmacológico, além da ação dos ACS voltada aos processos de busca e por vezes monitoramento dos casos, com incipientes diversificações. Estes achados são similares aos

de Nunes, Jucá e Valentim (2007) e também bastante coerentes com a divisão do trabalho na ESF, com fragmentações por superar (GÉRVAS; PÉREZ FERNÁNDEZ, 2011).

Conforme aponta Costa-Rosa (2000) a divisão do trabalho é uma das formas de diferenciar o modo de atenção asilar-psiquiátrico e o modo de atenção psicossocial, sendo o primeiro definido pela manutenção de um trabalho em linha de montagem com hegemonia de saberes mesmo que haja uma equipe interprofissional, exemplificado o fato de que muitas equipes continuam depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações. Relembrando o observado pelo próprio autor, esta situação não seria fortemente modificada se apenas alterasse a especialidade em questão, deixando claro que não se trata de uma disputa por hegemonia. Assim, observa-se a necessidade de se fortalecer alguns atores deste processo para fomentar-se uma efetiva interlocução.

Neste sentido, incrementar a atuação dos enfermeiros, certamente dentro do paradigma da atenção psicossocial³⁶, coloca-se como um desafio necessário, aqui justificado tanto pelo fato de que estes profissionais tendem a ficar mais tempo nos serviços, conforme achados deste estudo, quanto devido ao fato de serem também referências fundamentais na reorientação do trabalho dos técnicos de enfermagem e ACS, que certamente também poderiam estar mais envolvidos em projetos terapêuticos voltados ao desenvolvimento da autonomia³⁷. Cabe destacar que a incrementar o trabalho do conjunto de profissionais da ESF tem sido apontado como uma das formas de consolidar uma APS forte no Brasil (GÉRVAS; PÉREZ FERNÁNDEZ, 2011). Também vale lembrar que é um dos princípios mais importantes da atenção

³⁶ Rodrigues, Santos e Spriccigo (2012) em estudo dos planos de ensino dos cursos de enfermagem em Santa Catarina observam que a formação em saúde mental ainda tem grades contradições paradigmáticas. Os autores sugerem que o ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental (CESM) deva ser realizado em torno dos temas: entrevistas preliminares, construção de caso clínico, utilização do relacionamento terapêutico, consulta de enfermagem, prescrição e registro do cuidado requerido em intercorrências clínicas orgânicas/psiquiátricas, prescrição e administração de medicamentos estabelecidos em programas de saúde e em rotinas aprovadas pelas instituições de saúde, visita domiciliar.

³⁷ A participação destes profissionais em atividades grupais, ainda pouco explorada, e também o fomento à atuação destes dentro de planos terapêuticos nos parecem bastante viáveis. Há experiências exitosas já relatadas neste sentido (Lancetti, 2001, 2007).

psicossocial a diretriz de ser dado papel de destaque a intervenções fora do eixo psi (AMARANTE, 2003; LANCETTI, 1989).

Como um dos primeiros balizadores deste processo, cabe uma discussão sobre a importância que ainda tem os programas de saúde no conjunto das práticas das equipes de saúde da família, mas principalmente dentro do campo de atuação dos enfermeiros. Se por um lado poder-se-ia supor que o fortalecimento da ação em saúde mental na APS poderia ser incorporado neste modelo, por outro, este é um caminho a ser revisto na organização dos serviços de saúde brasileiro (GÉRVAS; PÉREZ FERNÁNDEZ, 2011). Além disso, tratando-se da atenção em saúde mental, que é transversal, seria bastante limitado. Tomando-se o sentido de valorização do que é transversal, por exemplo, observou-se que a própria área de saúde da mulher, cuja enfermagem tem efetiva familiaridade, tem potência para enriquecer as ações de saúde mental na APS, em especial quando se amplia a uma leitura do processo de adoecimento e de cuidado das mulheres com referências múltiplas. Conhecer, por exemplo, os debates críticos acerca das relações de gênero e saúde mental, pode balizar as práticas em saúde e suas tendências medicalizantes especificamente para este grupo (MALUF, 2010).

Conforme observado, o acolhimento também estrutura o trabalho da enfermagem e neste sentido teria potência para o fortalecimento de sua atuação no campo da saúde mental, em especial se reorientado para o fortalecimento de alguns planos de Atenção envolvendo o acompanhamento mais sistemático e desmedicalizante. Neste caso, inclusive a orientação quanto à renovação da prescrição de medicamentos poderia ser utilizada de forma intencional para um conjunto de usuários, dentro de seu plano terapêutico. A utilização das PIC mostrou-se também potente e associada a este fluxo de ampliar-se a Atenção de forma desmedicalizante e multidisciplinar. Neste sentido, torna-se necessário fortalecer a adesão de clientela e também uma cooperação entre médicos e enfermeiros nos planos de Atenção, considerando o apontamento de Tesser, Poli Neto e Campos (2010) de que um dos papéis do médico, dentro do trabalho em equipe, seria legitimar este conjunto de ofertas feito pelos demais profissionais. Cabe destacar que é fundamental que se busque com estas intervenções enriquecer o trabalho do conjunto de profissionais, evitando-se, porém, que nesta forma mais compartilhada siga-se trabalhando no sentido da ambulatorização infinita identificada neste estudo e também referida na literatura (TESSER; TEIXEIRA, 2011), que poderia ser efetivada, por exemplo, por meio de monitoramentos inócuos.

Outra questão que se considera fundamental diz respeito à necessidade de romper a associação entre o atendimento médico e o processo de medicar. Se por um lado é fundamental que os casos sejam manejados por outros atores do serviço de saúde, por outro se considera que uma parte da legitimidade de intervenções não farmacológicas se dá também na medida em que também os médicos as fazem. Em nossa análise, os espaços grupais podem compor com este processo por garantirem a operação de outros tipos de habilidade para o atendimento, que também podem ser estendidas ao espaço individual posteriormente. Por fim, observamos que existe um lugar de legitimidade sobre a intervenção não farmacológica que se passa também na relação com os próprios psiquiatras, e que neste sentido, é fundamental que sejam também estes profissionais referências para este processo. Observa-se que nas abordagens existe um fluxo que tende a fazer com que estes profissionais sejam acionados no agravamento dos casos, mas que na falta de uma rotina de encerramento destes, este processo se legitima de forma permanente *ad eternum*.

Dentre as alternativas para sustentar este processo de alteração do papel do médico na Atenção em saúde mental, parece que é fundamental também resgatar um papel de cuidado clínico que é ainda um lugar seguro para estes profissionais, reconhecido pelos usuários e que neste estudo mostrou efetividade também na possibilidade de abertura para um cuidado integrado. Esta hipótese parece também corroborada na literatura, por exemplo, quando se faz um reforço do papel do médico na escuta a partir de seu lugar de clínico (EIZIRIK; OSÓRIO; OLIVEIRA, 2006). Neste sentido, há dois processos que merecem atenção, a necessidade de uma conduta desmedicalizante também na clínica, e uma abertura à intervenção pela palavra, que certamente corre o risco de ser excluída dentro de um modelo clínico biomédico restrito.

Cabe destacar também que estas divisões de atribuições nas equipes de ESF vão estabelecer-se considerando sua organização geral como serviço, e neste sentido, em uma tensão com certa repetição dos modelos adotados para outras situações comumente atendidas neste nível de atenção. Neste sentido, dentre os desafios para construção da Atenção qualificada em saúde mental na APS está a construção de estratégias que busquem o rompimento com esta fragmentação, e que pode ter efeitos inclusive sobre a reorganização da atenção como um todo.

7.6. Desafios para extrapolar a incumbência de fazer chegar e manter em atendimento

Seguindo a influência dos princípios da APS, as intervenções de saúde mental identificadas parecem estar sendo fortemente pautadas nas diretrizes referentes ao acesso e a longitudinalidade. A dimensão do acesso, que tem sido orientada por critérios de risco e gravidade, é a que de forma mais evidente integra todos os agentes das equipes. Estes buscam acolher os usuários e ter condutas efetivas para resolução de suas dificuldades, contando com certo alargamento do conjunto de intervenções como as visitas domiciliares e as abordagens familiares quando há maior risco ou gravidade. Já a longitudinalidade se faz presente e também agrega os diversos atores dos serviços. Assim, os casos de saúde mental têm sido cada vez mais conhecidos e acompanhados de forma relativamente sistemática pelas equipes, inclusive a partir de algumas medidas usadas de forma intencional como os retornos, renovação de receitas, e mesmo a busca ativa, dentre outras estratégias de monitoramento que parecem advir. Não tão expressiva foi a incorporação nesta Atenção das noções clínicas mais transformadoras e neste sentido a intervenção identificada é ainda bastante centrada na abordagem medicamentosa, que em geral é prontamente oferecida ao chegar-se aos serviços, assim como muitas vezes mantida durante todo o processo com manutenção indeterminada. Tal processo faz parecer que os efeitos sobre os sintomas e estabilização dos quadros é que indicam o sucesso da intervenção. Em que pese um processo de diversificação de ofertas que parece em andamento, ainda são pouco presentes ações que possam contribuir para o aumento da autonomia e mesmo um percurso de finalização, mesmo que provisória, daquela intervenção em saúde.

Reconhecido que as equipes da ESF, para além de uma porta de entrada do sistema de saúde, são um local de busca inicial para os diversos tipos de sofrimento (POLI NETO, 2011), parece ser necessária maior capacidade de suspensão do processo de abordagem do sofrimento psíquico como doença e da pronta oferta de medicamentos, que se mostrou bastante presente neste estudo. Isso ocorre mesmo que haja um recurso fortemente difundido no campo da APS, que é a demora permitida ou *watchful waiting* (KLOETZEL, 2006), que no campo do sofrimento psíquico não serviria para uma avaliação da remissão do quadro de forma espontânea ou para o delineamento mais nítido do quadro sintomático, como é comum na clínica biomédica do “corpo”, mas principalmente para avaliar-se o efeito de medidas não farmacológicas. Ou seja, a demora permitida ou a observação assistida na saúde mental não seria propriamente uma demora ou observação,

mas estaria associada à projeção de potência e à averiguação empírica de intervenções baseadas em um vínculo terapêutico capaz de ativar desejos e potenciais nos sujeitos e em sua rede micro-social.

Salienta-se que a dificuldade com este processo não parece estar atrelada somente ao fato de que as equipes não fazem outras ofertas de Atenção, mas à possibilidade de apostarem em seus efeitos, inclusive de forma alternativa e prévia às intervenções farmacológicas. Este processo certamente envolve fazer nestes outros modos de Atenção um investimento maior de articulação, seja pela legitimidade dada pelo profissional, seja por sua efetiva singularização para o usuário. Assim, cabe destacar que parece haver uma dificuldade em se legitimar uma intervenção não estruturada/padronizada e em observar que o sujeito opera também seu processo de tratamento, o que demandaria uma retomada dos modelos que sustentam uma clínica não biomédica em saúde mental. Considerando-se que algumas aproximações conceituais com o campo da saúde mental psicossocial podem ser potentes, aponta-se a pertinência da Clínica da Recepção, que segundo Tenório (2000) se organiza em torno do enunciado “subjeter a queixa e desmedicalizar a demanda”, que tem afinidade com noções tais como acolhimento e método clínico centrado na pessoa (Mc WHINNEY; FREEMAN, 2010). Salienta-se que nesta, para além de qualificar os espaços clínicos convencionais quando necessários, reforça-se a capacidade de muitas vezes apontar outras soluções singulares (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Sendo observado que parece haver um imperativo de que a resolubilidade é intervir, e, no caso da saúde mental, medicar, retoma-se a importância de que sejam valorizados recursos de diversificação terapêutica que favoreçam outra abordagem do sofrimento já no ingresso dos casos. Considera-se que as estratégias utilizadas por algumas equipes, como a oferta de escuta e mesmo de PICs, tem apresentado efeitos, em especial quando há uma intervenção relativamente sistemática que ancore esta intervenção com um processo vincular. Aqui também nos parece importante observar que existe uma gama de situações em que o sofrimento físico e psíquico aparecem de forma articulada, e neste sentido, a necessidade de pronta resposta ao desconforto físico, com recursos clássicos também pode indicar a necessidade de uma pronta resposta medicamentosa. Assim, o enfrentamento mais integrado de outros problemas físicos, como dores, insônia, ganho de peso, através de outros recursos como grupos de emagrecimento ou de atividade física, PICs, parece também aumentar a resolubilidade das equipes para além das soluções farmacológicas. Neste

sentido, retoma-se o apontamento de Tesser e Sousa (2012) acerca da afinidade entre as concepções da APS, da atenção psicossocial e também das PIC, como práticas que trabalham em uma relação crítica ao modelo biomédico.

Se há uma subutilização da longitudinalidade em prol de tratamentos não farmacológicos, a intervenção psicofarmacológica acaba por se estender ao longo do tempo, sendo frequentemente observados tratamentos que teriam um tempo delimitado³⁸ permanecendo sem interrupção. Este fenômeno possivelmente é naturalizado como se fosse uma extensão de um conjunto de outras abordagens que tem se consolidado na APS para doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes. Nestas doenças o tratamento fundamenta-se em uma conduta farmacológica permanente, os medicamentos de “uso contínuo”. Aqui cabe destacar que se a saúde mental não era englobada no clássico conceito de doenças crônicas, e que agora passa a ser incluída no conceito de “condições crônicas”, referente a um conjunto de situações que exigem cuidados de saúde de forma sistemática (MENDES, 2012). Neste sentido, ainda que se tenha conhecimento de que o termo engloba situações que não são permanentes como a gravidez, cabe apontar a possibilidade de que uma categorização como esta siga naturalizando o percurso que tem estes “problemas e seus tratamentos” e assim, que se siga sem questionar esta cronicidade a partir das formas de tratamento oferecidas. Ressalva-se que com exceção de algumas formas de adoecimento mais graves, em especial os transtornos severos e persistentes, espera-se que outras situações possam passar por intervenções assistenciais que favoreçam sua superação, ainda que se considere um tempo por vezes prolongado se comparados a outras condições de saúde, e mesmo a possibilidade de novos episódios na vida³⁹, o que em princípio não justificaria a manutenção de tratamentos permanentes.

³⁸ Fleck (2006) observa que mesmo para os grupos bem específicos em que há recomendação do tratamento de manutenção com antidepressivos, sua duração não é bem definida na literatura. Osório et al. (2006) também apontam alguns critérios específicos para recomendação de tratamento em longo prazo, mesmo para os casos de psicose.

³⁹ Fleck (2006) apresenta a depressão como uma condição médica de evolução crônica, caracterizada por episódios recorrentes. Observa que cerca de 80% dos indivíduos que receberam algum tratamento para episódio depressivo terão um segundo episódio ao longo da vida, estando a mediana em quatro (4) episódios ao longo da vida. Considerada apenas esta informação, fica bastante clara a diferença entre a depressão e as doenças que exigem cuidados permanentes.

Considerando possíveis dificuldades na abordagem do sofrimento psíquico e suas potencialidades de superação, observa-se que uma das analogias possíveis para pensar a Atenção em saúde mental, evidentemente limitada como uma abstração, dada a grande diferença no campo das materialidades e de modelos explicativos, são as doenças osteomusculares. Estas, embora demandem intervenções mais complexificadas e muitas vezes bastante sistemáticas, em geral não são por si só imutáveis, mesmo quando não podem ser totalmente resolvidas. Esta analogia parece ser uma forma interessante de comparar, ainda que com várias ressalvas, os atendimentos em saúde mental e os atendimentos de fisioterapia, por exemplo. Observa-se que há uma abordagem que muitas vezes tem uma continuidade para que tenha efeito, que precisa de retomadas, mas que tem resultados, em especial para aqueles usuários que sejam envolvidos neste espaço de cuidado e que consigam suporte para alterar algumas situações que tendem a reproduzir seu sofrimento.

Dada a situação, é importante ponderar que a valorização da longitudinalidade, que de fato pode favorecer uma Atenção em saúde mental mais integrada, exigiria uma melhor estruturação de referências nos serviços de saúde. Observa-se que esta tem sido desfavorecida pelo tempo de serviço dos profissionais de medicina e de enfermagem, e também de NASF, mas que este processo é agravado pela precariedade do vínculo com a equipe como um todo e ainda pela forma como é estruturado o plano de Atenção, incluído seu registro. Assim, retoma-se a importância de que sejam resgatados recursos capazes de atuar a favor do processo de reorganização da Atenção, como o Projeto Terapêutico Singular, que não foi identificado como uma estratégia efetivamente utilizada nas equipes. Este tipo de estratégia pode ser bastante potente, em especial se assumido com seu devido teor psicossocial, ou seja, em direção à autonomia e singularidade, permitindo articular uma abordagem multiprofissional que extrapole a díade psicoterapia e farmacoterapia.

Neste processo, partindo-se das ações que vem sendo ensaiadas pelas equipes, se observa que dentre os barramentos possíveis do excesso da intervenção medicamentosa e cronificante está englobar nas prescrições recursos de adiamento, diminuição, ou mesmo cessação, fomentando-se a partir daí uma diversificação das práticas assistenciais para aumentar-se a resolubilidade da atenção. Avançar nesta discussão nos parece pertinente na medida em que além da dificuldade dos profissionais para seguir estas lógicas, mesmo quando avaliam como necessária, está o fato de que embora haja um grande volume de

usuários medicados de forma crônica, sendo este um dos seus únicos atendimentos, e posteriormente um de seus novos problemas de saúde, muitas vezes parece caber ao próprio usuário a responsabilidade ou mesmo a transgressão de descontinuar-la. Ainda que se torne como fundamental pensar a questão da saída dos processos de intervenção, nos cabe observar que este processo demanda um vínculo e transposição da situação de sofrimento, e que sua inefetividade tende a aumentar se tomado de forma protocolar, como um problema de saúde pública a ser combatido de forma autoritária, o que ocorre, por vezes, no caso da dependência de benzodiazepínicos.

Cabe destacar que as equipes tenderam a usar algum tipo de registro, incluindo o conjunto de usuários de psicotrópico e outras intervenções em saúde mental, mesmo que estes procedimentos não estejam previstos administrativamente. Observa-se que este processo ocorreu mais atrelado a uma noção de monitoramento, por vezes falho, e que sendo descolado de uma diversificação de ofertas, fica bastante empobrecido. Resgatando-se um apontamento feito por Lancetti (1989) à Psiquiatria Preventiva, no qual apontava que as instituições é que tem que ser prevenidas, acredita-se ser fundamental que as equipes monitorem novas prescrições, com planos terapêuticos bem definidos, buscando barrar seus excessos. Além disso, considerando-se alguns princípios da atenção em saúde mental psicossocial, que prioriza os casos graves, atendidos com uma diversificação da oferta, propõe-se que as equipes busquem estratégias para manter vinculados e em abordagens que visem à produção de autonomia e liberdade, aqueles casos mais graves que efetivamente devem ser alvo de uma atenção mais diretiva.

Por fim observa-se que deriva também deste uso crônico de psicotrópicos a necessidade de facilitar-se o acesso aos medicamentos por meio de estratégias de renovação de receitas que, embora mereçam atenção, devem ser consideradas em sua atual potencialidade. Tendo em vista a renovação ser um elo de facilitado vínculo com o serviço de saúde, como uma possibilidade de vinculação do sujeito, inclusive para usuários crônicos, muitas vezes é a partir desta demanda que há menção a outros encaminhamentos, como para grupos, ou outras abordagens multiprofissionais, processo que poderia ser tomado de forma mais intencional.

7.7. As necessárias pontes entre as ofertas e a singularidade

A valorização do sujeito em sua dimensão singular parece ser central para possibilitar uma diferenciação entre o paradigma psicossocial e o modo asilar-psiquiátrico (COSTA-ROSA, 2000). Este é

o processo, que se mostrou bastante deficitário nas práticas das equipes, justamente possibilitaria uma condução articulada entre as ofertas de Atenção e a escuta, inclusive quanto aos fármacos, que seriam opção quando o sintoma impede o processo de transformação. Este processo exige que não se busque como objetivo final o tamponamento dos sintomas (menos ainda de forma permanente, como quando se medica de forma preventiva) e sim que se favoreça que o próprio sujeito deste sintoma, que surge como um limite, recoloque-o a favor da sua transformação singular (COSTA-ROSA, 2000, 2011).

Aqui não se está sugerindo que os profissionais de ESF negligenciem riscos, mas que considerem uma interlocução maior com a dinâmica de sofrimento dos usuários, propiciando abertura para suas narrativas sobre a vida, compartilhamento de conflitos, sofrimentos, angústias, e identificando peculiares sentidos, ao invés de enfocarem a doença, transtorno ou mesmo sintoma a ser nomeado, combatido, eliminado ou apenas controlado. Justamente nesta direção, observou-se que a presença de uma abordagem centrada na pessoa, a valorização da indissociabilidade entre físico e psíquico, uma compreensão da dinâmica familiar e social, assim como a noção de acolhimento, deixam abertura a uma Atenção articulada pela escuta na APS na direção da abordagem psicossocial. Este processo por vezes aponta a adoção de medicamentos de forma cautelosa ou subordinada à singularidade do caso, o uso de práticas complementares, o incentivo à socialização, e ainda um acompanhamento mais sistemático e vincular, ações que se mostraram como potencial de alternatividade ou pelo menos complementaridade e compensação necessária ao processo predominante de tamponamento de sintomas pela via química, de tendência cronicizante e alienadora.

Cabe destacar que existe no atendimento das equipes de ESF uma abertura à dimensão subjetiva, que nem sempre avança para uma abordagem neste mesmo sentido, situação que se considera merecedora de análise. Dentre as dificuldades, além da captura da subjetividade pela lógica do exame, está o fato de não se operar com o vínculo de forma terapêutica dentro de certa sistematização e continuidade; a pouca experiência em transcender a noção de escuta percebendo de onde aquele sujeito fala, o que valoriza e de colocar-se ali como interlocutor; e a dificuldade de fazerem-se considerações singulares sobre as necessidades e as possibilidades de adesão a formas de Atenção variadas. Neste sentido, observa-se que a falta de contato com o arcabouço teórico-técnico da atenção psicossocial, em especial com sua clínica, parece ter como efeito o não avançar de algumas práticas assistenciais disponíveis. Aqui se observa que, diferentemente do

apontado por Figueiredo e Onocko-Campos (2009), o processo ainda está mais centrado no cardápio de ofertas do que na escuta dos sujeitos.

Ainda que pelo modo de atenção psicossocial se defenda um estreitamento da faixa do tratável e não sua ampliação como tem ocorrido na ESF (COSTA-ROSA, 2000; POLI-NETO, 2011) esse processo é extremamente desafiador tendo em vista que a APS lida com todo o tipo de sofrimento, inclusive com um conjunto de sofrimentos psíquicos que tem impacto direto nos quadros clínicos que ela precisa cuidar/controlar. Este nível de atenção tem ainda, que agir sobre um conjunto de sofrimentos cronicados inclusive por um conjunto de intervenções anteriores, predominantemente psicofarmacológicas, como se observou neste estudo. Este processo não envolve que se deixe de intervir quando há demandas a estes serviços, mas que sejam fortalecidos modos de Atenção como os que têm emergido na ESF, muitas vezes similares aos que outros usuários produzem em seu autocuidado. Cabe observar que é fundamental que estas intervenções contem com a legitimidade e suporte de uma escuta não medicalizante pelos profissionais destas equipes, por vezes em parceria com os profissionais do NASF.

Outra questão que merece atenção neste processo é a falta de um espaço de escuta/intervenção especializada mais sistemática, inclusive individual, dentro de um plano terapêutico articulado, que pondere evidentemente a possibilidade de outras formas de escuta, inclusive a grupal, para aqueles usuários que efetivamente precisariam deste espaço, que certamente não são a maioria dos usuários da saúde mental (BEZERRA JR, 2007a). Este não lugar emergiu neste estudo, mas também fica evidente, por exemplo, quando em uma referência técnica oficial sobre matriciamento Chiaverine et al. (2011) aponta que as intervenções psicoterapêuticas são elemento fundamental na atenção em saúde mental e que devem ser prestadas apenas em nível secundário, pois se tratam de um procedimento especializado. Cabe destacar que dentro da rede de saúde mental, dada a implantação da reforma psiquiátrica, os ambulatorios foram questionados por sua capacidade de cronificação e pouca efetividade na atenção as crises, e neste sentido, praticamente substituídos pelos CAPS, que efetivamente não se constituíram, por exemplo, como espaço para as psicoterapias. Parte da ação ambulatorial migrou para a APS, onde, por exemplo, dentre as atribuições dos profissionais de NASF prevê-se a realização de atividades clínicas referentes à sua profissão, sem maior detalhe entretanto (BRASIL, 2008a). Nota-se, inclusive, que algumas das características mais criticadas dos ambulatorios, como o “despachar

receitas”, nas palavras de Bezerra Jr. (2007a) não foram extintos e seguem existindo na APS, sobre outras formas.

É esperado que na APS, predomine uma escuta mais fluída ou coletiva que muitas vezes atende a necessidade dos usuários. Porém, este processo generalizado acaba por suprimir de cena um recurso terapêutico como a psicoterapia, o que se torna um paradoxo se observado em contraposição ao tratamento farmacológico cada vez mais sistemático. Neste sentido, o argumento dos profissionais de psicologia reivindicando condições ambulatoriais clássicas, ou mesmo as demandas das equipes por este tipo de intervenção, lotando agendas, não nos parece uma questão menor. Observa-se que não se trata de um processo isolado uma vez que Figueiredo e Onoko-Campos (2009) observam que os profissionais de saúde mental da cidade de Campinas reconhecem a possibilidade de ampliar a assistência da saúde mental por meio de grupos de convivência, oficinas, atividades físicas ou brinquedoteca, mas que reafirmam a importância das ofertas clássicas (psicoterapia, atendimento psiquiátrico com prescrição) para os casos mais graves.

Aqui se argumenta que esta intervenção específica é capaz de ter efeitos sobre outras e que a defesa de uma dimensão ambulatorial de parte das práticas psi na APS, se integrada aos demais fazeres, é bastante diferenciada de um encaminhamento a um especialista que assume o caso de forma desarticulada. Cabe destacar que o que preocupa é se o trabalho psi for enxergado apenas centrado neste eixo psicoterápico, o que também demonstraria uma fragilidade da clínica psicossocial no campo dos especialistas psi, que seguiriam na diáde psicoterapia e farmacoterapia. Ressalva-se também que mesmo intervenções breves, se analisadas com uma racionalidade puramente administrativa, podem ser consideradas longas quando comparadas a outras intervenções. Assim, propõe-se a incorporação da supervisão clínico institucional neste espaço como forma de situar estes processos em sua dimensão institucional e seu viés psicossocial, trazendo-se a clínica para o campo da política pública e de suas particularidades, mas superando um modelo de precarização desta.

Destaca-se que o encaminhamento de usuários que realmente demandam intervenções específicas não deve ser tomado como um fracasso, e sim que deve ser considerado um sucesso o fato de que possam chegar a este atendimento podendo fazê-lo de forma adequada. Observou-se neste estudo justamente o que tem sido referido na literatura, a saber, que o tratamento psicoterápico (neste caso, guardadas as diferenças, o grupo de apoio), quando articulado por um profissional

de referência, ou ainda, quando do interesse do usuário, se mostra mais efetivo (HETEM et al., 2011). Entende-se, portanto, que é desejável que as equipes de ESF façam a escuta mais sistemática inicial criando condições para continuidade do atendimento com especialistas quando necessário, e deixando-os mais disponíveis para os casos em que efetivamente possam complementar sua intervenção.

Por fim, observando que a APS brasileira ainda é um campo em construção, salienta-se que em paralelo com o debate acerca da necessidade de serviços ou sobre profissionais alocados neles⁴⁰, é necessária uma profunda reflexão sobre as tecnologias assistenciais a serem oferecidas e onde são situadas em sua maior potencialidade, debate que ainda nos parece tomado pela tangente.

7.8. Práticas assistenciais e os marcos teórico-técnicos da APS e da atenção psicossocial

A reforma psiquiátrica nos permite familiaridade com a diversificação de práticas terapêuticas que se pautam em uma base cultural. Neste sentido, muitas são as intervenções que tomam a arte, a cultura, dentre outros, como formas de propiciar uma expressão e reconstrução subjetiva e uma reconstrução do laço social. A corporeidade se faz presente pela dança e pelo teatro, e por vezes também pelo esporte (LUZIO, L'ABBATE, 2006). As intervenções de saúde mental em saúde da família, porém, parecem contar mais com o corporal para sua ampliação, possivelmente pela composição de seu campo de saber e também pelas expectativas que se fazem sobre sua atuação. Neste sentido, nas ações da ESF, foi identificado que as intervenções clássicas em saúde, as práticas corporais, dentre elas principalmente a atividade física, e também as práticas integrativas e complementares, mostram-se como possibilidades para complexificação do processo de Atenção em saúde mental em APS, inclusive para casos mais graves.

Uma análise mais detalhada deste processo, porém, fez perceber algumas nuances que merecem discussão. A primeira delas é referente à elaboração parcial destas ações, que embora tenham sido largamente aplicadas, por vezes o foram sem considerar-se esta sua potencialidade intrínseca para a Atenção em saúde mental, que se deu apenas como consequência indireta. Observa-se que a falta de intencionalidade em

⁴⁰ Mendes (2012) aponta a necessidade de adensar o PSF com os profissionais de NASF (não na proporção 1:1, mas quiça 1:3), possibilitando a execução de um trabalho clínico mais articulado..

alguns casos dificulta que estas práticas sejam assumidas como medidas efetivamente terapêuticas para a Atenção em saúde mental, portanto por vezes potencialmente alternativas a outras, e também que sejam difundidas no conjunto de profissionais que possam promovê-las.

Na afirmação da potencialidade terapêutica destas práticas, é fundamental que sejam resgatados os sentidos do paradigma psicossocial, ainda bastante distanciado da APS, conforme se fez observar neste estudo e já referido em outras publicações (NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007; TESSER, TEIXEIRA, 2011). Neste sentido, salienta-se que este paradigma têm importantes contribuições dentro de uma concepção de abordagem do sofrimento psíquico não atrelado ao esquema doença-cura, que favorece importantes estratégias para a Atenção de casos graves no território, bem como, extensivamente, para os casos menos graves, o que, portanto pode contribuir no direcionamento de intervenções voltadas aos grupos de usuários que são atendidos nas unidades de saúde, inclusive todos aqueles que apresentam seu sofrimento psíquico em uma interface orgânica. Dentre as contribuições tem-se a reapropriação do vínculo, que pelo que se pode observar nesta pesquisa, embora bastante presente, não é incorporado de forma operativa no redirecionamento da Atenção.

Falando-se especificamente das PICs, cabe-nos observar que estas são práticas que tradicionalmente não se fizeram legitimar no campo da saúde mental, inclusive por serem também por vezes focadas na supressão de sintomas. Considera-se que se trata de um debate a ser retomado em especial se considerada sua diferença da mais massiva oferta, que é a de medicamentos psicotrópicos. O modelo clínico que sustenta as PIC utilizadas nas equipes mostrou-se bastante interessante para este diálogo, em especial por sua valorização da corporeidade como forma de expressão da dimensão subjetiva, e também pelo que propõe como cura/tratamento e participação mais ativa do usuário neste processo. Neste sentido, observou-se uma preocupação em atender-se à demanda de supressão dos sintomas, em especial daqueles que produzem desconforto físico, a partir de medidas que também são vinculares, sem deixar de remeter os sujeitos a uma implicação com sua condição de saúde, justificando-se neste sentido certo estatuto desmedicalizante que as ampara (TESSER; BARROS, 2009). Nesta pesquisa estas práticas tenderam a associação com múltiplas medidas de Atenção, que diluíram as cronicidades das medidas puramente farmacológicas, em um sentido bastante próximo do que se tem como defesa no modo de atenção psicossocial, ainda que conte com um escopo de intervenções novo a este campo.

Cabe destacar que a superação do modelo biomédico, necessária para uma clínica mais complexa, que acolhe a saúde mental de forma articulada, não se dá sem tensões. Como nos aponta Lucchese et al. (2009), por vezes a saúde física emerge como categoria biomédica, não só privilegiando o corpo e a doença, mas ordenando também a saúde mental. Assim, subordinam-se outros saberes, adota-se o modelo causa-efeito, define-se os eventos como doença e assume-se o objetivo de cura por supressão de sintomas. Neste sentido deve-se tomar o cuidado para diferenciar a concepção de saúde física que é valorizada aqui como potência, distinguindo-a daquela que venha a deslegitimar o campo da escuta e da subjetividade.

Por fim, retoma-se que estas medidas de Atenção, já calcadas naquilo que a APS apresenta de forma costumeira, com suas atribuições clínicas e sanitárias, correm o risco de afastar usuários que não têm esta vinculação com o cuidado em saúde e ainda, de serem bastante prescritivas para os que as buscam. Neste sentido, cabe destacar que é fundamental que as equipes possam também relativizar seu próprio estatuto, assumindo não um papel prescritor de cuidados em saúde, e sim um papel de construção da noção de saúde dentro da singularidade de cada sujeito. Tal processo gera o desafio de que possam colocar seu cardápio pronto de intervenções subordinados às necessidades que os sujeitos lhe apresentam, muitas vezes de forma não explícita, exigindo uma escuta sutil e não estereotipada, que se constrói efetivamente no vínculo.

Ainda que se possa considerar que o modo psicossocial pode ser operado a partir das ferramentas convencionais hegemônicas do cuidado em saúde, não se pode deixar de pensar na possibilidade de utilização das ferramentas da atenção psicossocial na APS, seja como medida de promoção de saúde e terapêutica para os casos leves e moderados, seja como intervenção planejada para os casos mais graves, quiçá de forma integrada. Neste sentido, observa-se que se a própria *expertise* da saúde, a saber, cuidado do sofrimento/adoecimento, em especial em suas versões/manifestações clínicas se mostra potente, mas que ações livres desta reconhecida função, como aquelas amparadas na arte, por exemplo, não deixam de ter sua função na APS, e tem a capacidade de colocar em pauta a necessidade de uma abordagem não prescritora, nem mesmo da necessidade de uma caminhada.

8. Considerações Finais

Este estudo observou que o modo de atenção psicossocial, que tem sido balizador das rupturas esperadas na Reforma Psiquiátrica nos eixos teórico-assistencial e técnico assistencial, dentre outros aqui não abordados (COSTA ROSA, 2000; AMARANTE, 2007), não tem sido estruturante das ações em saúde mental na APS do município pesquisado, e possivelmente em outros. Este afastamento foi observado no conjunto das práticas referidas pelos profissionais da estratégia de saúde da família e também nos estudos de caso, havendo um atendimento centralmente medicamentoso, muitas vezes naturalizado, ou com consideráveis dificuldades de operação em sentido contrário. Salienta-se que se supõe que esta não se trata de uma situação isolada, seja pela intermitência de modelos em produções bibliográficas importantes no campo da APS ou mesmo de matriciamento (CHIAVERINE et al. 2012; ALBUQUERQUE, DIAS, 2012), seja por outros estudos que indicam achados no mesmo sentido (TESSER, TEIXEIRA, 2011; NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007).

O campo da saúde mental na APS, entretanto, pareceu bastante afeito a uma noção de Atenção similar à da psiquiatria comunitária ou preventiva, que teve sua importância na (pré) história da reforma psiquiátrica brasileira ao tornar-se o primeiro espaço de oferta de atenção não manicomial, incorporando a abordagem sistemática e antecipada como uma forma de evitar internações psiquiátricas. Cabe destacar que posteriormente esse modelo foi considerado limitado por não questionar a forma como o saber psiquiátrico objetificava o sofrimento/loucura e por suas consequências medicalizantes (DEVERA, COSTA-ROSA, 2007; AMARANTE, 1995). Dentre os elementos que nos fazem supor esta aproximação com a psiquiatria comunitária está a maior centralidade da atuação das equipes de saúde da família no acesso e monitoramento dos casos, sendo o tratamento de manutenção farmacológico quase tomado como objetivo em si, visando prevenir novos episódios de crise e internações. Tal processo é acompanhado de uma menor intencionalidade destas equipes em ampliar as tecnologias de atenção voltadas ao desenvolvimento da autonomia através de uma valorização da subjetividade e da contratualidade, eixos que estruturam diferenças nestes modos de atenção (COSTA-ROSA, 2000).

O desconforto dos profissionais com as intervenções medicalizantes, que em geral produzem uma recorrente demanda de prescrições, foi presente. Porém, em menor intensidade observou-se uma prática de Atenção em saúde mental construída com pressupostos críticos à medicalização e nestes casos, ainda dificuldades na sua

operação. Assim, foram identificadas poucas estratégias para evitar medicamentação de casos mais leves e propiciar o rompimento da exclusão de casos mais graves. Cabe destacar que uma grande parte dos usuários deste nível de atenção são “egressos de intervenções psiquiátricas” mantidos por anos fazendo uso de psicotrópicos sem ofertas de outras formas de tratamento. A diversificação na Atenção a estes usuários parece emergir a partir de novas crises ou do desconforto com o papel de reprodutores de intervenções. Dentre as dificuldades neste campo tem-se a necessidade de legitimar o saber de coordenação de cuidado de generalistas, o fato de por vezes não haver uma escuta orientando este processo, a falta de outras ofertas de Atenção que efetivamente possam colocar-se como alternativas, e o fato de que cada vez são mais cultuados os tratamentos farmacológicos de manutenção. Neste sentido, se avalia que grande parte das críticas feitas ao serviço de ambulatório, como grande intervalo entre consultas com repetição de receitas (TENÓRIO, 2000; BEZERRA JR. 2007a), que foram fundamentais para a defesa dos CAPS, devem ser resgatadas para pensar-se a Atenção que se constrói no campo da APS.

Neste estudo ficou bastante demarcado o quanto a ligação com os cuidados em saúde em geral é estruturante da Atenção em saúde mental na APS. Assim, o processo saúde-doença-cuidado como um todo se coloca como um caminho primordial para a identificação de sofrimentos psíquicos, para a construção de um vínculo terapêutico e também como uma forma de oferecer Atenção. Além disso, as equipes tendem a propor intervenções similares aos esquemas conhecidos. Influenciadas, por exemplo, pela tradição biomédica e preventivista, predomina a centralidade no tratamento farmacológico e sua utilização de forma contínua e com certa vigilância; ou influenciadas por modelos mais ampliados de cuidado, surgem integrados a abordagem em saúde mental propostas como a oferta de práticas integrativas e complementares ou a valorização das ações de promoção à saúde.

Sobre este conjunto de achados, cabe-nos observar que existem formas de superação de fragmentação distintas operando neste campo. Incorporar a Atenção em saúde mental na APS, por exemplo, não é suficiente para que se rompa com o modelo biomédico, que pode apropriar-se do campo da subjetividade mantendo uma referência asilar-psiquiátrica. Este processo é diferente, entretanto, de uma superação da fragmentação que também rompa com o reducionismo (MATTOS, 2006) e, de fato, incorpore o psicossocial sem subordiná-lo ao biológico. Os achados indicam que neste processo de rompimento da fragmentação há uma potência quando se assume a crítica à medicalização, o que

coloca todo o processo de cuidado situado em uma leitura social da função da saúde e de seus efeitos. Cabe destacar que a dimensão da crítica à medicalização mostrou-se potente justamente por ser operada de uma forma articulada à própria atenção, não repetindo uma cisão que por vezes afastou a saúde coletiva da prática médica (MATOS, 2006) mas que ainda pode avançar trazendo para a pauta da saúde mental debates sobre os excessos da intervenção aos moldes do que vem se fazendo através do conceito de prevenção quaternária (TESSER, 2012).

Na continuidade, cabe um apanhado geral acerca do processo de Atenção identificado, tomando-se como referência os eixos vínculo, autonomia e subjetividade, eleitos neste estudo como referências para diferenciar o modo de atenção psicossocial do modo asilar-psiquiátrico (COSTA-ROSA, 2000). Neste sentido, pode-se concluir que existe um investimento na vinculação com o serviço como longitudinalidade, mas ainda pouco espaço para a subjetividade nos tratamentos, e ainda, pouco enfoque no fortalecimento da autonomia. A partir deste processo, parece importante observar que a Atenção identificada tem sido mais orientada por princípios da APS sob a ênfase nas suas normativas nacionais (BRASIL, 2006, 2011a), mas ainda pouco orientado por princípios da atenção psicossocial, onde autonomia e subjetividade/singularidade são fundamentais. O campo da relação profissional-paciente, neste sentido, precisa ser resgatado dentro da tradição da APS inclusive em sua capacidade operativa, pois como já apontado por Balint (1988) a droga mais utilizada na clínica geral é o próprio médico, premissa que se estende ao trabalho de toda a equipe.

No atual contexto, o processo de Atenção identificado não corrobora a idéia de que a APS aumenta o fluxo para as internações (ainda que não se recorra a recursos alternativos quando elas se apresentam), mas apesar disso não se supera o foco na doença e sua direção a cronicização, em especial no acompanhamento medicamentoso. Assim, não há condições para superação da condição de doente de diversos usuários, que por vezes o fazem apesar da atuação dos serviços, o que novamente apóia uma aproximação com os modelos da psiquiatria preventiva e fazendo necessário retomar as críticas a ela dirigidas (AMARANTE, 1995). Um conjunto de intervenções, tais como os grupos de apoio psicológico, as PIC e o incentivo à participação em atividades na comunidade ou centro de saúde se destacaram por ter potencial para operação em uma perspectiva de valorização da autonomia e subjetividade/singularidade. Apesar disso, observa-se que estas mesmas intervenções são subutilizadas em outros momentos justamente por não serem reconhecidas como potenciais ou

pela própria dificuldade de explorar mais o campo da palavra. Tal situação poderia ser superada com referências psicossociais que as incrementassem para efetiva alternatividade ao modelo hegemônico, o que demanda também o resgate da noção de Projeto Terapêutico Singular (FRANCO, 2003; BRASIL, 2004c).

Salienta-se que o modo de atenção asilar-psiquiátrico tende a uma centralidade nos tratamentos medicamentosos, mas que o modo de atenção psicossocial inclui além da farmacologia e das psicoterapias um conjunto de outras intervenções que privilegiem a reintegração sociocultural (COSTA-ROSA, 2000). Entretanto, no próprio campo do matriciamento observou-se que ainda há necessidade de maior permeabilidade da atenção psicossocial, salientando-se que, tanto na demanda dirigida quanto na atenção executada pelo matriciamento de psiquiatria e psicologia, houve predomínio do suporte diagnóstico e medicamentoso e da oferta de grupos de apoio psicológico, e a baixa oferta de outras ações. Essa situação indica a necessidade de fomentarem-se com maior intencionalidade outras estratégias, podendo-se citar aquelas estruturadas a partir da clínica das psicoses, tais como as oficinas e o Acompanhamento Terapêutico⁴¹, além de outras como a Clínica da Recepção e a Gestão Autônoma da Medicação⁴². Parece-nos que este é um processo que tem condições de ser construído em parceria com os CAPS, mas que depende também de uma valorização do que há de específico na abordagem em saúde mental dentro de um modelo psicossocial, que em suas peculiaridades por vezes distancia-se de matrizes mais conhecidas da APS, como das teorias motivacionais ou os grupos educativos.

Neste sentido, cabe observar que a medicina de família bebe de modelos europeus e cada vez mais valoriza a medicina baseada em evidências, que, apesar dos avanços trazidos para o campo da saúde, não pode ser pensada de forma dissociada da prática clínica ou tomada de forma acrítica no campo da saúde mental (BEZERRA JR, 2007b). Esta

⁴¹ Modalidade Clínica que busca construir um processo terapêutico pelo acesso compartilhado a rua. Dentre outras obras, é discutido por PALOMBINI, A.L. et al. Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

⁴² Trata-se de um tipo de intervenção que fomenta a participação dos usuários na gestão de seu tratamento farmacológico. Tal intervenção esta em adaptação para a realidade brasileira conforme relatado em ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.43, p.967-80, out./dez. 2012.

referência tomada de forma isolada definiria por si só alguns modelos de atuação, por vezes distanciados do modo de atenção psicossocial, que é bastante influenciado por campos de saber diversos e caracterizado por uma essência inventiva e confrontativa dos modos de Atenção dominantes (COSTA-ROSA, 2000), não dispondo de muitos estudos nesta tradição de pesquisa. Evidentemente mantém neste campo de conhecimento compromissos com resultados e com uma efetiva alteração nos modos de Atenção, o que é construído dentro de outros pressupostos epistemológicos. Neste sentido, pondera-se também a forma como as referidas evidências são assumidas de forma seletiva dentro do campo biomédico, observando-se serem pouco operativas, por exemplo, quando se identifica tendência aos tratamentos medicamentosos de duração indeterminada, ou quanto ao fato de muitas vezes não se utilizarem outros tratamentos associados (FLECK, 2006). Além disso, observa-se que mesmo no campo da medicina há diversas práticas que correm o risco de serem limitadas sobre um viés extremamente técnico, a exemplo da relação médico-paciente (POLI-NETO, 2011).

Tem sido discutida com grande frequência no campo de relação entre saúde mental e APS a necessidade de fazer-se uma articulação de rede, que tem sido fortemente induzida através do matriciamento (LANCETTI, 2001; FIGUEIREDO, ONOCKO-CAMPOS, 2009; DIMENSTAIN et al., 2009; TESSER, TEIXEIRA, 2011). Entretanto, os resultados deste estudo apontam a necessidade de resgatar-se um importante debate que tem sido negligenciado, a saber, a articulação dos atores dentro da própria equipe de saúde da família para que efetivamente não se tenha uma atuação médico centrada, aqui destacado o acompanhamento, que é a função mais centralizada. Neste sentido, é preciso um rompimento com a noção de que o território é o lugar onde se buscam usuários e se contextualiza a intervenção cronicada, passando a priorizar-se a noção de território como interface subjetiva e como campo de atenção (LEMKE, SILVA, 2011; LANCETTI, 2001). Seguindo-se esta lógica, toda a equipe estaria envolvida em ações que de fato integrassem a ação clínica e comunitária, o que não é tarefa simples, haja vista muitas vezes haver uma centralidade excessiva da clínica nos profissionais médicos, e uma ação comunitária ainda deixada a cargo dos ACS (ONOCKO-CAMPOS et. al., 2012; GÉRVAS, PÉREZ FERNÁNDEZ, 2011). Cabe observar que este processo tem coerência com um pressuposto importante na estruturação da atenção psicossocial, que é o fato de que esta não é uma abordagem para especialistas (AMARANTE, 2003; LANCETTI, 1989). Além disso, que para tal seria

necessário fomentar-se a formação destes profissionais especificamente para atuação neste sentido.

Com vistas à finalização, cabe observar que embora se tenha assumido que as práticas assistenciais portam concepções de doença e de cura, os profissionais e usuários não foram questionados sobre esta questão de forma direta. Ainda assim, pode-se constatar que mesmo sendo capazes de situar um conjunto complexo de determinações, as equipes de saúde da família ainda são fortemente influenciadas pelo compromisso com a homeostase, o “funcionamento normal”, a supressão de sintomas na hora de operar a Atenção em saúde mental. É preciso considerar também a existência de uma demanda por controle de sintomas clínicos, que emerge de forma integrada com este sofrimento psíquico que se apresenta. Assim, reforça-se a necessidade de uma aproximação da atenção psicossocial com a APS em torno da relação entre corporeidade e subjetividade, buscando-se um incremento desta interface para além da biomedicina, inclusive com as PIC, cujas afinidades eletivas têm sido indicadas neste campo (TESSER; SOUSA, 2012), e que se mostraram neste estudo como uma possibilidade de intervenção desmedicalizante com o viés da APS.

Tendo em vista a constatação de uma dificuldade de assumir-se um modo de atenção efetivamente psicossocial, nos cabe resgatar os apontamentos feitos por Mondoni e Costa-Rosa (2010), a partir de estudo realizado no Estado de São Paulo, no qual identificaram o modo de atenção psicossocial coexistindo com ações de psiquiatria tradicional e da psiquiatria preventiva, sendo esta última por sua similaridade e proximidade com a reforma psiquiátrica, o maior entrave para o avanço da atenção psicossocial. Salientando que este conjunto de concepções da psiquiatria preventiva mostrou-se bastante frutífero na APS, inclusive por conta de características deste campo, retoma-se o apontamento feito por Costa-Rosa (2000) de que “qualquer que seja o programa terapêutico que se crie em termos ideológicos e teórico-técnicos, ele será profundamente sensível aos modos estruturais e conjunturais de organização do dispositivo institucional no que/ou em qual é executado” (p.149) para seguir o desafio de reinventar também em suas particularidades a integração com modo de atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo, Edusc, 2001.
- ALBUQUERQUE, M.A.C; DIAS, L.C. Abordagem em saúde mental pelo médico de família. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M. (Org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 233-240.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A.P. O cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, Hucitec, ABRASCO, 2004. p.221-239.
- ALVES, D.S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, Hucitec, ABRASCO, 2006. p.171-180.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 2003, p. 45-65.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 73-81.
- AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.V.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.

ARANHA E SILVA, A.L., FONSECA, R.M.G.S. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 novembro-dezembro; 11(6): p.800-6.

ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F.; LIMA, M.G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis*. 2011, vol.21, n.2, p. 541-560.

ARRAIS, P.S.D.; BARRETO, M.L.; COELHO, H.L.L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007, v. 23, n. 4, p.927-937.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009, vol.14, n.3, p. 753-762.

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BALLARIN, M. L. G.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O Mundo da Saúde*. 2010, v. 34, n. 4, p. 444-450.

BARONI, D.P.M.; FONTANA, L.M. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. *Mental*. 2009, vol.7, n.12, p. 15-37.

BARROS, M.M.M.A; JORGE, M.S.B.; PINTO, A.G.A.. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. *Revista de APS*. 2010, v. 13, p. 72-83.

BEZERRA JÚNIOR, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007a, p. 134-169.

BEZERRA JÚNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 2007b, v. 17, p. 243-250.

BOAZ, R.; FAIT, C.S. Saúde Mental na Atenção Básica com Usuários de Psicotrópicos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 6, n. 18, p. 78, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/155>>. Acesso em: 04/09/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, n. 61, 29 de março 2006. Seção I, p. 71-76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, n. 43, 04 março 2008(a). Seção I, p. 38-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Ano IX, n. 19. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à

Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, de 31 dezembro 2010, Seção I, Página 89.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, n. 204, 24 outubro 2011(a). Seção I, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088/GM, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, n. 247, 26 dezembro 2011(b). Seção I, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica 34 -Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BUCHELE, F.; LAURINDO, D; BORGES, V.; COELHO, E. A interface da saúde coletiva na atenção básica. *Cogitare Enfermagem*, 2006, v. 11, n.i3, fev, p.226-233.

CAÇAPAVA, J.R, COLVERO, L.A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, 2008, dez;29(4), p. 573-580.

CAIXETA, C. C.; MORENO, V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*. 2008, v. 10, n. 1, p. 1 -16. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a16.pdf>. Acesso em: 14/06/2013.

CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, C.E.A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História*,

Ciências, Saúde – Manguinhos, 2007, v.14, n.3, jul.-set. 2007, p.877-906.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W. et al (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006, v. 1, p. 53-93.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.2, p. 393-403.

CHIAVERINI, D.H. (Org.) et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA-ROSA (2000), A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. *Operadores fundamentais da atenção psicossocial: Contribuições a uma crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. 2011. Tese (Livre Docência). Faculdade de Ciência e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

COUTO, A.F.F. *Renovação da prescrição de antihipertensores sem consulta médica – Influência no controlo da hipertensão arterial*. 2011. Dissertação (mestrado) – Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde, Covilhã, Portugal.

CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

DE LEON, G. *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Ed. Loyola, 2003.

DEVERA, D. COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na prática. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2007. 6(1), p. 60-79.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saude soc.* [online]. 2009, vol.18, n.1, p. 63-74.

EIZIRIK, C.L.; OSÓRIO, C.M.S.; OLIVEIRA, R.R. Intervenções Psicoterápicas. In: In: DUNCAN, B; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, E.R.J. (Orgs.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Artmed, Porto Alegre, 2006,p.855-862.

FERIGATO, S. H., CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L.G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2007, 6(1), 31-44.

FERREIRA NETO, J.L; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis*. 2010, vol.20, n.4, pp. 119-1142.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, 2005, v. 9, n. 18, p.489-506.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. *Divulg. Saúde para Debate*, n.22, p.25-35, 2000.

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc. saúde coletiva*, 2009, v.14, n.1, p.129-138.

FLECK, M.P.A. Depressão. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. (Orgs.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Artmed, Porto Alegre, 2006, p.874-884.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de Atenção à Saúde Mental*, 2006.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007*. 2007. Disponível em < http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/05_11_2009_8.56.23.d1f8ea2fd463f0779780d30f439f9fc.doc.> Acesso em 19/03/2012.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *25 anos do Programa de Saúde Mental de Florianópolis*, 2009. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=632>> Acesso em 20/07/2011.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2011-2014*, 2010a. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/25_10_2011_7.53.50.46e2936aa698e65b5f137a0db2600b9d.pdf>. Acesso em 09/02/2012.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de atenção em saúde mental*. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão : Ed. Copiart, 2010b. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>. Acesso em 19/03/2012.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Instrução Normativa nº 001/2010*. 2010c. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/17_05_2010_10.30.59.7f13826233ea784570aea600dd2f6f3a.doc>. Acesso em 19/03/2012.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Instrução Normativa nº 003/2010*. 2010d. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/16_02_2011_8.39.55.760445989e4bb3404d7d17fb262a2d21.doc>. Acesso em 19/03/2012.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Sistemas de Informação*. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=sistemas+d e+informacao&menu=0>> Acesso em 28/07/2011.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Contém informações sobre a população 2012 por equipe de saúde da família*. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2012_index.php>. Acesso em 11/06/2013.

FONTANELLA, B.J.B., RICAS, J., TURATO, E.R.. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol.24, no.1, p.17-27.

- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979a, p.79-98.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979b, p.99-111.
- FRANCO, T.B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). IN: MERHY EE, MIRANDA JUNIOR H, RIMOLI J, FRANCO TB, BUENO WS. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.
- GAVILÁN-MORAL, E., BARROSO, A.V., GRACIA, L.J. Como desprezear medicamentos. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M. (Org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- GÉRVAS, J. E PÉREZ FERNÁNDEZ, M. *Uma Atenção Primária Forte no Brasil?* Relatório do Projeto “É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário em Atenção Primária no Brasil”. 2011. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf> Acesso em 03/07/2013.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L et al (org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- HETEM L.A.; CHAGAS M.H.N.; GUAPO V.G.; FLECK, M.A.; ANTUNES, P.B.; RIBERTO, M.; IMAMURA, M.; POLI NETO, P.; ANDRADA, N.C. *Depressão unipolar: tratamento não farmacológico* Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira, 2011. Disponível em <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/depressao_unipolar-tratamento.pdf>. Acesso em 17/06/2013.
- JAMERSON, F. *A lógica cultural do capitalismo tardio*. São Paulo: Ática: 1997.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, 2007, v. 13, n. 1, p. 169-190.

JUNQUEIRA, M.A.B., PILLON, S.C. A assistência em saúde mental na estratégia saúde da família: uma revisão de literatura. *Revista Enfermagem. Cent. O. Min.* 2011, abr/jun; 1(2), p.260-267.

KLOETZEL, K. O Diagnóstico Clínico: Estratégia e Táticas. In: DUNCAN, B; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, E.R.J. (Orgs.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Artmed, Porto Alegre, 2006.

LANCETI, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. *Saúde Loucura 7 - Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo, 2001, p.11-52.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: HUCITEC, 2007.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: LANCETTI, A. *Saúde loucura 1*. São Paulo: HUCITEC, 1989. p. 75-89

LEMKE, R.A.; SILVA, R.A.N. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis*. 2011, vol.21, n.3, pp. 979-1004.

LIMA, E.A. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. *Oficinas terapêuticas em saúde mental - sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004, p. 59 - 81.

LIMA, M.C.P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev. Saúde Pública*. 2008, vol.42, n.4, pp. 717-723.

LUCHESE, R.; Oliveira A.G.B.; Conciani, M.E.; Marcon, S.R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9), p.2033-2042

LUZ, J. *Implantação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis*. Florianópolis, 2009. [Trabalho de Conclusão de Curso - Medicina]. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/SP0183.pdf>> Acesso em 13/06/2013.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface -Comunic., Saúde, Educ.* 2006, v.10, n.20, p.281-98.

MAFUF, S. Gênero, saúde e aflição: Políticas públicas, ativismo e experiência sociais. In: MALUF, S.; TORNQUIST, C. (Orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: Alguns reflexos acerca de valores que merecem ser definidos. In PINHEIRO, R; MATTOS, R.A.. *Os Sentidos da Integralidade e no Cuidado a Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2006.

Mc WHINNEY, I. R. ; FREEMAN, T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MELLO FILHO, J. Histórico e Evolução da Psicoterapia de Grupo. In:MELLO FILHO, J. *Grupo e Corpo: psicoterapia de grupos com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. p.29 – 62.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DERMAZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde: Origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*, 2009, 12(2), p.204-213.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES-GONÇALVES, R. B., Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades. Cadernos Cefor PMSP/SMS-SP, n.1, 1992.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY E.E., E ONOCKO, R., organizadores. *Agir*

em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a, p.197-228.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: informação e dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY E.E., E ONOCKO, R., organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007b, p.113-150.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E.E., E ONOCKO, R., organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007c, p.71-112

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINOZZO, F., KAMMZETSER, C., DEBASTIANI, C., FAIT, C., PAULON, S.. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2012, v. 24, n.2, p. 323-340.

MONDONI, D.; COSTA- ROSA, A. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psic.:Teor.e Pesq.* 2010, vol.26, n.1.p. 39-47.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C. P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(10), out, 2007, p. 2375-2384.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2012, vol.46, n.1, p. 43-50.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada- sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental..*Rev. Saúde em Debate*. 2001, vol.25, n.58, p. 98-111.

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

OSÓRIO, C.M.S; ABREU, P.B; GAMA, C.S.; LOBATO M.I. Psicoses. In: DUNCAN, B; SCHMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa R.J. (Orgs.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Artmed, Porto Alegre, 2006, p. 885-896.

PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2004, vol.11, n.2, p.241-258.

PAULON, S. Clínica Ampliada: Que(m) demanda ampliações? In: FONSECA, T.G.; ENGELMAN, S. (Orgs). *Corpo, Arte e Clínica*. Porto Alegre: UFRGS, 2004, p. 259-274.

PINTO, A.G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.3, p. 653-660.

POLI-NETO, P. *Encontros no centro de saúde: a medicina de família e comunidade (MFC) e o sofrimento social*. 2011. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Florianópolis, SC.

RABINOW,P; DREYFUS, H. Poder e verdade. In.: RABINOW,P; DREYFUS, H. *Michel Foucault: Uma Trajetória Filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

REZENDE, J. M. de. Terapia, Terapêutica, Tratamento. *Revista de Patologia Tropical*. 2010, Vol. 39 (2), abr.-jun, pp. 149-150. Disponível em <http://revista.iptsp.ufg.br/uploads/63/original_2010_39_2_149_150.pdf>. Acesso em 06/06/2013.

RODRIGUES, J.; SANTOS, S. M. A. & SPRICCIGO, J. S. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem. *Acta paul. enferm.* 2012, vol.25, n.6, pp. 844-851.

RODRIGUES, J.T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicol. estud.* 2003, vol.8, n.1, pp. 13-22.

RODRIGUES, M.A.; FACCHINI, L.A. & LIMA, M.S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2006, fev; 40(1): pp. 107-14.

ROSA L. *Transtorno mental e o cuidado na família.* SãoPaulo: Cortez, 2003.

ROSA, F. S.; MONTEIRO, M.T.M.; FORTUNATO, J.J.; GALATO, D. A prescrição de psicotrópicos e a reavaliação médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (UFRJ. Impresso), 2012,v. 61, p. 52-53.Carta.

SANTOS,K.P.B; RIBEIRO, M.T.A.M. Intervenções das consultas realizadas numa equipe de saúde da família pela CIAP. In: Congresso Bras Med Fam Comunidade. Belém, 2013. Anais 12:1319. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/index.php/brasileiro/article/view/425>>. Acesso em: 24/05/2013.

SARTI, C. O Lugar da Família no Programa de Saúde da Família. In TRAD, L. A. B. (Org) *Família Contemporânea e Saúde:significados, práticas e políticas públicas.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p.91-103.

SCHMIDT , M.B.; F IGUEIREDO , A.C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em Saúde Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.* 2009, v. 12, n. 1, p. 130-140.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELA L et al (org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

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

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. In: *Cadernos do IPUB: a clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental*. 200, v. 6, n. 17, p. 30-46.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3615-3624.

TESSER, C. D.; SOUSA, I.M.C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saude soc*. 2012, vol.21, n.2, pp. 336-350.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Revista Saúde e Sociedade*, mimeo. (aprovado em julho de 2013 para publicação).

TESSER, C.D. Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde. *O Mundo da Saúde*, 2012, v. 36, p. 416-426.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F.. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):914-20.

TESSER, C.D.; TEIXEIRA, B.C. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. *Saúde em Debate*, 2011, v.35, n.88, p.83-95.

TÓFOLI, L.F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *Sanare*, 2005/2007, v. 6, n.2, p. 34-42.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, Atlas, 1992.

UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M.. Financiamento e alocação de recursos de saúde no Brasil. In: GIOVANELA L et al (org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes

para a implementação de ações. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2009, jan./mar, v.13, n.28, p.151-64.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A ROTEIRO PARA ENTREVISTAS – GESTORES SMS

- 1) Resgatar do ponto de vista da gestão o percurso histórico da rede de saúde municipal no que tange a relação entre saúde mental e atenção primária a saúde.
- 2) Colher a descrição dos gestores acerca do funcionamento atual da ação integrada entre saúde mental e atenção primária a saúde, identificando as principais estratégias para garantir esta articulação.
- 3) Identificar as principais práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde conhecidas pela gestão (observando seu funcionamento, público-alvo e proponentes) e também suas intencionalidades neste tópico.
- 4) Listar as principais ações de formação executadas na interface saúde mental e atenção primária à saúde.
- 5) Identificar do ponto de vista da gestão as principais prioridades e desafios na interface de saúde mental e atenção primária a saúde.
- 6) Compreender o histórico de informatização dos registros da atenção, e também identificar dados disponíveis e suas possíveis utilizações na gestão do cuidado em saúde mental em rede.
- 7) Listar documentos institucionais referentes ao tema saúde mental e atenção primária à saúde bem como estudos já realizados no município importantes para este tópico.

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA – PROFISSIONAIS

CARACTERIZAÇÃO EQUIPE

- 1) População atendida.
- 2) Tempo de trabalho dos profissionais na equipe.
- 3) Número ESF no CS. Ações compartilhadas.
- 4) Localização do NASF. Frequência e áreas de matriciamento.
- 5) Organização do acesso.
- 6) Organização da atenção.
- 7) Processo de trabalho/gestão da equipe.
- 8) Articulação da equipe na de rede comunitária, intersetorial e setorial.
- 9) Tem discussão dos casos?

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

- 1) Conte-me da inserção do cuidado em saúde mental nesta equipe. Que situações contribuem para a organização da oferta de cuidado em saúde mental?
- 2) Que ações em SM são desenvolvidas? Como são organizadas no serviço?
- 3) Como se estrutura a entrada dos casos?
- 4) Como é feito o acompanhamento?

Para cada ação de saúde avaliar: quem propõe, quem participa, a quem e como indica, qual o objetivo e papel na abordagem do caso, qual o funcionamento.

- 5) De que forma as práticas em saúde mental atendem as mais variadas demandas que surgem na atenção primária à saúde?
- 6) De que forma se dá a articulação de rede setorial, intersetorial e comunitária para o cuidado em saúde mental?
- 7) Quais são os maiores desafios da inserção do cuidado em saúde mental na equipe?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Atividade de Gestão de Caso

- 1) O que caracteriza o caso discutido? O que se projeta como objetivo de intervenção?
- 2) Que plano de ação se constrói? Quais as ofertas terapêuticas são cogitadas e qual a relação entre elas?
- 3) De que forma se projeta o reconhecimento do usuário como sujeito no processo?
- 4) De que forma cada um dos profissionais/equipe é envolvido no plano de cuidado? De que forma se faz presente o vínculo terapêutico nas estratégias?
- 5) Que outros agentes sociais são envolvidos no contexto do usuário e nas ofertas de cuidado?

Atividade de Assistência

- 1) Quem propõe/realiza a atividade?
- 2) Quem são as pessoas que estão participando da atividade?
- 3) Com que objetivos é realizada a atividade?
- 4) Qual o funcionamento da atividade?
- 5) De que forma se fazem presentes na estratégia de cuidado o vínculo terapêutico, a participação do usuário e as contribuições de outros agentes sociais?

APÊNDICE D
ROTEIRO PARA ENTREVISTA – USUÁRIOS

1. Gostaria que você me contasse quando e porque você chegou à equipe de saúde, incluído o que tinha feito antes de procurá-la para resolver este problema.
2. O que os profissionais têm proposto/realizado para cuidar de você desde que chegou? Qual é o seu tratamento?
3. Conte-me mais como é esta atividade? (especificar para cada uma delas proponente e funcionamento)
4. De que forma você acha que esta atividade te ajuda? (para cada uma delas)
5. Você sente que participa das decisões do seu tratamento no centro de saúde?
6. Você mantém outras formas de cuidado fora do Centro de Saúde?
7. Como você pensa que seguirá seu tratamento?

APÊNDICE E

ROTEIRO DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

- 1) Descrever o cuidado do caso a partir do seguinte esquema:



- 2) Observar:

- Eventos que ocorram no decorrer do tratamento.
- Quem são os agentes do processo.

1. De que forma se dá a entrada do caso? Há novas entradas? Por quais motivos?
2. De que forma se constrói o vínculo na recepção e em outros momentos?
3. Sob que objetivos se calca a decisão de ofertas?
4. Que ações são oferecidas no cardápio? (descrever o apreendido de cada uma delas)
5. De que de forma estas ofertas se relacionam entre si?
6. De que forma se organiza a saída do caso? Há enfoque no fortalecimento da autonomia?
7. De que forma o sujeito participa do processo de construção do plano de cuidado?

APÊNDICE F
REGISTRO DO PERCURSO DE ESCOLHA DOS CASOS

Equipe/ Informante	Intervenções Escolhidas para 2ª etapa	Observações e Entrevistas	Forma Escolha/Convite	Usuário
1-Vik	1. Prática Integrativa e Complementar (PIC) /Acupuntura 2. Desprescrição	1. Reunião de Equipe 2. Turno de observação na unidade	PIC/Discutido reunião	Virgílio
			Desprescrição/Indicado profissional	Verena
			Desprescrição/Indicado profissional	<i>Não localizada</i>
			Renovação no turno observação	<i>Falta</i>
			Renovação no turno observação	<i>Não localizadado</i>
2- Ema	1. Clínica 2. Redução de Danos-RD 3. Visita Domiciliar-VD	1. Turno de observação na unidade 2. VD 3. Entrevista lista - Eva 4. Entrevista VD - Ema	Atendimento turno observação / Indicado profissional RD	Eugênia
			Atendimento turno observação	Eulália
			Atendimento turno observação	Elvira
			VD	<i>Não indicado</i>
3- Nivea e Nina	1. Grupo de Caminhada 2. Matriciamento	1. Entrevista coordenadores grupo – Nani e Noa 2. Observação matriciamento	Indicado profissional caminhada/ Lista Médica	Nicolau
			Indicado profissional caminhada/ Lista Médica	Nilcéia
			Observação matriciamento	<i>Não indicado</i>
4 - Astrid	1. Visita Domiciliar	1. VD com ACS 2. Entrevista desprescrição - Astrid	Indicado profissional/ 100% VD	Armênia
			Indicado profissional/ 100%	Amarilda

			VD	
			Indicado profissional/ 100% VD	<i>Recusa</i>
5- Diná	1. Grupo Apoio	1. Entrevista coord. grupo apoio e grupo de pais - Déia	100% casos Grupo de Apoio	Dalila
			100% casos Grupo de Apoio	Dorinda
			100% casos Grupo de Apoio	Dulcinéia
			100% casos Grupo de Apoio	<i>Não localizado</i>
6 - Pilar	1. Acolhimento de Enfermagem 2. Lista de Casos	1. Turno de observação na unidade 2. Entrevista lista - Pilar	Indicação por acolhimento enf/ turno observação na unidade	Palmira
			Sorteio lista	Plácido
			Sorteio lista	<i>Falta</i>
			Sorteio lista/ VD	<i>Não indicado</i>
8 - Tina	1. Oficina	1. Entrevista coord. oficina, grupo apoio e grupo de crianças - Taci 2. Observação 3 Encontros Oficina	100% casos oficina	Teodósio
			100% casos oficina	<i>Recusa</i>
9 - Giana	1. Grupo de Apoio	1. Entrevista coordenadora grupo apoio - Geni 2. Observação 4 Encontros grupo apoio	100% casos Grupo de Apoio	Geraldina
			100% casos Grupo de Apoio	Georgete
			100% casos Grupo de Apoio	Genoveva
			100% casos Grupo de Apoio	Guilhermina
			100% casos Grupo de Apoio	Guiomar

Fonte: Diários de Campo.

* Equipe 7, que teve Zoé como informante, não foi incluída na 2ª etapa por ter funcionamento UBS e não ESF.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**APÊNDICE G
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
ENTREVISTA
GESTORES**

A pesquisa de mestrado “Práticas assistenciais utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis”, executada pela psicóloga Raquel Valiente Frosi com orientação do professor Charles Tesser, tem como objetivo descrever e analisar as práticas assistenciais utilizadas na atenção primária à saúde para o cuidado em saúde mental, a partir das ações desenvolvidas em Florianópolis. Os procedimentos da pesquisa incluem entrevistas com gestores, profissionais de atenção primária à saúde e usuários dos serviços, além de observação participante e pesquisa documental.

Embora haja aceite institucional para realização da pesquisa, o trabalhador irá optar individualmente em colaborar com o estudo, podendo recusar o convite. A participação neste momento se dá por meio de uma entrevista que será gravada e transcrita. Destaca-se que os participantes do estudo não serão identificados, sendo garantida a confidencialidade e sigilo das informações. Evitando-se os riscos associados à exposição, não há malefícios esperados pela participação no estudo. A pesquisadora compromete-se a devolutiva institucional, e ainda ao envio do trabalho final aos participantes que assim desejarem. Informa que o estudo será divulgado no âmbito acadêmico visando à ampliação do conhecimento na área.

Caso seja feita a opção por participar da pesquisa, o participante poderá retirar este aceite a qualquer tempo e sem qualquer prejuízo. A pesquisadora está disponível para esclarecimentos pelo telefone 48.9171.4744 ou pelo e-mail raquelfrosi@yahoo.com.br. O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC que zela pela proteção dos participantes do estudo.

Eu, _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa “Práticas assistenciais utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis”. Concordo em participar do estudo por meio de entrevista, que será gravada e transcrita. Fui informado que os

riscos do estudo serão manejados por meio da adoção da confidencialidade e do sigilo. Estou consciente de que não há nenhum benefício pessoal na participação do estudo e que terei acesso a publicação final deste estudo, que será também amplamente divulgada. Fui informado de como entrar em contato facilmente com a pesquisadora, inclusive caso deseje retirar a autorização para participar da pesquisa.

Assinatura do participante:

.....

Assinatura do pesquisador:

.....

Local e Data:,/...../.....

() Desejo receber versão final do trabalho pelo e-mail:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**APÊNDICE H
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
ENTREVISTA PROFISSIONAIS**

A pesquisa de mestrado “Práticas assistenciais utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis”, executada pela psicóloga Raquel Valiente Frosi com orientação do professor Charles Tesser, tem como objetivo descrever e analisar as práticas assistenciais utilizadas na Atenção primária à saúde para o cuidado em saúde mental, a partir das ações desenvolvidas em Florianópolis. Os procedimentos da pesquisa incluem entrevistas com gestores, profissionais de Atenção primária à saúde e usuários dos serviços, além de observação participante e pesquisa documental.

Embora haja aceite institucional para realização da pesquisa, o trabalhador irá optar individualmente em colaborar com o estudo, podendo recusar o convite. A participação neste momento se dá por meio de uma entrevista que será gravada e transcrita. Destaca-se que os participantes do estudo não serão identificados, sendo garantida a confidencialidade e sigilo das informações. Evitando-se os riscos associados à exposição, não há malefícios esperados pela participação no estudo. A pesquisadora compromete-se a devolutiva institucional, e ainda ao envio do trabalho final aos participantes que assim desejarem. Informa que o estudo será divulgado no âmbito acadêmico visando à ampliação do conhecimento na área.

Caso seja feita a opção por participar da pesquisa, o participante poderá retirar este aceite a qualquer tempo e sem qualquer prejuízo. A pesquisadora está disponível para esclarecimentos pelo telefone 48.9171.4744 ou pelo e-mail raquelfrosi@yahoo.com.br. O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC que zela pela proteção dos participantes do estudo.

Eu, _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa “Práticas assistenciais utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis”. Concordo em participar do estudo por meio de entrevista, que será gravada e transcrita. Fui informado que os riscos do estudo serão manejados por meio da adoção da

confidencialidade e do sigilo. Estou consciente de que não há nenhum benefício pessoal na participação do estudo e que terei acesso a publicação final deste estudo, que será também amplamente divulgada. Fui informado de como entrar em contato facilmente com a pesquisadora, inclusive caso deseje retirar a autorização para participar da pesquisa.

Assinatura do participante:

.....

Assinatura do pesquisador:

.....

Local e Data:,/...../.....

() Desejo receber versão final do trabalho pelo e-mail:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**APÊNDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE PROFISSIONAL**

A pesquisa de mestrado “Práticas assistenciais utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis”, executada pela psicóloga Raquel Valiente Frosi com orientação do professor Charles Tesser, tem como objetivo descrever e analisar as práticas assistenciais utilizadas na Atenção primária à saúde para o cuidado em saúde mental, a partir das ações desenvolvidas em Florianópolis. Os procedimentos da pesquisa incluem entrevistas com gestores, profissionais de Atenção primária à saúde e usuários dos serviços, além de observação participante e pesquisa documental.

Embora haja aceite institucional para realização da pesquisa, o trabalhador irá optar individualmente em colaborar com o estudo, podendo recusar o convite. Neste momento, solicita-se a autorização para realização de observação participante de uma prática de cuidado ou gestão de caso em saúde mental, evidentemente caso haja autorização dos demais envolvidos. Destaca-se que os participantes do estudo não serão identificados, sendo garantida a confidencialidade e sigilo das informações. Evitando-se os riscos associados à exposição, não há malefícios esperados pela participação no estudo. A pesquisadora compromete-se a devolutiva institucional, e ainda ao envio do trabalho final aos participantes que assim desejarem. Informa que o estudo será divulgado no âmbito acadêmico visando à ampliação do conhecimento na área.

Caso seja feita a opção por participar da pesquisa, o participante poderá retirar este aceite a qualquer tempo e sem qualquer prejuízo. A pesquisadora está disponível para esclarecimentos pelo telefone 48.9171.4744 ou pelo e-mail raquelfrosi@yahoo.com.br. O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC que zela pela proteção dos participantes do estudo.

Eu, _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa “Práticas assistenciais utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis”. Autorizo a observação participante de

prática de cuidado ou gestão de caso, desde que também autorizado pelos demais envolvidos. Fui informado que os riscos do estudo serão manejados por meio da adoção da confidencialidade e do sigilo. Estou consciente de que não há nenhum benefício pessoal na participação do estudo e que terei acesso a publicação final deste estudo, que será também amplamente divulgada. Fui informado de como entrar em contato facilmente com a pesquisadora, inclusive caso deseje retirar a autorização para participar da pesquisa.

Assinatura do participante:

.....

Assinatura do pesquisador:

.....

Local e Data:,/...../.....

() Desejo receber versão final do trabalho pelo e-mail:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**APÊNDICE J
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE USUÁRIO**

A pesquisa de mestrado “Práticas assistenciais utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis”, executada pela psicóloga Raquel Valiente Frosi com orientação do professor Charles Tesser, tem como objetivo descrever quais as ações são realizadas no atendimento em saúde mental nos postos de saúde da cidade de Florianópolis. O estudo será realizado por meio de entrevistas com gestores, com profissionais de Atenção primária à saúde e com usuários, além de observações e pesquisa em documentos.

Neste momento está sendo solicitada a autorização para observação de uma atividade que envolva seu cuidado, desde que haja também licença dos outros envolvidos. Os usuários podem escolher participar do estudo, tendo a certeza de que se o recusarem não irá haver qualquer prejuízo na continuidade do atendimento nos serviços de saúde. Os participantes do estudo não serão identificados, sendo garantida a confidencialidade e sigilo das informações. Se este cuidado for tomado, não há outros riscos esperados pela participação no estudo. A pesquisadora irá apresentar o resultado da pesquisa à prefeitura a aos participantes que assim desejarem. A divulgação para outros pesquisadores também irá ocorrer para ampliar o conhecimento na área.

Caso opte por participar da pesquisa, você poderá desistir a qualquer momento. A pesquisadora estará disponível para esclarecimentos pelo telefone 48.9171.4744 ou pelo e-mail raqulfrosi@yahoo.com.br. O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC que zela pela proteção dos participantes do estudo.

Eu, _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa “Práticas assistenciais utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis. Autorizo a observação de uma prática de cuidado recebido, desde que também autorizado pelos demais envolvidos. Fui informado que a pesquisadora se compromete com a confidencialidade e o sigilo destas informações, a fim de não gerar

riscos a minha pessoa. Estou consciente de que não há nenhum benefício pessoal na participação do estudo e que terei acesso a publicação final deste estudo, que será também amplamente divulgada. Fui informado de como entrar em contato facilmente com a pesquisadora, inclusive caso deseje retirar a autorização para participar da pesquisa.

Assinatura do participante:

.....

Assinatura do pesquisador:

.....

Local e Data:,/...../.....

() Desejo receber versão final do trabalho pelo e-mail:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**APÊNDICE K
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
ENTREVISTA E ACESSO A PRONTUÁRIO - USUÁRIOS**

A pesquisa de mestrado “Práticas assistenciais utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis”, executada pela psicóloga Raquel Valiente Frosi com orientação do professor Charles Tesser, tem como objetivo descrever quais as ações são realizadas no atendimento em saúde mental nos postos de saúde da cidade de Florianópolis. O estudo será realizado por meio de entrevistas com gestores, com profissionais de Atenção primária à saúde e com usuários, além de observações e pesquisa em documentos.

Neste momento você está sendo convidado a realizar uma entrevista com a pesquisadora sobre o seu tratamento, e ainda, recebendo o pedido de autorização para acesso a seu prontuário para conhecimento do atendimento que vem recebendo. Os usuários podem escolher participar do estudo, tendo a certeza de que se o recusarem não irá haver qualquer prejuízo na continuidade do atendimento nos serviços de saúde. Os participantes do estudo não serão identificados, sendo garantida a confidencialidade e sigilo das informações. Se este cuidado for tomado, não há outros riscos esperados pela participação no estudo. A pesquisadora irá apresentar o resultado da pesquisa à prefeitura a aos participantes que assim desejarem. A divulgação para outros pesquisadores também irá ocorrer para ampliar o conhecimento na área.

Caso opte por participar da pesquisa, você poderá desistir a qualquer momento. A pesquisadora estará disponível para esclarecimentos pelo telefone 48.9171.4744 ou pelo e-mail raquelfrosi@yahoo.com.br. O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC que zela pela proteção dos participantes do estudo.

Eu, _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa “Práticas assistenciais utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis”. Concordo em participar do estudo por meio de entrevista, que será gravada e transcrita. () Autorizo a leitura de meu prontuário para entendimento do cuidado que tenho recebido. (

) Não autorizo a leitura de meu prontuário para entendimento do cuidado que tenho recebido. Fui informado que a pesquisadora se compromete com a confidencialidade e o sigilo destas informações, a fim de não gerar riscos a minha pessoa. Estou consciente de que não há nenhum benefício pessoal na participação do estudo e que terei acesso a publicação final deste estudo, que será também amplamente divulgada. Fui informado de como entrar em contato facilmente com a pesquisadora, inclusive caso deseje retirar a autorização para participar da pesquisa.

Assinatura do participante:

.....

Assinatura do pesquisador:

.....

Local e Data:,/...../.....()

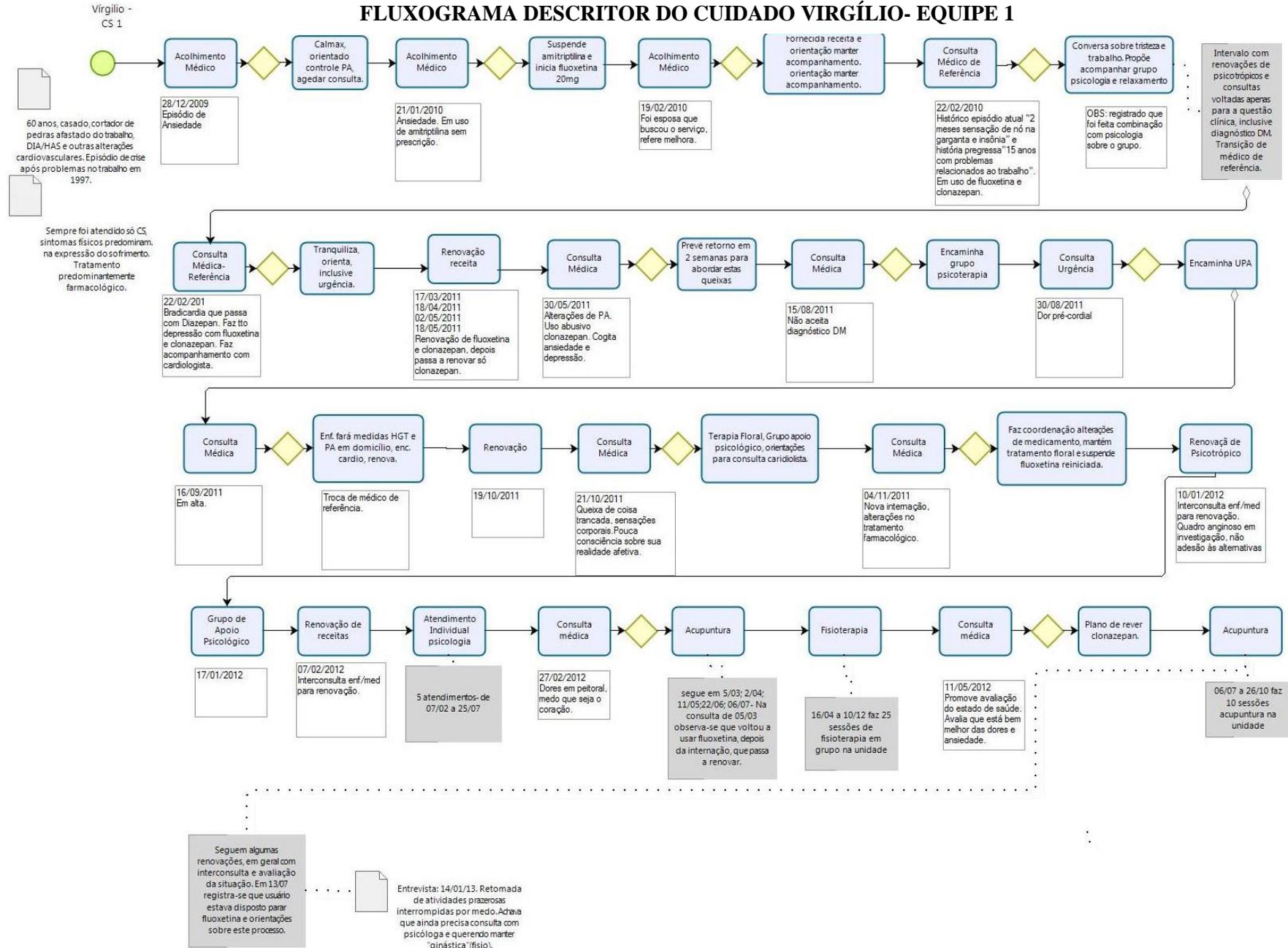
Desejo receber versão final do trabalho pelo e-mail:

APÊNDICE L
SISTEMATIZAÇÃO DAS OFERTAS TERAPÊUTICAS POR EQUIPE

Equipe	Enfermagem	Médico	NASF Psico	NASF Psiquiatria	NASF outros citados SM	ACS	Lista de Casos/ Controle retornos	Renovação	Desprescrição	Caminhada/ Outras práticas corporais (grupo)	Atividade prazerosa/ socializantes (grupo)	Grupo Apoio	Oficina	PIC	Abordagem Risco/ Crise	VD	Grupo Infância, Adolescente ou Pais	Ação AD
1		Sim	Sim	Sim/Faz grupo		Grupos		Sim	Sim	Sim		Sim		Sim	Sim			Sim
2	Acolhe Leves	Sim	Sim		Pediatria	Intervenções pontuais	Lista monitoramento	Sim		Sim	Sim	Sim			Sim	Sim	Em estruturação	Sim
3		Sim		Sim		Identificar	Lista casos/ renovação	Sim		Sim/ graves		(começou depois)		Sim	Sim	Sim		Sim
4		Sim		Sim	Serviço Social (SS)	Identificar	Controle retorno + graves		Sim		Tentou grupo Igreja					Sim		CAPS
5	Acolhimento		Sim	Sim	SS, Farmácia		Lista agendamento saúde mental	Sim				Sim			Raro e para médico	Psiquiatria	Em estruturação	
6	Atende	Sim	Sim		SS	Identificar/ PSE	Lista monitoramento	Sim		Não usa muito	Tem artesanato e não usa	Sim			Sim	Sim		CAPS
7		Sim	Sim	Sim	SS			Sim	Sim			Sim			Não chega	Sim		
8		Sim	Sim	Sim		Identificar/ Grupo Apoio	Conhece casos/liga faltosos	Sim		Mais idoso, clínica	Sim	Sim	Sim	não em SM		Sim	Sim	CAPS
9	Acolhimento			Sim		Grupo Mulheres	Lista monitoramento	Sim		Sim	grupo mulheres	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	CS/ CAPS

Fonte: Entrevistas com profissionais.

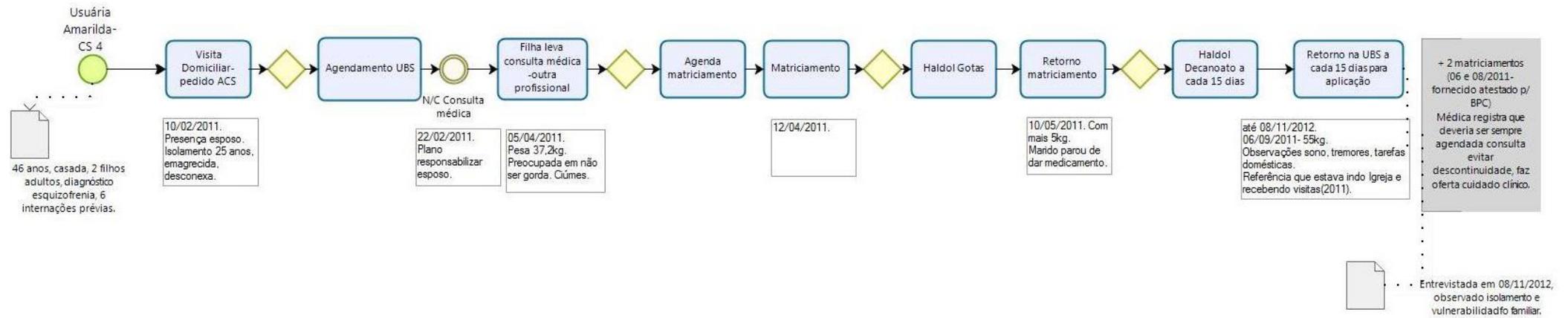
APÊNDICE M FLUXOGRAMA DESCRITOR DO CUIDADO VIRGÍLIO- EQUIPE 1



Fonte: Entrevista e prontuário de Virgílio.

APÊNDICE N

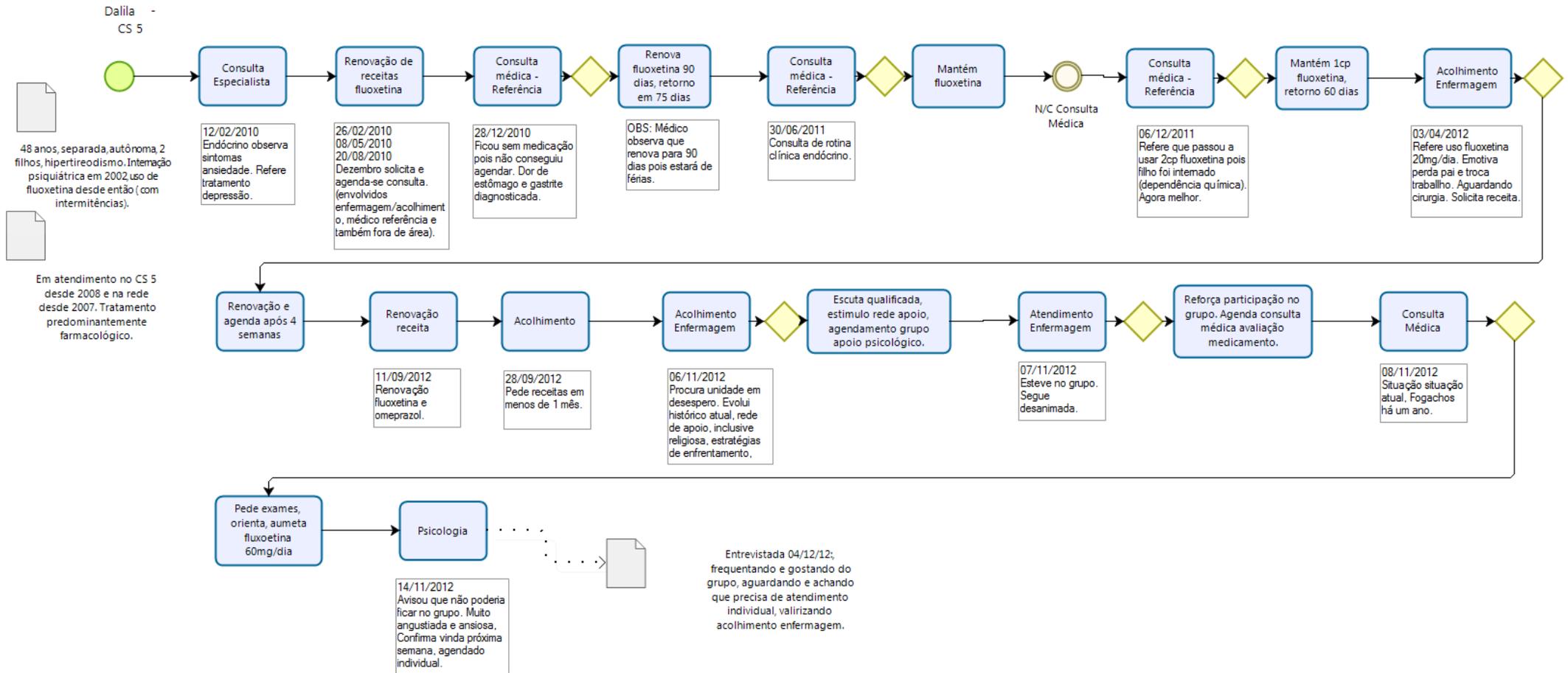
FLUXOGRAMA DESCRITOR DO CUIDADO AMARILDA- EQUIPE 4



Fonte: Entrevista e prontuário de Amarilda.

APÊNDICE O

FLUXOGRAMA DESCRITOR DO CUIDADO DALILA- EQUIPE 5



ANEXOS**ANEXO A
AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO DE
PESQUISA - SMS**

**Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Práticas assistenciais utilizadas para o cuidado em saúde mental na atenção básica: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis" do pesquisador responsável Prof. Dr. Charles Tesser e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

Florianópolis, 03/07/2012

Maria Francisca dos Santos Daussey
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Maria Francisca dos Santos Daussey

Depo. de Integração Ensino e Pesquisa
Matrícula 158400
SMS - DAF

ANEXO B

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas assistenciais utilizadas para o cuidado em saúde mental na atenção básica: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis

Pesquisador: CHARLES DALCANALE TESSER

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 05538912.1.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (Hospital Universitário HU-

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 131.497

Data da Relatoria: 22/10/2012

Apresentação do Projeto:

"Práticas assistenciais utilizadas para o cuidado em saúde mental na atenção básica: uma análise das experiências desenvolvidas em Florianópolis". Esta pesquisa visa identificar e descrever as práticas assistenciais que têm sido utilizadas para o cuidado em saúde mental na atenção básica do município de Florianópolis, caracterizando-as quanto a proponentes, público-alvo, e funcionamento. Além disso, observando a tensão entre os

modos de atenção psicossocial e asilar, situados no campo teórico-técnico e operacional da atenção básica, pretende analisar como estas práticas assistenciais têm sido articuladas para compor os projetos terapêuticos e que itinerários de atenção que produzem. Para realização deste estudo pretende-se realizar um mapeamento de práticas oferecidas, com esforço para identificar aquelas que superam o modo de cuidado asilar. Como seguimento, propõe-se um estudo de profundidade das práticas identificadas a ser realizado por meio de observação, entrevistas com os proponentes, entrevistas com usuários e de análise de prontuários. A análise dos dados será efetuada a partir de categorias centradas nas práticas que serão articuladas com as estabelecidas no campo conceitual, à luz dos modelos de atenção em saúde mental (asilar e psicossocial), dos

atributos da atenção primária em saúde e dos princípios do SUS.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal da pesquisa é descrever e analisar as práticas assistenciais que vem sendo utilizadas para o cuidado em saúde mental na atenção básica no município de

Florianópolis. Secundariamente identificar e descrever as práticas assistenciais oferecidas,

Endereço: Campus Universitário Reitor Jolo David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@relatoria.ufsc.br

caracterizando-as quanto a proponentes, público-alvo, e funcionamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O tipo de risco previsto neste tipo de estudo é a exposição dos participantes. Neste sentido, serão adotadas medidas para garantia do sigilo e confidencialidade. O material a ser consultado nas unidades de saúde não envolverá cópias para a equipe pesquisadora e o material que for produzido pelos pesquisadores será desidentificado para a análise e posteriormente guardado de acordo com as normas estabelecidas. Como benefícios, a partir desta pesquisa poderá ser melhor compreendido o funcionamento das práticas assistenciais

em saúde mental na atenção básica, o que pode trazer benefícios a estes e outros serviços, e assim a estes e outros usuários. Como forma de tornar públicos estes resultados, após a conclusão do estudo será realizada devolução institucional, incluídos todos os participantes que desejarem acompanhá-la.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC que visa identificar e descrever as práticas assistenciais que têm sido utilizadas para o cuidado em saúde mental na atenção básica do município de Florianópolis, caracterizando-as quanto a proponentes, público-alvo, e funcionamento. Serão participantes deste estudo profissionais e usuários da rede de atenção básica de Florianópolis das equipes sorteadas para o estudo. Também será incluída na amostra

apenas uma equipe de saúde da família por Centro de Saúde. A fase exploratória deste estudo envolverá o contrato institucional com os gestores da secretaria de saúde e das gerências, com a realização de entrevistas e ainda acesso a documentos institucionais que versem sobre a organização da saúde mental na atenção básica. Também irá incluir um estudo piloto, para avaliação da adequação dos instrumentos. O projeto está bem delimitado, documentação completa. Os pesquisadores atenderam as pendências e os TCLEs estão adequados aos participantes da pesquisa, estando portanto de acordo com a Resolução nº 196/96 e normas complementares. Recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontradas pendências ou inadequações neste projeto.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Nada a acrescentar. Aprovado o parecer do relator.

FLORIANOPOLIS, 25 de Outubro de 2012

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

PARTE III - ARTIGO PARA SUBMISSÃO

Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis

Raquel Valiente Frosi

Charles Dalcanale Tesser

Resumo

Analisou-se um conjunto de práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde (APS) de Florianópolis a partir da diferenciação proposta por Abílio Costa-Rosa entre os modos asilar-psiquiátrico e de atenção psicossocial. Os métodos envolveram: a) contextualização do campo empírico com a análise documental e entrevistas com gestores; b) mapeamento de intervenções em entrevistas com profissionais de nove equipes de ESF sorteadas; c) aprofundamento do entendimento destas ações em observações e entrevistas com profissionais e em 20 estudos de caso, que foram sistematizados conforme o fluxograma proposto por Merhy, a partir de entrevistas com usuários e análise dos prontuários. Identificou-se que ações voltadas ao acesso e monitoramento dos casos envolvem toda a equipe, mas que o acompanhamento é centralmente médico e farmacológico. Ações estruturadas a partir da palavra, do contexto sócio-comunitário e do corpo também estiveram presentes e mostraram potencial para operar em uma perspectiva de valorização da autonomia e subjetividade, estando muitas vezes subutilizados pela falta de incorporação da abordagem psicossocial. Aponta-se a necessidade de avançar no modelo de atenção, ainda muito afeito a psiquiatria comunitária ou preventiva, e a pertinência de, na aproximação entre atenção psicossocial e APS, valorizar-se a relação entre corporeidade e subjetividade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Práticas Assistenciais; Modelos Assistenciais, Clínica Ampliada.

Mental health care practices in primary health care: an analysis from experiences in Florianópolis

Abstract

A set of mental health care practices in primary health care (PHC) in Florianópolis were analyzed, departing from the differentiation proposed by Abílio Costa-Rosa between the asylum model and the psychosocial care model. Methods included: a) documentary analysis and interviews with managers; b) interviews with health professionals from nine randomly chosen Family Health Strategy teams; c) a deeper analysis of these interventions through observations, interviews with professionals and through 20 case studies constructed from interviews with service users and analysis of medical records, which were systematized according to the flowchart proposed by Merhy. The study identified that activities that focused on access and monitoring of cases involved the whole team, but that the follow-up is medically and pharmacologically-centered. Actions that dealt with the word, the social context and the body were also present and showed potential to operate in a perspective that values autonomy and subjectivity, but were often underutilized as they lacked the incorporation of the psychosocial approach. The study points to the need to advance the care model, still very accustomed to the notions of community or preventive psychiatry, and identifies the relevance of bringing psychosocial care and PHC together, as a form of increasing the interface between corporeality and subjectivity.

Keywords: Primary Health Care, Mental Health, Care Practices; Care Models; Amplified Clinic.

Introdução

Os autores que têm se debruçado sobre a aproximação entre saúde mental e atenção primária à saúde (APS) apontam a compatibilidade epistemológica e política das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, porém não se furtam de apresentar os desafios emergentes neste processo, inclusive na operação da atenção^{1, 2, 3, 4}.

Estudos anteriores acerca das práticas assistenciais neste nível de atenção apontam para realização de ações de identificação de demandas, inclusive com a participação dos ACS, acolhimento e diagnóstico^{5, 6, 7}; tendência de ver-se saúde mental como saber especializado, o que se dirige a corresponsabilização com a implantação do matriciamento^{5, 6, 8}; tendência majoritária de tratamento medicamentoso ou de outras intervenções biomédicas^{6, 8, 9}; realização de escuta e orientações, que muitas vezes não são percebidas como intervenção pelos próprios profissionais^{7, 8} ou realização de ações improvisadas⁹; tentativa de desenvolver o projeto terapêutico em atendimentos individuais e de visitas domiciliares com baixa cobertura assistencial⁵; encaminhamento dos casos, com frequência para urgências em função de crises^{5, 7, 9}. Tais pesquisas assinalam a escassez ou ausência de ações que utilizam os recursos comunitários^{5, 6}, mas identificam que diretrizes e conceitos cruciais ao funcionamento da própria APS, como acolhimento, humanização, qualidade de vida e vínculo, são aberturas à valorização e estruturação do cuidado em saúde mental^{8, 9}.

Considerando estes achados, a pesquisa que este artigo sintetiza teve como objetivos a) identificar e descrever práticas assistenciais em saúde mental oferecidas na rede de APS de Florianópolis, caracterizando-as quanto a proponentes, público-alvo e funcionamento; b) analisar como estas práticas assistenciais são articuladas para compor os projetos terapêuticos e que itinerários de atenção produzem; c) situar as práticas nos campos teóricos-técnicos da saúde mental e APS, observando sua relação.

A escolha do objeto deste estudo parte do pressuposto de que teoria e prática são articuladas, e que as práticas, escolhidas como eixo central de análise, portam concepções teóricas. Esta articulação está presente na conceitualização das práticas assistenciais como atos de trabalho em que instrumentos e meios são utilizados sobre um objeto e orientados a um fim¹⁰. Para relacionar esta definição com as noções de doença, cura e tratamento, recorre-se à caracterização da biomedicina feita por Camargo Jr.¹¹ e às contribuições de Costa-Rosa¹², que,

analisando as práticas em saúde mental diferencia os modos de atenção psicossocial e asilar-psiquiátrico.

O modo asilar-psiquiátrico, consonante com a biomedicina, caracteriza-se por uma definição invariável de doença e centralidade na sua determinação orgânica, ampliada no máximo ao indivíduo. Neste caso, as medidas de tratamento voltam-se a cura ou supressão de sintomas, o que em saúde mental resulta na cronificação ou, de forma mais “favorável”, na adaptação dos pacientes. Almejando terapêuticas compatíveis com a biomedicina, que prioriza intervenções farmacológicas ou cirúrgicas, tal modo centra-se na medicação.

O modo psicossocial é caracterizado pela valorização dos fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes do processo de adoecer, considerando sua recomposição de modo específico a cada caso. Assim, tem-se a noção de que a “cura” é um reposicionamento subjetivo e busca-se efetivar a intervenção voltando-se a produção de singularidade. A partir daí, as terapêuticas privilegiadas são as psicoterapias, laboterapias, socioterapias e um conjunto de dispositivos de reintegração sociocultural, ainda que se possa contar com medicamentos (vistos como auxiliares de maior ou menor importância, ou desnecessários, conforme a situação).

Percurso metodológico

Este estudo valorizou a análise empírica e, almejando ampliar a capacidade de descrição, explicação e compreensão do foco em estudo, adotou uma perspectiva de triangulação na coleta de dados¹³. Portanto, além da saturação dada no processo de escolha de inclusão das equipes e usuários no estudo, houve um cruzamento de informações advindas de fontes diversas. Assim, a pesquisa envolveu a leitura de documentos institucionais e entrevista com alguns gestores municipais relacionados à saúde mental e à APS; entrevistas com profissionais de nove equipes de ESF, que foram sorteadas de forma a contemplar distritos sanitários e centros de saúde (CSs) distintos; o estudo aprofundado das práticas assistenciais identificadas, realizado por meio de entrevistas com profissionais envolvidos nas ações (incluindo alguns profissionais da APS e do NASF) e da observação das mesmas; a sistematização de 20 estudos de caso de participantes destas ações, construídos através do fluxograma de síntese proposto por Merhy¹⁴, a partir de entrevistas com os usuários e da análise de prontuários.

De forma compatível com os princípios da pesquisa qualitativa, que exigem do pesquisador abertura e flexibilidade para apreensão da realidade¹⁵, com esta composição de dados procedeu-se uma descrição e

análise das práticas assistenciais, situadas nos debates teóricos do campo da APS e escrutinadas pelas diferenças e tensões entre os modos de atenção psicossocial e asilar-psiquiátrico. Tomou-se os eixos vínculo, autonomia e subjetividade como pontos de partida para demarcar as diferenças entre estes tipos de intervenção. Priorizou-se a prospecção de tendências e de pontos de alta densidade, potencializando o debate acerca de caminhos para uma maior aproximação entre APS e atenção psicossocial.

O campo de pesquisa foi a APS de Florianópolis, cidade de 427.298 habitantes com 93% de cobertura de ESF. O matriciamento, que vem sendo implementado desde 2006, é executado por 12 equipes de apoio matricial compostas por profissionais de diversas áreas. Há uma avaliação da gestão, que foi confirmada neste estudo, que a APS têm incorporado atribuições na atenção em saúde mental.

Resultados

O acesso tem sido bastante enfatizado pelas equipes pesquisadas através de mudanças no acolhimento dos usuários, mas ocorre com população adscrita apenas em três das equipes. No que se refere à saúde mental, observa-se que ainda que no acolhimento haja inclusão direta da equipe de enfermagem, deste processo não deriva uma maior participação destes profissionais no acompanhamento, que fica bastante centrado nos médicos. O mesmo ocorre com os ACS, envolvidos prioritariamente no acesso e monitoramento dos casos.

Observou-se que a falta ou rotatividade de profissionais na ESF, e também no NASF, que tem papel de retaguarda assistencial quase que exclusivamente por demanda da ESF, determinam pouco tempo de trabalho dos profissionais nas equipes, o que tem um efeito negativo na continuidade dos atendimentos. Ainda assim, as equipes conhecem os usuários com demandas de saúde mental e têm buscado estratégias para seu monitoramento, inclusive através da construção de listas de casos, que estiveram presentes em quatro equipes.

Na fala dos profissionais observa-se que muitas vezes a atenção em saúde mental na APS emerge a partir de outras demandas clínicas, sendo esta a característica comum dos cinco casos que receberam a primeira intervenção neste nível de atenção. Dentre os casos, foi preponderante a atenção aos egressos de outras intervenções psiquiátricas, tais como internações, referidas por oito usuários, e outros atendimentos ambulatoriais, em geral com tratamento farmacológico. Nestes atendimentos prévios foi bastante presente o acesso, muitas

vezes precário, a serviços privados. Foram identificados também casos graves que não conseguem ou aceitam frequentar o CAPS.

O que tem sido oferecido como cuidado foi organizado em quatro eixos inter-relacionados, a saber: intervenções farmacológicas, intervenções pela palavra, intervenções sócio-comunitárias e intervenções através do corpo. Nas menções aos sujeitos envolvidos nomes são fictícios.

Intervenções Farmacológicas

Ao longo da história clínica de praticamente todos os usuários é a medicação que de forma contínua perpassa o tratamento, muitas vezes de forma um tanto dissociada de um plano de atenção, inclusive de um processo de escuta. Esta preponderância pode ser exemplificada pelo fato de que, embora convidados a partir de práticas assistenciais variadas, 17 dos 20 usuários faziam uso de psicotrópico no momento da entrevista. Ou também na fala de Eugênia, que no momento da pesquisa passava por acompanhamento médico frequente sem medicamentos, quando afirma *“Nunca me chamou para a conversa e nem encaminhar para a psicologia, nem nada, né? O primeiro médico me falou ‘isso é droga’, me passou um remédio. Claro, na primeira semana ele me ajudou, mas na segunda ele já não supria a fissura e vontade de beber”*.

Quase a totalidade dos CSs possui algum fluxo para a **renovação de receitas**, em geral operada no acolhimento de enfermagem. Esta prática apareceu em praticamente todos os casos, mas tende a ser mais presente quando há rotatividade ou falta de profissionais ou conforme vai se estendendo o acompanhamento e alargam-se os intervalos entre as reavaliações. Assim, interpreta-se que não é consequência apenas de questões organizacionais e que está associada ao grande volume de usuários de psicotrópicos como oferta terapêutica isolada. A partir do descontentamento dos profissionais há algumas mudanças neste procedimento, porém, nem sempre se qualifica o cuidado, podendo acentuar-se também seu enfoque administrativo, como quando deixa de haver uma abordagem dos profissionais de enfermagem, que costumam verificar como estão passando os usuários, para fazer-se a renovação de forma direta com a farmácia. Um CS estruturou um grupo a partir das renovações, tendo na equipe de coordenação o profissional de psiquiatria. Cabe destacar que o matriciamento de psiquiatria esteve associado principalmente às condutas farmacológicas.

Na história destes casos identifica-se um pronto atendimento medicamentoso, além do não encerramento dos tratamentos

farmacológicos, e daí o fato de haver muitos usuários crônicos de psicotrópicos. Alguns profissionais referem tentativas de reavaliação para retirada ou substituição destes medicamentos, inclusive por fitoterápicos, mencionando dificuldades. O caso de Verena é ilustrativo destas dificuldades e da necessidade de singularização nesta proposta. Da análise de seu prontuário/entrevista conclui-se que foi pouco enfatizada sua participação no grupo de ginástica, que atendia seu perfil vaidoso, e não aproveitado seu vínculo forte com a enfermagem no encaminhamento para o grupo de apoio psicológico, feito de forma diretiva por outro profissional. Há maior sucesso na evitação de novas prescrições de ansiolíticos, o que é favorecido pela existência de protocolos clínicos que sustentam esta conduta comedida. Observada a pouca ênfase na literatura em APS sobre as dificuldades com o uso crônico de psicotrópicos, além da tendência de defesa de tratamentos cada vez mais longos, ainda que haja problemas em suas evidências¹⁶, resgata-se a potencialidade da utilização neste campo do conceito de **desprescrição**, que tem sido utilizado em especial no caso de idosos polimedicados para fomentar uma conduta que reavalie e acompanhe a suspensão de alguns medicamentos¹⁷.

Intervenções pela palavra

Identificou-se ao longo do estudo um conjunto de estratégias que valorizam a dimensão da subjetividade. Destacam-se o **acolhimento de enfermagem**, que embora tenha também uma veemente dimensão de acesso e tendência ao encaminhamento, também pode construir-se como um espaço de escuta, inclusive muitas vezes a partir do vínculo existente com a comunidade pelas outras ações desenvolvidas. Este processo tem sido reconhecido pelos usuários, como expresso na fala da usuária Dalila “*Aí ela chamou a Dora, que já me levou na outra sala e já conversou comigo (...) acho que até por isso que a minha referência é ela.*”

Quanto aos **acompanhamentos médicos**, ainda que se tenda a uma atenção bastante centrada na medicação, observou-se que alguns profissionais propiciam um espaço de reflexão sobre a situação de sofrimento, inclusive colocando a intervenção medicamentosa de forma subordinada a uma interpretação subjetiva, favorecendo também a adesão a um cuidado não medicamentoso do sofrimento. No prontuário da usuária Guiomar, por exemplo, Gil registra que ainda que houvesse queixas de aumento da agressividade com um psicotrópico prescrito,

não iria alterá-lo por interpretar que havia uma função importante na expressão daquela agressividade.

Observa-se que além da dimensão de reflexão, as intervenções estruturadas pela palavra tiveram funções de catarse e apoio, sendo a última predominante. A continuidade no processo de escuta parece essencial para garantir-se outro modo de atendimento a estes usuários, porém, muitas vezes esta abordagem tem ficado restrita a sua chegada, inclusive por conta da necessidade de contextualizar diagnósticos para definir tratamentos.

O processo de acompanhamento mais sistemático de intervenção pela palavra está depositado nos **grupos de apoio psicológico**, valorizado pela gestão e considerado por muitos profissionais como uma primeira linha de intervenção para os casos de sofrimento psíquico, inclusive por sua acessibilidade, como na fala de Zoé “*Geralmente eu tento resolver o que eu consigo junto com o grupo de apoio psicológico da própria unidade*”. Estes grupos estão presentes nas unidades em que há psicólogos no NASF, ou seja, em sete das nove equipes pesquisadas. O **atendimento individual de psicologia** foi identificado como extremamente pontual, o que se mostra pertinente para parte das abordagens, sem abarcar, porém, a necessidade de todos os casos. Neste sentido, o encaminhamento para psicoterapia em ONGs ou centros de formação foi mencionado não só em unidades sem psicólogo, mas também por não contar-se com a oferta de atendimento sistemático quando necessário.

Intervenções Sócio-comunitárias

Embora as **abordagens familiares** sejam entendidas como uma potencialidade da ESF e da medicina de família e comunidade (expressiva proporção dos médicos desta rede básica são especialistas, ao contrário do país), estas foram bastante pontuais neste estudo, estando prioritariamente associadas a situações de crise ou de maior gravidade, quando se mostrou necessária uma leitura mais sistemática da dinâmica familiar. O fato de que outros membros da família são usuários da APS, tendo por vezes vínculo com a ESF, mostrou-se uma potencialidade e ser explorada. O uso de **visitas domiciliares** também esteve associado à abordagem de casos graves e a intervenções familiares.

Os **encaminhamentos para grupos comunitários** como parte das ações em saúde mental foi comum, assim como a utilização de grupos variados da unidade, como de mulheres, caminhada e artesanato. Estes se fizeram presentes voltados ao autocuidado, ocupação do tempo

livre e socialização. Foi identificada alguma subutilização destas práticas, como na equipe de Pilar, que embora refira um conjunto de situações nas quais articulou a rede de serviços de referência, tem dificuldade de lembrar algum caso no qual utilizou recursos presentes em sua unidade. Além da necessidade de sua articulação com as demais formas de cuidado, também foi identificada a necessidade de uma singularização na construção destas ofertas, situação que por vezes é solucionada pelos próprios usuários, conforme se nota na fala de Guilhermina: *“Eu faço curso de bordado duas vezes por semana e estava me deixando nervosa, e eu disse ‘eu não quero coisa para me deixar irritada, eu quero coisa que me dar prazer’. (...) Gus que falou para mim, ‘ocupe o seu tempo’, porque eu não sou de parar. Me mandou arrumar um namorado. Eu vou achar um velho que quer se aproveitar ainda de mim, que eu tenho um teto para oferecer? Eu fui até dançar, que tinha mandado ir dançar eu e a minha filha, que também distrai e faz um exercício”*.

Em uma equipe houve a inserção de casos graves em um grupo de caminhada, e em outra a oferta de uma **oficina terapêutica**, ambas envolvendo parcerias entre NASF e ESF. Cabe observar que se trata de um desafio importante pensar neste conjunto de usuários, uma vez que muitos deles não conseguem acessar o CAPS e que ficam com uma oferta terapêutica bastante restrita, como Teodósio que tentava ir ao CAPS sem sucesso e que passou a se beneficiar da oficina. A ampliação destes recursos para os casos graves nem sempre é reconhecida como possível, conforme a fala de Ema *“é diferente tu combinar isso com uma idosa que está mais tristonha, ou mesmo deprimida, do que tentar fazer uma intervenção deste tipo com esquizofrênico e bipolar grave. Sabe que não tem tantos efeitos, é mais difícil”*.

Intervenções pelo Corpo

Há maior autoria nas práticas assistenciais realizadas nas equipes de ESF que giram em torno da dimensão corporal, como por exemplo, nas práticas corporais, nas práticas integrativas e complementares (PICs) e no cuidado clínico.

Dentre as **práticas corporais**, o incentivo a **atividade física** foi bastante presente e transversal ao conjunto de atividades socializantes ou prazerosas propostas aos usuários. Porém, em geral, a atividade física não foi explorada dentro do plano de cuidado em saúde mental de forma articulada. A usuária Armênia, por exemplo, se debatia com sintomas de ansiedade que lhe faziam comer muito, e teve a caminhada prescrita por

conta do colesterol, sem que fosse feita uma correlação desta atividade como estratégia para enfrentamento da ansiedade.

Além de ser um ponto de abertura para a chegada de demandas em saúde mental, **o cuidado clínico** mostrou interfaces importantes para a atenção propriamente dita, uma vez que favorece o vínculo e legitimação dos profissionais da APS, tanto por usuários, quanto pelos serviços especializados de saúde mental. Além disso, quando a dimensão orgânica se faz presente parece haver mais desenvoltura para operar a intervenção em saúde mental. Nívea, por exemplo, referiu um caso que estava em atendimento exclusivamente para o problema psiquiátrico e observa que ao haver diagnóstico de HAS alterou-se de forma positiva toda a dinâmica de cuidado.

Nas entrevistas com os profissionais e posteriormente nos estudos de caso, foram identificados o uso de acupuntura em casos de ansiedade, a realização de auriculoterapia, inclusive de forma articulada ao grupo de apoio psicológico, e também a utilização de fitoterápicos. As intervenções com **PICs** fazem parte da tentativa de desmedicalizar as práticas das equipes de saúde e denotam um sentido de integração da dimensão física e psíquica. Além disso, indicam uma abertura para um conjunto de intervenções integradas, como no caso do usuário Virgílio, que vinha apresentando alterações cardiovasculares relacionadas à ansiedade, e para quem foi proposto de forma associada acupuntura, atendimento psicológico e fisioterapia. Sobre tal atendimento o usuário verbaliza *“Eu estava cheio de dor nas pernas, não podia dormir, melhorei. E uma dor que eu tinha aqui no peito, achava que era o coração, eles fincaram aquelas agulhas, tudo, melhorei bastante (...) aí, eu passei por uma psicóloga e comecei a melhorar (...) é que eu tomo uma fluoxetina de manhã e tomo um clonazepan 2mg de noite, né? Mas ajudou porque eu não... eu gosto de ir pescar e não ia mais pescar com medo. O meu negócio era mesmo medo de conversar com as pessoas, assim, entende. Se conversasse, assim, um pouco com os amigos, já dava aquela secura na garganta e eu vinha para casa. Tudo isso aí me atrapalha (...) tudo mandado por Vik. Aquilo ali me ajudava, né? Porque eu estava ficando meio encarangado das pernas e coisas”*. Algumas equipes têm utilizado estas ofertas inclusive na chegada dos casos, derivando dali um novo tipo de acompanhamento, inclusive partilhado pelos profissionais das áreas de medicina e enfermagem.

Cabe destacar que se identificou que em algumas unidades as intervenções pelo corpo não foram reconhecidas e exploradas na interface com a saúde mental. Estas práticas também são adotadas por diversos usuários em seu processo autônomo de cuidado.

Por fim, cabe destacar que em uma análise geral observou-se que a ampliação das formas de cuidado tem sido proposta rapidamente nos atendimentos mais recentes, seja de uma forma articulada, o que se mostrou mais efetivo, seja de forma pontual e tangencial. Ainda assim, não foram muito comuns as abordagens que efetivamente inverteram a oferta ao colocarem as intervenções não farmacológicas de forma anterior à prescrição.

Discussão

Apresentada esta síntese dos resultados, escolhem-se como eixos para discussão a qualificação do acesso, a tendência à cronificação, a importância da singularidade como referência das ofertas terapêuticas e por fim, a corporeidade como uma base para a clínica psicossocial da APS.

Desafios para qualificar a entrada em atendimento

Reconhecido o papel das equipes da ESF como referência inicial para os diversos tipos de adoecimento e sofrimento¹⁶, parece ser necessária maior capacidade de suspensão do processo de abordagem do sofrimento psíquico como doença e da pronta oferta de medicamentos. Isso ocorre mesmo que haja um recurso – que deveria ser fortemente difundido no campo da APS - que é a demora permitida ou *watchfulwaiting*¹⁸. No campo do sofrimento psíquico, ele não serviria para uma avaliação da remissão do quadro de forma espontânea ou para o delineamento mais nítido do quadro sintomático, como é comum na clínica biomédica do “corpo”, mas principalmente para avaliar-se o efeito de medidas não farmacológicas.

Salienta-se que a dificuldade com este processo não parece estar atrelada somente ao fato de que as equipes não fazem outras ofertas de cuidado, mas à possibilidade de apostar em seus efeitos, inclusive de forma alternativa e prévia às intervenções farmacológicas. Este processo certamente envolve fazer nestes outros modos de cuidado um investimento maior de articulação, seja pela legitimidade dada pelo profissional, seja por sua efetiva singularização para o usuário, o que demandaria uma retomada dos referenciais que sustentam uma clínica “não biomédica” ou menos medicalizada em saúde mental.

Parece-nos importante observar que existe uma gama de situações em que o sofrimento físico e psíquico aparecem de forma articulada, e que a necessidade de resposta ao desconforto físico com

recursos clássicos também convoca a uma resposta similar em saúde mental. Por sua vez, o enfrentamento mais integrado de outros problemas físicos, como dores, insônia, ganho de peso, através de recursos como grupos de emagrecimento ou de atividade física, PICs, parece também aumentar a resolubilidade das equipes para além das soluções farmacológicas.

Sobre a cronificação dos atendimentos

Neste estudo observou-se que se há uma subutilização da longitudinalidade em prol de tratamentos não farmacológicos, e que paradoxalmente a intervenção psicofarmacológica acaba por se estender ao longo do tempo, deixando sem interrupção tratamentos que teriam um tempo delimitado^{19,20}. Assim, a APS acaba tendo que agir sobre um conjunto de sofrimentos e tratamentos cronificados, como se observou neste estudo. Este fenômeno possivelmente é naturalizado como se fosse uma extensão de um conjunto de outras abordagens que tem se consolidado para doenças ou condições crônicas como Hipertensão e Diabetes, nas quais o cuidado fundamenta-se em uma conduta farmacológica permanente, os medicamentos de “uso contínuo”.

Ressalva-se que, ainda que se considere um tempo por vezes prolongado de cuidados se comparados a outras condições de saúde, e mesmo a possibilidade de novos episódios na vida, espera-se que os usuários com demandas de saúde mental possam passar por intervenções de cuidado que favoreçam a superação de suas dificuldades, que em princípio não justificariam a manutenção de tratamentos permanentes. Têm-se como exceção os transtornos severos e persistentes, que também deveriam ser abordados com ofertas de atenção que incrementassem a atenção em direção ao aumento da autonomia.

Uma das analogias que nos parece adequada para pensar o cuidado em saúde mental, evidentemente como uma abstração e limitação, dada a grande diferença no campo das materialidades e de modelos explicativos, são as doenças osteomusculares. Embora demandem intervenções mais complexificadas e bastante sistemáticas, como a fisioterapia ou atividades físicas orientadas, estes quadros apresentam significativas mudanças, em especial para aqueles usuários que sejam envolvidos neste espaço de cuidado e que consigam suporte para alterar algumas situações que tendem a reproduzir seu sofrimento.

Sendo assim, retoma-se a importância de que sejam resgatados na APS recursos capazes de atuar a favor do processo de reorganização do cuidado, como a singularização dos planos de atenção, a construção de intervenções compartilhadas pelas equipes, incluída sua permanente

avaliação, o que tem se convencionado na saúde coletiva brasileira chamar de projeto terapêutico singular, que não foi identificado como uma estratégia efetivamente utilizada nas equipes. Tal ferramenta pode ser bastante relevante inclusive como uma forma de reorganizar os registros dos casos, estratégia essencial para enfrentamento dos efeitos gerados pela rotatividade dos profissionais na continuidade da atenção.

As necessárias pontes entre as ofertas e a singularidade

A valorização do sujeito em sua dimensão singular é central para possibilitar uma diferenciação entre os modos psicossocial e asilar-psiquiátrico¹². Este processo exige que não se busque como objetivo final o tamponamento dos sintomas (menos ainda de forma permanente, como quando se medica de forma preventiva) e sim que se favoreça que o próprio sujeito deste sintoma recoloque-o a favor da sua transformação singular^{12, 21}. Este processo, que se mostrou bastante deficitário nas práticas das equipes, justamente possibilitaria uma condução articulada entre as ofertas de cuidado e a escuta, inclusive quanto aos fármacos, que seriam opção quando o sintoma impede o processo de transformação.

A presença de uma abordagem centrada na pessoa, com valorização da indissociabilidade entre físico e psíquico e uma compreensão da dinâmica familiar e social, assim como a noção de acolhimento, deixam abertura a um cuidado articulado pela escuta na APS na direção da abordagem psicossocial. Este processo por vezes aponta a adoção de medicamentos de forma cautelosa ou subordinada à singularidade do caso e o uso de intervenções mais diversificadas, que incluem um acompanhamento mais sistemático e vincular. Estas ações se mostraram como potencial de alternatividade ou pelo menos complementaridade e compensação necessária ao processo predominante de tamponamento de sintomas pela via química, de tendência cronicizante. Observa-se que a falta de contato com o arcabouço teórico-técnico da atenção psicossocial, em especial com sua clínica, parece ter como efeito o não avançar de algumas estratégias de cuidado disponíveis. Dentre as contribuições desta perspectiva tem-se a reapropriação do cuidado através do vínculo, que pelo que se pode observar nesta pesquisa, embora bastante presente na APS, nem sempre é incorporado de forma operativa no cuidado em saúde mental.

Práticas assistenciais, APS e atenção psicossocial

A reforma psiquiátrica diversificou as práticas terapêuticas tomando a arte e a cultura como formas de propiciar uma expressão e reconstrução subjetiva, inclusive através do laço social. A corporeidade se faz presente pela dança e pelo teatro, e por vezes também pelo esporte²². As intervenções de saúde mental na APS parecem contar mais com o corporal para sua ampliação, possivelmente pela composição de seu campo de saber e também pelas expectativas que se fazem sobre sua atuação. Assim, foi identificado neste estudo que as intervenções clássicas em saúde, as práticas corporais, dentre elas principalmente a atividade física, e também as PICs, mostram-se como possibilidades para complexificação do processo de cuidado em saúde mental, inclusive para casos mais graves.

Considerada a massiva oferta de medicamentos psicotrópicos, observa-se que as PIC, ainda muito distantes da saúde mental, tem se colocado como uma alternativa, uma vez que, em geral, a abordagem clínica que sustenta estas práticas valoriza a corporeidade como forma de expressão da dimensão subjetiva. Assim, há uma preocupação em atender-se à demanda de supressão dos sintomas a partir de medidas que também são vinculares, sem deixar de remeter os sujeitos a uma implicação com sua condição de saúde, justificando-se neste sentido certo estatuto desmedicalizante que as ampara²³.

Deve-se atentar para a diferenciação entre a concepção de saúde física que é valorizada aqui como potência, daquela que por sua visão restrita deslegitima o campo da escuta e da subjetividade, haja vista que, como nos aponta Lucchese et al.⁹, a saúde física que emerge como categoria biomédica não só privilegia o corpo e a doença, mas também subordina e ordena a saúde mental. Neste mesmo sentido, cabe observar que ainda que se a própria *expertise* da saúde se mostre potente para estruturação de um conjunto mais diversificado de ações, é fundamental que se valorize também ofertas terapêuticas livres desta reconhecida função, como aquelas amparadas na expressão, na socialização lúdica, dentre outras, reafirmando sua capacidade de colocar em pauta um cuidado não prescritor.

Considerações Finais

Observou-se neste estudo maior centralidade da atuação das equipes de ESF no acesso e monitoramento dos casos, com ênfase no tratamento farmacológico de forma continuada. Esta valorização de uma longitudinalidade como vinculação com o serviço foi acompanhada de dificuldades de realizarem-se ações de atenção operadas no vínculo e na valorização da subjetividade, com menor intencionalidade de ações

voltadas ao desenvolvimento da autonomia, referências que estruturam diferenças entre os modos de atenção psicossocial e asilar-psiquiátrico¹².

Sendo assim, conclui-se que o cuidado identificado tem sido mais orientado por princípios da APS sob a ênfase nas suas normativas nacionais^{24, 25} e pouco orientado por princípios da atenção psicossocial. Neste contexto, observa-se que as práticas assistenciais acabam sendo afeitas a uma noção de cuidado similar à da psiquiatria comunitária ou preventiva, que teve sua importância na (pré) história da reforma psiquiátrica brasileira ao tornar-se o primeiro espaço de oferta de atenção não manicomial, incorporando o cuidado sistemático e antecipado como uma forma de evitar internações psiquiátricas. Tal modelo foi posteriormente considerado limitado por não questionar a forma como o saber psiquiátrico objetificava o sofrimento/loucura e por suas consequências medicalizantes^{26,27}. Cabe-nos resgatar os apontamentos feitos por Mondoni e Costa-Rosa²⁸, a partir de estudo realizado no Estado de São Paulo, no qual identificaram que o modo de atenção psicossocial coexiste com influências da psiquiatria tradicional e da psiquiatria preventiva, sendo que esta última, por sua similaridade e proximidade com a reforma psiquiátrica, parece ser grande entrave para o avanço da atenção psicossocial.

Supõe-se que este distanciamento da APS da atenção psicossocial não se trata de uma situação isolada, seja pela intermitência de modelos em produções bibliográficas importantes no campo da APS ou mesmo de matriciamento^{29, 30}, seja por outros estudos que indicam achados no mesmo sentido^{1,4}.

O processo de cuidado identificado não corrobora a ideia de que a APS aumenta o fluxo para as internações (ainda que não recorra a recursos alternativos quando elas se apresentam), mas não se desvia o foco da doença e de sua tendência a cronificação, em especial no acompanhamento medicamentoso. Um conjunto de intervenções, tais como os grupos de apoio psicológico, as PIC e o incentivo à participação em atividades comunitárias se destacaram por ter potencial para operação em uma perspectiva de valorização da autonomia e subjetividade/singularidade. Apesar disso, observa-se que estas mesmas intervenções são subutilizadas em outros momentos justamente por não serem reconhecidas como potentes pelos profissionais ou pela própria dificuldade de explorar mais o campo da palavra, o que poderia ser superado com referências psicossociais que as incrementassem para

efetiva alternatividade ao modelo hegemônico, o que demanda também o trabalho com projetos terapêuticos singulares^{31, 32}.

Salienta-se que este estudo corrobora a direção de que é preciso explorar características da própria APS na aproximação desta com o modelo da atenção psicossocial. Destaca-se aqui a possibilidade de associar a crítica às intervenções medicalizantes em saúde mental ao debate que vem sendo feito no campo da clínica na ESF (como através do conceito de prevenção quaternária³³, por exemplo), sendo importante explorar nesta interface além da abordagem comunitária, um incremento do trabalho em equipe e um aprofundamento das relações entre corporeidade e subjetividade.

Referências

1. Nunes, M.; Jucá, V.J.; Valentim, C. P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(10), out, 2007, p. 2375-2384.
2. DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saude soc.* [online]. 2009, vol.18, n.1, p. 63-74.
3. VECCHIA, M. D.; MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2009, jan./mar, v.13, n.28, p.151-64.
4. TESSER, C.D.; TEIXEIRA, B.C. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. *Saúde em Debate*, 2011, v.35, n.88, p.83-95.
5. Caçapava, J.R, Colvero, L.A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, 2008, dez;29(4), p. 573-580.
6. BARONI, D.P.M.; FONTANA, L.M. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. *Mental* [online]. 2009, vol.7, n.12, p. 15-37.
7. ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F.; LIMA, M.G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a

construção de um cuidado integrado. *Physis* [online]. 2011, vol.21, n.2, p. 541-560.

8. BUCHELE, F.; LAURINDO, D; BORGES, V.; COELHO, E. A interface da saúde coletiva na atenção básica. *Cogitare Enfermagem*, 2006, v. 11, n.i3, fev, p.226-233.

9. LUCHESE, R.; Oliveira A.G.B.; Conciani, M.E.; Marcon, S.R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9), p.2033-2042

10. MENDES-GONÇALVES, R. B., Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades. Cadernos Cefor PMSP/SMS-SP, n.1, 1992.

11. CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

12. COSTA-ROSA (2000), A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

13. TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, Atlas, 1992.

14. MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy E.E., e Onocko, R., organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007 p.71-112.

15. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

16. POLI-NETO, P. *Encontros no centro de saúde: a medicina defamília e comunidade (MFC) e o sofrimento social*. 2011. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Florianópolis, SC.

17. Gavián-Moral, E., Barroso, A.V., Gracia, L.J. Como desprescrever medicamentos. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M. (Org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
18. Kloetzel, K. O Diagnóstico Clínico: Estratégia e Táticas. In: DUNCAN, B; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, E.R.J. (Orgs.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Artmed, Porto Alegre, 2006.
19. FLECK, M.P.A. Depressão. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. (Orgs.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Artmed, Porto Alegre, 2006, p.874-884.
20. OSÓRIO, C.M.S; ABREU, P.B; GAMA, C.S.; LOBATO M.I. Psicoses. In: DUNCAN, B; SCHMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa R.J. (Orgs.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Artmed, Porto Alegre, 2006, p. 885-896.
21. COSTA-ROSA, A. *Operadores fundamentais da atenção psicossocial: Contribuições a uma crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. 2011. Tese (Livre Docência). Faculdade de Ciência e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.
22. LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo , Santos e Campinas. *Interface -Comunic., Saúde, Educ.* 2006, v.10, n.20, p.281-98.
23. TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*.2008;42(5):914-20.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, n. 61, 29 de março 2006. Seção I, p. 71-76.

25. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, n. 204, 24 outubro 2011. Seção I, p. 48-55.
26. AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
27. DEVERA, D. COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2007. 6(1), p. 60-79.
28. MONDONI, D.; COSTA- ROSA, A. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psic.:Teor.e Pesq.* 2010, vol.26, n.1.p. 39-47.
29. CHIAVERINI, D.H. (Org.) et. al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
30. ALBUQUERQUE,M.A.C; DIAS, L.C. Abordagem em saúde mental pelo médico de família.In: GUSSO, G.; LOPES, J.M. (Org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 233-240.
31. Franco, T.B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). IN: MERHY EE, MIRANDA JUNIOR H, RIMOLI J, FRANCO TB, BUENO WS. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

33. JAMOULLE, M.; GUSSO, G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M. (Org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 205-211.

RV Frosi e CD Tesser participaram conjuntamente da concepção a redação final deste artigo.