



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

MARIANA PERES TRAJANO

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: LIMITES E
POSSIBILIDADES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Florianópolis, 2017

MARIANA PERES TRAJANO

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: LIMITES E
POSSIBILIDADES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada à banca de defesa como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dra. Magda do Canto Zurba

Florianópolis, 2017

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

Trajano, Mariana Peres

O cuidado em saúde mental : limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial / Mariana Peres Trajano ; orientadora, Dra. Magda do Canto Zurba, 2017.

137 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Primária. 4. Reforma Psiquiátrica. I. Zurba, Dra. Magda do Canto . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“O Cuidado em Saúde Mental: limites e possibilidades da rede de
atenção psicossocial”.**

Mariana Peres Trajano

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Atenção e Reabilitação Psicossocial**

Prof. Dr. Magda do Canto Zurba

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Magda do Canto Zurba (Presidente)

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Membro)

Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaeski (Membro)

Prof. Dra. Ivania Jann Luna (Membro)

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos os professores e colegas do mestrado pelas discussões e reflexões fundamentais durante este caminho árduo de construção e dedicação à dissertação. Em especial, ao Grupo Koan e ao Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas. Estar próximo de vocês ensinou-me a pesquisar em saúde mental de maneira mais humana e compreensiva, prezando sempre pelo cuidado com o próximo.

À Magda do Canto Zurba, minha orientadora e amiga, que me mostrou a beleza da universidade e as intensidades do cuidado. Ensinou-me o quanto o desenvolvimento da história está presente no agora, sempre instigando as reflexões para além do que está posto. Muito obrigada por fazer parte deste momento único da minha trajetória acadêmica e profissional!

Às amigas Monique, Mariana, Ana e Letícia. Vocês estavam presentes desde o início desta caminhada. Na alegria ou no desespero, sempre a meu lado, compartilhando cada passo. Sem vocês, não teriam tido graça nenhuma esses dois últimos anos.

À minha família, que trilhou junto a mim esta jornada. Mami e Papi, vocês me mostraram a beleza dos estudos, ensinaram-me que existem muitas perguntas não respondidas, atrás das quais temos de correr para continuar formulando outras. Agradeço a minha mãe, em especial por me ensinar a escutar as pessoas e a compreender, com amor e carinho, as histórias de cada um. Obrigada, mãe, a psicóloga mais acolhedora do mundo!

A meu irmão, Fabinho! Ter a tua presença nesta jornada, e em todas as outras, é fundamental. Agradeço por ter compartilhado comigo cada conquista. Te amo, maninho!

Ao Lucas, que comemorou comigo cada parágrafo escrito. Obrigada por aguentar todos os momentos estressantes, os finais de semana enclausurados em casa e as conversas repetitivas sobre prazos e lacunas no trabalho.

Aos profissionais que lidam com o dia a dia dos dispositivos de saúde. Este trabalho é dedicado a vocês, com quem aprendi que me ensinaram que o cuidado com o outro depende do cuidado consigo mesmo.

Muito Obrigada!

Para mim, falar sobre saúde sem falar em saúde mental é como afinar um instrumento e deixar algumas notas dissonantes.

Dra. Gro Harlem Brundtland (OMS)

RESUMO

O modelo psicossocial vem sendo discutido e praticado no Brasil a partir da década de 90. Após 27 anos, ainda não obtivemos êxito na implantação dos serviços que possibilitam este modelo de cuidado, muito menos inserimos de maneira significativa posicionamentos psicossociais junto às universidades e às lideranças governamentais. É um caminho tortuoso, no qual estamos aplicando, questionando, avaliando e reformulando cuidados em saúde mental que deem conta de assegurar a saúde coletiva. O objetivo do presente estudo foi compreender as concepções sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, a partir dos discursos dos profissionais e gestores da área da saúde do município de Florianópolis. Ele se debruça sobre o processo que a reforma psiquiátrica trilhou, assim como sobre o processo de desenvolvimento da ciência da saúde e das concepções sobre a loucura e os diferentes modelos de cuidado. Foram entrevistados 14 sujeitos, dentre eles: 11 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que atuavam no contexto da saúde mental, e 3 gestores de saúde. As entrevistas foram analisadas a partir da perspectiva hermenêutico-dialética, que entende a compreensão a partir do diálogo, pela qual a posição do pesquisador é de ouvir atentamente e respeitar as diferentes opiniões sobre determinado assunto e as maneiras de ser no mundo. O processo de análise e discussão dos dados deu-se por intermédio de seis núcleos de sentido; déficit entre o real e o ideal; estratégias do cuidado; tensões epistemológicas; formação profissional; saúde do profissional de saúde e aproximação com as discussões da reforma psiquiátrica. Como resultado, pode-se compreender que a atenção básica do município de Florianópolis está permeada de diferentes concepções sobre o cuidado em saúde mental. Mais do que as lacunas práticas do município de Florianópolis, os profissionais enfrentam dificuldades de rotina de trabalho. O momento é de construir a política e de pensar de que forma se haverá de organizar o cuidado já concretizado. É preciso, sim, avaliar de que forma essas políticas estão sendo aplicadas, não com o intuito de as exterminar, mas como estratégia para diagnosticar as lacunas existentes e as possíveis implementações concretas das práticas de cuidado, refletindo sobre o modelo psicossocial e as maneiras de o promover. As concepções sobre o cuidado em saúde mental no país são um mosaico de concepções históricas sobre a loucura. Ainda há na rede e na gestão concepções e práticas que estigmatizam, isolam, infantilizam e expõem a perigo os sujeitos em sofrimento psíquico.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Atenção Primária. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The psychosocial model has been discussed and practiced in Brazil since the 1990s. After 27 years, we have not yet succeeded in implementing the services that make this model of care possible, much less significantly inserting psychosocial positions in universities and leadership governmental organizations. It is a tortuous path in which we are applying, questioning, evaluating, and reformulating mental health care that assures collective health. The objective of the present study was to understand the conceptions about mental health care in Primary Care, based on the discourses of health professionals and managers in the city of Florianópolis. It focuses on the process that psychiatric reform has undergone, as well as on the process of developing health science and conceptions about madness and different models of care. Fourteen subjects were interviewed, among them: 11 professionals from the Family Health Support Unit who worked in the context of mental health, and 3 health managers. The interviews were analyzed from the hermeneutic-dialectic perspective, which understands the understanding from the dialogue, through which the researcher's position is to listen attentively and respect the different opinions on a certain subject and the ways of being in the world. The process of analysis and discussion of the data occurred through six nuclei of meaning; deficit between the real and the ideal; care strategies; epistemological tensions; professional qualification; health of the health professional and approaching the discussions of psychiatric reform. As a result, it can be understood that the basic care of the municipality of Florianópolis is permeated by different conceptions about mental health care. More than the practical shortcomings of the municipality of Florianópolis, the professionals face difficulties of routine of work. The moment is to build the policy and to think about how to organize the care that has already been implemented. Rather, it is necessary to assess how these policies are being applied, not with a view to exterminating them, but rather as a strategy to diagnose existing gaps and possible concrete implementations of care practices, reflecting on the psychosocial model and the ways of or promote it. The mental health care's conceptions in Brazil are a historical madness conceptions' mosaic. There are, in the network and in the city management, conceptions and practices that stigmatize, isolate, infantilize and expose to danger the people in psychic suffering.

Keywords: Mental Health. Primary Care. Psychiatry Reform.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial na concepção do CFP.	44
Figura 2 – Diagrama da revisão integrativa	48
Figura 3 – Mapa de Florianópolis e distritos sanitários	71
Figura 4 – Fluxograma comunicacional entre os profissionais da saúde mental na atenção básica do município de Florianópolis	96
Figura 5 – O fluxo do cuidado em saúde mental promovido pelas reuniões distritais de Saúde Mental	99
Figura 6 – Mapa do distrito sanitário Sul	131
Figura 7 – Mapa do distrito sanitário Centro.....	134
Figura 8 – Mapa do distrito sanitário Continente.....	137

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Componentes da Raps	43
Quadro 2 – Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com título, sujeitos da pesquisa, ano, periódico de publicação e autores	49

LISTA DE QUADRO

Tabela 1 – Base de dados e sua distribuição	61
Tabela 2 – Distritos sanitários e profissionais do Nasf de Florianópolis	63
Tabela 3 – Caracterização da população entrevistada	69
Tabela 4 – Caracterização dos profissionais entrevistados por distrito.	72
Tabela 5 – Núcleos de sentido e temas de discussão:	73

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB	Atenção Básica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IPq	Instituto de Psiquiatria
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SC	Santa Catarina
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Termo de Autorização Gravação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	25
2 INTRODUÇÃO	27
3 MOVIMENTOS DA CIÊNCIA NO CONTEXTO DA SAÚDE ..	31
3.1 CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DA COMPREENSÃO SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	32
3.2 O NOVO MODELO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	34
3.2.1 O cuidado psicossocial	37
4 A PRÁTICA DO CUIDADO NOS TERRITÓRIOS: OS IMPACTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	41
4.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	41
4.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	42
4.2.1 Rede de atenção psicossocial em Florianópolis.....	44
5 COMPREENDENDO O CENÁRIO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	47
5.1 TEMAS DE DISCUSSÃO SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DA REVISÃO INTEGRATIVA	52
6 OBJETIVO GERAL	57
6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57
7 MÉTODO.....	59
7.1 CONHECENDO O QUE HÁ NO MEIO CIENTÍFICO.....	59
7.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	62
7.3 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO DE PESQUISA.....	62
7.4 ENTRANDO EM CONTATO COM OS PROFISSIONAIS.....	65
7.4.1 Processo de coleta de dados: o impacto da conjuntura político- social no transcorrer da pesquisa.....	66
7.5 PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	67
7.5.1 A hermenêutica como posicionamento investigatório.....	68
7.6 PARTICIPANTES DA PESQUISA	69
8 COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS SOBRE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	73
8.1 DÉFICIT ENTRE O REAL E O IDEAL	74

8.2 ESTRATÉGIAS DO CUIDADO.....	75
8.3 TENSÕES EPISTEMOLÓGICAS	80
8.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	84
8.5 SAÚDE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	87
8.6 APROXIMAÇÃO COM AS DISCUSSÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	90
9 A REDE (S)EM TEIAS: LIMITES E POSSIBILIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	95
9.1 PARTICIPANDO DAS REUNIÕES DISTRITAIS DE SAÚDE MENTAL.....	98
9.2 CONCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL..	101
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS.....	111
ANEXOS.....	117
ANEXO A – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118
ANEXO B – CONSCIENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES.....	121
ANEXO C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	122
ANEXO D – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	123
ANEXO E – PRIMEIRA DECLARAÇÃO DO PERÍODO AUTORIZADO PARA COLETA DE DADOS	124
ANEXO F – SEGUNDA DECLARAÇÃO DO PERÍODO AUTORIZADO PARA COLETA DE DADOS	125
APÊNDICES	127
APÊNDICE A – DIÁRIO DE CAMPO DISTRITO SUL.....	128
APÊNDICE B – DIÁRIO DE CAMPO DISTRITO CENTRO.....	132
APÊNDICE C – DIÁRIO DE CAMPO DISTRITO CONTINENTE .	135

1 APRESENTAÇÃO

Durante o processo de pesquisa desta dissertação, algumas modificações tangenciaram os objetivos do estudo. No momento da qualificação, tinha como alvo relacionar as epistemologias do cuidado em saúde mental presentes no cotidiano da Atenção Básica do município de Florianópolis, a partir do olhar dos profissionais do Nasc Saúde Mental.

Todavia, no decorrer da coleta de dados e do aprofundamento teórico, deparei-me com os embates políticos e inter-relacionais dos serviços. Este novo dado me instigou a modificar os objetivos, proporcionando a este estudo uma nova diretriz e uma nova perspectiva. Este percurso pode ser descrito como desafiador, intrigante e gratificante.

Desafiador, por sentir, ver, perceber, ouvir que existem infinitas barreiras nos serviços de saúde. Chamo de barreiras à dificuldade de comunicação com alguns distritos, à dificuldade de agenda com alguns profissionais, à dificuldade de locomoção para alguns territórios, enfim, à infinidade de barreiras cimentadas que pude vivenciar nos quase quatro meses que levou a coleta de dados. Aproveito, aqui, para declarar minha imensa admiração pelas pessoas (entrevistados ou não) que têm de martelar essas barreiras, assim como se desviar delas, as escalar ou, simplesmente, resignar-se a olhar para elas.

Intrigante, pelo fato de cada território, cada equipe Nasc, cada profissional e cada pessoa ser tão diferente. Como psicóloga, tenho paixão por compreender as histórias que me são contadas, trazendo para a discussão, no aqui e agora, o impacto das escolhas, das relações, dos sonhos, dos desejos, dos projetos. Deparei-me com a diversidade do próprio ser humano, do pensar e fazer do povo que cuida do povo; que se orgulha do trabalho que faz, ao tempo em que grita por apoio, por espaço e por cuidado.

Gratificante! Extremamente gratificante, diga-se de passagem! Às pessoas, por me haverem dado o presente de ouvi-las, de pensar em estratégias, de representar uma possibilidade de desabafo e fortalecimento. Vivenciar esses momentos com cada um dos entrevistados enriqueceu-me não somente como pesquisadora, mas como profissional e como pessoa. Muitos perguntam: “Como assim te enriqueceu como pessoa?” Como pessoa por entender o dia a dia do serviço de saúde e os valores por trás do fazer dessas pessoas vestidas de profissionais. O carinho, o cuidado, o amor, o querer o bem, o doar-se ao próximo. Tudo isso com uma pitada (bem apimentada) de indignação

contra as diferenças sociais, a falta de estrutura não somente física, mas política e econômica também. Senti-me no lugar de testemunha dos caminhos rochosos que esses profissionais estão trilhando, e de seus valores.

2 INTRODUÇÃO

Esta dissertação é referente ao mestrado profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro de Ciências em Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, com ênfase no Núcleo de Pesquisa em Psicologia da Saúde e do Desenvolvimento Humano (CNPq).

Na contemporaneidade, uma das questões que assombram o processo de implantação de um novo modelo de cuidado em saúde mental é o impasse epistemológico das concepções sobre tal cuidado. Concomitante às questões epistemológicas, desdobram-se questões pragmáticas de parte dos profissionais relativamente a cuidado, preocupados em como efetivá-lo em saúde mental de acordo com o novo modelo de atenção em saúde.

A tensão prática e epistemológica se dá em diversos níveis de gestão e de dispositivo de cuidado. No ano de 2015, o Ministério da Saúde anunciou a troca de guarda na coordenação da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. O processo de nomeação desta coordenação alvoroçou o campo da saúde mental, resultando no pronunciamento de diversas organizações e associações de profissionais da saúde no Brasil. Esta troca representa muito mais do que mera troca de nomes, de coordenadores e de poder político. Concretiza, de certa forma, um impasse epistemológico, ou a tensão das compreensões da saúde mental e, portanto, do cuidado.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) manifestaram sua preocupação em relação à troca da coordenação em saúde mental. De acordo com estas entidades, o anúncio de nomeação do dr. Valencius Wurch Duarte Filho seria o atestado da não concretização da Reforma Psiquiátrica, uma vez que este profissional é conhecido por se opor ao movimento antimanicomial e defende o lugar das internações psiquiátricas como prática reconhecida na saúde mental. Desta forma, preocupam-se com o prosseguimento do processo de desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica como política de cuidado e prática dos profissionais em saúde mental¹.

¹ Posicionamento da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco – em relação à nova nomeação para coordenação de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/2015/12/nota-publica-cgmadms/>> Acesso em: 5 abr. 16, e posicionamento do Conselho Federal de Psicologia – CFP – em

Em contrapartida, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) também se pronuncia; porém, contra as manifestações de resistência ao pronunciamento do dr. Valencius Wurch. Segundo a associação, os argumentos utilizados pelas entidades que se opõem à nomeação são inadequados e exagerados. Em seu pronunciamento, a ABP critica o atual modelo, dizendo que é ideológico e não efetivo, e coloca-se a favor de novas perspectivas².

A presente exposição mostra por que o Brasil vive hoje a complexidade desta tensão nas políticas públicas nacionais relativas às concepções sobre o cuidado na saúde mental. As diferentes formas de teoricamente compreender e praticar o cuidado em saúde provocam inúmeros nós e escancaram o impasse político, ético e conceitual no dia a dia dos dispositivos da rede de atenção psicossocial e nos *fazeres* dos profissionais da saúde.

A concepção do processo de saúde e doença, assim como o cuidado em saúde mental estiveram em cena, nas últimas décadas, nas discussões políticas do Brasil e do mundo. Movimentos sociais que incluíam pensadores, profissionais e comunidade protagonizaram estes embates, lutando por uma mudança em relação ao processo de compreensão sobre o que seja saúde mental e sobre como intervir neste contexto.

Diversos autores detalham as intervenções e compreensões epistemológicas no contexto da saúde mental no modelo hospitalocêntrico. As intervenções realizadas nesses espaços potencializavam a exclusão social dos internos e as técnicas utilizadas neste modelo, pelo que continham de humilhação, ameaças, castigos e privações alimentares. O paciente, culpabilizado por seu diagnóstico, perdia a própria identidade enquanto sujeito, experienciando uma vida sem deveres, desejos e possibilidades de ser (FOUCAULT, 1975; AMARANTE, 1996; SZASZ, 1971).

Este modelo é fruto de um paradigma científico positivista, que invadiu o âmbito das ciências humanas, produzindo uma estrutura de

relação à nova nomeação para coordenação de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Disponível em <<http://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-apoio-a-mobilizacoes-contrarias-a-mudancas-na-coordenacao-de-saude-mental/>> Acesso em: 5 abr. 16.

² Posicionamento da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP – em relação à nova nomeação para coordenação de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2015/12/nota.pdf>> Acesso em: 5 abr. 16

concepções e métodos, em que o papel do pesquisador, ou do profissional, é de neutralidade e objetividade. As críticas ao modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde mental provocam uma série de questionamentos direcionados ao lugar alienado e passivo do sujeito em sofrimento psíquico, às intervenções focadas na doença e na anulação total do sujeito (COSTA-ROSA, 2000; AMARANTE, 1996).

É preciso considerar que estas críticas surgem como um movimento mundial, pelo qual as ciências humanas passam a ser paradigmaticamente repensadas e revisitadas. Este movimento faz parte da realidade científica, em que está em constante modificação ontológica, epistemológica e metodológica.

Um novo modelo de cuidado e atenção então emerge: o modelo de atenção psicossocial e de cuidado integral com o sujeito em sofrimento psíquico. A partir da reforma psiquiátrica, busca-se a transformação de conceitos, valores e crenças sociais e culturais compartilhados no cotidiano da sociedade. A reforma psiquiátrica conquistou um espaço de articulação para a Saúde Mental como campo de atuação de profissionais das mais diversas áreas, e propõe possibilitar a reinserção psicossocial dos usuários do serviço (AMARANTE, 1996; COSTA-ROSA, 2000).

Tais mudanças continuam efervescentes em saúde mental. Como ensina Bachelard (1996), é impossível invalidar os conhecimentos e as ciências habituais. Quando surgem novas tendências epistemológicas, é difícil abrir mão das compreensões e práticas ensinadas e vivenciadas, uma vez que é irresistível presumir o jeito aprendido como o mais correto.

Ely *et al.* (2014), ao pesquisar sobre os significados da internação psiquiátrica para usuários de um centro de atenção psicossocial (Caps), encontram exatamente a dificuldade epistemológica abordada por Bachelard (1996). A ambiguidade no cuidado em saúde mental transborda os conhecimentos científicos e as leis e portarias determinadas pelo Ministério da Saúde. Os autores ressaltam o impasse dos profissionais de saúde mental em proporcionar um cuidado terapêutico que se engaje na corresponsabilização territorial, no cuidado integral do sujeito, na escuta qualificada dos profissionais e no protagonismo do usuário do serviço no seu tratamento.

Indo ao encontro da pesquisa acima destacada, Pereira e Santos (2012) ressaltam que a nova tendência, o modelo psicossocial, requer o desenvolvimento de novas competências e habilidades dos profissionais da saúde mental, uma vez que o instrumento de trabalho visa à relação entre profissional e usuário. Outro ponto importante a ser questionado

pelos autores é a potencialidade das equipes de saúde quando se colocam numa posição de questionadoras dos seus *fazeres e cuidados*.

Além do impasse epistemológico do cuidado em saúde mental, estudos revelam estrangulamentos na rede de atenção psicossocial. A inexistência de linhas claras de cuidado e diretrizes sobre o manejo em saúde mental, assim como a descontinuidade do cuidado na rede, contribuem para a desarticulação e o enfraquecimento da rede de atenção psicossocial (DIMENSTEIN et al., 2012; RÉZIO et al., 2015).

Neste cenário, a indagação que se faz é como se dá o cuidado em saúde mental na rede de atenção psicossocial do município de Florianópolis a partir dos sentidos produzidos pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Florianópolis. A pesquisa objetiva compreender de que forma seus profissionais entendem o que é e como se dá o cuidado em saúde mental, refletindo sobre os diferentes olhares que permeiam essa prática.

3 MOVIMENTOS DA CIÊNCIA NO CONTEXTO DA SAÚDE

O fazer está sempre inundado por nossa visão de mundo, a que revela como compreendemos a natureza e suas relações anteriores à prática sobre como é fundamental apreender uma visão de mundo específica que guiará o fazer cotidiano (VASCONCELOS, 2002). Neste sentido, há diferentes formas de ver o mundo e entender os processos e fenômenos do ser humano, como, por exemplo, o sofrimento psíquico. As correntes de construção de pensamento permeiam os fazeres no cotidiano, uma vez que são resultantes de uma concepção (ou concepções) de mundo (MINAYO, 2014). A seguir, serão descritas algumas dessas concepções e sua influência nas ciências da saúde.

Na ciência, pode-se refletir sobre as concepções de ciência, ou seja, sobre o percurso de desenvolvimento e amadurecimento de pressupostos que delinearam a ciência como a entendemos hoje (VASCONCELLOS, 2002). Que caminho é esse?

O ser humano sempre buscou a revelação da verdade absoluta. Essa incessante busca pela verdade era explorada desde os filósofos na Antiguidade (Sócrates, Platão, Aristóteles, entre tantos outros), pois a vida não bastava mais para ser somente vivida, mas devia ser entendida e explicada, ter debatidos sua origem e o porquê das situações e experiências vividas. A Igreja Católica procurou, através de dogmas extremamente rígidos, uma resposta idealizada sobre a verdade, balizando suas “descobertas” em salvar a alma do homem e explicar a trajetória mundana na espera pelo dia do juízo final (FOUCAULT, 2000; PESSOTI, 1994).

A ciência, tal como hoje a conhecemos, percorreu um longo caminho, com diversos olhares e diferentes atores e personagens. Tanto os filósofos, quanto a Igreja Católica tiveram um importante lugar neste percurso.

A escravidão dogmática imposta pela instituição religiosa aprisionava os pensadores da época. Foi a partir dos primórdios da Ciência Moderna e de Descartes, no século XVII, que a busca pela verdade abarcou um novo rumo e o rompimento com a Igreja. A busca pela verdade começa a ser problematizada de maneira organizada, estruturada e sistematizada.

Os pensamentos científicos positivistas (newtoniano, cartesiano) surgem para reorganizar a sociedade através das ciências exatas, e afastados da Igreja Católica. A neutralidade do cientista, ou do observador, concomitante à objetividade e às experiências laboratoriais, são pressupostos básicos desta visão de mundo. Estas são as raízes do

pensamento científico da modernidade: determinista, reducionista, empírica e mecanicista (ATENCIA, 1991).

A hegemonia do pensamento científico positivista coloca o mundo num impasse. Foram anos e mais anos de estagnação, com grande quantidade de números e pouca explicação sobre os fatos e fenômenos. A medicina nasce como ciência neste cenário, tornando as leis físicas, ou exatas, o observável e o medido, balizadores da verdade humana (FOUCAULT, 2000; VASCONCELLOS, 2002).

Neste sentido, o olhar positivista não abarca totalmente a realidade humana. A complexidade dos fenômenos das ciências humanas provoca mais do que somente medir e observar, classificar e neutralizar. As relações interpessoais, as emoções emergentes, as experiências individuais, a integralidade do ser humano e a valorização da cultura e do território do sujeito tornam-se parte do olhar para as ciências da saúde.

Vasconcellos (2002) e Bachelard (1996) discutem essa nova postura científica e a diferença entre ciências exatas e ciências humanas. Propõem haver um novo espírito científico provocado por uma racionalidade mais complexa e a dificuldade de transformar as concepções epistemológicas sobre o que seja saúde/doença e sobre como embutir na prática as novas concepções.

Provocados por esta transformação epistemológica no cuidado em saúde mental, Pinho e Kantorski (2011) aprofundam a discussão no sentido de elucidar o percurso dos discursos sociais e científicos sobre a loucura e seu lugar no mundo. Segundo os autores, toda construção pressupõe uma desconstrução. Este processo de desconstrução do conhecimento psiquiátrico e do cuidado em saúde mental promove instabilidades e resistências, uma vez que, nos últimos séculos, diferentes modelos de conhecimento surgiram para dar conta deste fenômeno social que é a saúde mental.

3.1 CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DA COMPREENSÃO SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Os impasses práticos dos profissionais de saúde mental aguçam a curiosidade pelo que está por trás da própria prática. Bachelard (1996), em sua obra sobre a formação do espírito científico, busca discutir os obstáculos epistemológicos que os cientistas, e, por assim dizer, os profissionais, enfrentam ao se deparar com o conhecimento científico. Neste sentido, o autor provoca a discussão sobre a dificuldade em abandonar ou reformular novas visões de mundo e ciência.

A compreensão de como se dá o cuidado em saúde mental transformou-se durante os momentos científicos da saúde. Em determinado momento, esteve enraizado nas ciências positivistas, quando o hospital/manicômio era o eixo principal do cuidado dispensado ao sujeito em sofrimento psíquico e da saúde mental.

Lancetti e Amarante (2006), ao relatar o processo histórico do lugar social da saúde mental, promovem a reflexão sobre o nascimento da medicina enquanto ciência, assim como o estigma da loucura e do louco. Inicialmente chamados de alienados, os irracionais (loucos) ocupam um lugar em que todos são tidos como pessoas ameaçadoras e perigosas, que oferecem risco para si e para os outros. Partindo destes pressupostos sobre a loucura, o sujeito em sofrimento psíquico é trancafiado em manicômios, não tendo mais a possibilidade de aterrorizar a população com sua animalidade e periculosidade.

Outro fator levantado pelos autores que justificava e potencializava o isolamento dos sujeitos em sofrimento psíquico era a concepção de mundo da ciência positivista. De acordo com essa ideia do que fosse ciência, para que um objeto ou um fenômeno fosse estudado e reconhecido como científico deveria ser isolado de todas as possíveis interferências do mundo. A neutralidade e o distanciamento tornaram-se práticas institucionalizadas como ideais para o cuidado na saúde mental.

Este modelo de cuidado, calcado na tutela dos sujeitos em sofrimento psíquico, apresentava uma postura cujas práticas consistiam em isolamento, vigilância e controle, delineando um lugar disciplinar e punitivo. Retirar o sujeito do convívio social, afastando-o de sua família, amigos e vizinhos era a proposta de cuidado, o projeto terapêutico dos loucos conduzido a partir de maus tratos e violência (LANCETTI e AMARANTE, 2006).

Os estudos sobre as instituições totais de Erving Goffman (1980a, 1998b) são importantes recursos para compreender o impacto dos hospitais psiquiátricos e dos processos de internação. Estes locais são denominados pelo autor de instituições totais, por serem instituições que tendem a se fechar, a se isolar em determinada realidade, controlando as necessidades humanas de forma burocrática e a partir de um olhar autoritário e vigilante. Segundo o autor, as instituições totais, neste caso os hospitais psiquiátricos, têm como resultado o “desculturamento”, processo pelo qual, após muito tempo em situação de isolamento institucional, o sujeito desaprende o convívio social, tornando-se incapaz de enfrentar situações comuns da vida diária.

Diversos movimentos mundiais surgiram a partir da II Guerra Mundial, com o intuito de desenvolver um novo modelo psiquiátrico que

não estivesse enraizado no hospital e em manicômios. Estes movimentos, que planejavam mudar o eixo do cuidado em saúde mental, deram voz às pessoas cuja vida estava institucionalizada entre muros manicomial (LANCETTI e AMARANTE, 2006; AMARANTE, 2007).

A Declaração de Alma-Ata (1978), exemplo destes movimentos, concretiza o cuidado a partir da atenção primária e inaugura a saída do cuidado em saúde mental para as ruas das comunidades e dos territórios. Muito mais do que pensar novas estratégias de cuidado em saúde, esta declaração mobilizou um pensar diferente sobre a saúde, cujo centro do cuidado são os usuários dos serviços, as pessoas, a população, e não mais o hospital, o médico ou a técnica utilizada.

Neste mesmo movimento, a Organização Mundial de Saúde (2001) discute a compreensão sobre saúde mental e as estratégias de cuidado utilizadas como intervenção. A Organização Mundial da Saúde publicou, em 2001, o relatório mundial de saúde. Com o título “Saúde mental: nova concepção, nova esperança”, tinha como objetivo discutir o cuidado em saúde mental de maneira sensível, trazendo as estratégias para o território e partindo de uma postura humana.

Tornava-se fundamental pensar que o espaço para essas discussões só seria possível no momento em que a ciência positivista não mais conseguisse explicar os fenômenos das ciências humanas e de saúde (VASCONCELLOS, 2002; AMARANTE, 2007). No Brasil, o movimento que teve maior reconhecimento político e social foi a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Regulamentada pela Lei 10.216, a reforma direciona um novo olhar para a saúde mental³.

No retorno a Goffman (1980), as práticas em instituições fechadas produziam – e produzem – uma identidade deteriorada, um sujeito totalmente desumanizado. E, a partir da Reforma, propõe-se um momento histórico em que o Brasil e o mundo se transformavam política e socialmente, promovendo o ressurgimento do dito louco como sujeito de direitos.

3.2 O NOVO MODELO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Sendo o campo da saúde mental um lugar complexo e em tensão, o processo de mudança no olhar da ciência sobre a saúde mental nunca será fechado. Franco Rotelli (1990 *apud* AMARANTE, 2007), importante figura da reforma psiquiátrica italiana, instiga a ideia de que entender o campo da saúde mental como um processo, um fenômeno

³ A proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira será abordada no capítulo 4.

social que está em constante movimento, fomenta as discussões e a possibilidade de mudança.

Não sendo um movimento estático e pronto, proporciona pensar em diferentes práticas, atores sociais e dispositivos na rede que ainda não estão postos. A ansiedade à espera da mudança se acalenta quando se coloca em evidência o campo da saúde mental como processo social complexo.

Tendo em vista esta discussão, pesquisas demonstram que o embate entre as concepções da saúde mental se evidencia na prática dos profissionais de saúde. Ora promovem o cuidado integral e complexo de acordo com as novas concepções científicas, ora a prática ilustra a concepção positivista de cuidado, promovendo a neutralidade do profissional, reduzindo o sujeito a diagnósticos e fármacos (LIMA et al., 2013; RÉZIO et al., 2015; PEIXOTO et al., 2016).

Amarante (2007) discute este constante processo social complexo de transformação como um conjunto de dimensões cujo intuito era esclarecer o que significava o campo da saúde mental. Esse campo é subdividido em teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. As quatro dimensões fazem parte da concretização da reforma psiquiátrica e são fundamentais para pensar os desdobramentos dos modelos de cuidado em saúde mental. Elas se sobrepõem e se completam, de maneira que conversar sobre elas nos transporta para um novo campo da saúde mental.

A dimensão teórico-conceitual, ou a dimensão epistêmica, trata da reflexão dos pressupostos mais institucionalizados da psiquiatria hospitalocêntrica. Como foi apresentado anteriormente, a psiquiatria hospitalocêntrica valorizava o diagnóstico e deixava em segundo plano o cuidado com o ser humano. Basaglia (*apud* AMARANTE, 2007), outro importante ator na reforma psiquiátrica italiana, considerava que a postura epistêmica no cuidado em saúde mental deveria colocar entre parênteses o diagnóstico e os sintomas. Prioridade há que dar ao sujeito, no sintoma que o sofrimento assumir: psíquico, na cultura, em hábitos, pensamentos e desejos:

[...] a doença entre parênteses não significa a negação da existência da ‘doença’; em outras palavras, não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental (AMARANTE, 2007).

Embora se admita existir sofrimento, dor, sintomas, o que de fato existe é um sujeito com problemas cotidianos, trabalho, rotina, projetos, anseios e preocupações, família. O posicionamento de colocar entre parênteses a doença mental fomenta a ampliação da noção de integralidade do sujeito no campo da saúde mental.

O eixo do cuidado no hospital/manicômio não permite olhar e postura teórico-conceituais. Os serviços serão pensados estrategicamente para alcançar este sujeito integral, em lugares que valorizem o encontro com o profissional, no território em que o acolhimento e o cuidado sejam proporcionados através das trocas sociais. Partimos, então, para a dimensão técnico-assistencial (AMARANTE, 2007).

A loucura desocupa o lugar da animalidade e periculosidade, da incapacidade civil. De que forma então, poderia exercitar a cidadania este sujeito que antes estava institucionalizado e aprisionado? A dimensão jurídico-política preconiza os direitos humanos dos sujeitos em sofrimento psíquico conferindo-lhes, por assim dizer, novos lugares sociais, considerando que até então eram excluídos da sociedade (AMARANTE, 2007).

A prática da cidadania, porém, não se dá somente através de leis e direitos humanos. É um processo de construção, que se manifesta através da mudança da sociedade, de mentalidades, atitudes e relações sociais. Quando falamos em mudança social, falamos num processo contínuo, persistente e longo, que não acontece de repente, de uma hora para outra. Acontece no dia a dia, em pequenos passos, e conta com dispositivos de cuidado em saúde mental, com profissionais, com sistema jurídico e de educação.

Entramos na dimensão sociocultural que, para Amarante (2007), é a dimensão estratégica da mudança social e epistemológica do campo da saúde mental e da atenção psicossocial. Visa a provocar a reflexão e o questionamento da sociedade em geral a respeito do imaginário social sobre a loucura, o louco e o hospital psiquiátrico. O engajamento dos profissionais da saúde, de seus familiares, dos usuários dos serviços de saúde mental, dos estudantes, enfim, de todos os atores sociais que se encontram neste cenário os torna a todos protagonistas práticos desta dimensão.

Movimentos mundiais (OMS, 2002) propõem que o cuidado em saúde mental de base territorial delinea recursos específicos e potencializadores. Segundo a OMS (2002), o território disponibiliza conexões culturais importantes neste contexto.

3.2.1 O cuidado psicossocial

Da maneira como o vimos expondo e como o interpretamos hoje, o cuidado científico em saúde nasce no momento em que a medicina se constitui enquanto ciência, a partir de um olhar, de uma epistemologia positivista de concepção da realidade e do mundo. Pesquisas demonstram que ainda predomina a visão epistemológica, aquela segundo a qual o profissional entende o processo de adoecimento como algo que incapacita o sujeito, colocando-o num lugar tutelado, com um papel de irresponsabilidade sobre si (LIMA et al., 2013; PEIXOTO et al., 2016; RÉZIO et al., 2015; VASCONCELOS et al., 2016).

O processo do trabalho em saúde, e aqui, especificamente, o de saúde mental, é diferente do processo de trabalho de um arquiteto ou de um engenheiro, por exemplo. De acordo com Merhy (2014), o processo de cuidado em saúde se dá a partir do encontro do profissional e do usuário do serviço de saúde. Neste sentido, o autor propõe que os atos de cuidar⁴ dependerão de como o profissional irá enfrentar este encontro e como desempenhará suas funções.

Peixoto et al. (2016) pesquisaram a função da empatia na relação entre os psiquiatras do CAPS e as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Segundo os autores, os profissionais compreendem que a escuta qualificada e o acolhimento são considerados recursos terapêuticos necessários no cuidado em saúde mental. Ressaltam que a dimensão empática seja utilizada como elemento facilitador do processo de cuidado em saúde mental.

Entretanto, Rézio et al. (2015), apresentando uma discussão sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica, demonstram que os profissionais de saúde não exploram este recurso. Os autores potencializam o poder da educação permanente como estratégia para difundir a posição ética e profissional dos atores dos dispositivos de saúde.

Corroborando a posição de Merhy (2014), Campos (2013) contribui com a discussão sobre a clínica ampliada no cuidado em saúde. Para o autor, o processo de cuidado em saúde deve ser direcionado ao sujeito; ou seja, uma clínica deve superar a fragmentação do sujeito enquanto objeto de estudo, devendo aproximar-se dele como sujeito, considerando-o para além de diagnósticos.

⁴ Expressão utilizada por Merhy (2014) para designar os atos dos profissionais voltados ao cuidado do usuário.

Campos (2013) deixa claro que a clínica ampliada não se dá através do esquecimento dos saberes médicos, das generalidades diagnósticas, mas pela escuta qualificada dos sintomas e do contexto do usuário com que se defronta o profissional. Isto significa mais do que simplesmente situar o paciente em determinada categoria, mas participar da construção coletiva da compreensão dos casos na equipe de saúde, dividindo as responsabilidades nos dispositivos, com coparticipação nas diversas áreas da saúde que permeiam o cuidado em saúde.

O cuidado em saúde mental delinea-se como uma clínica ampliada e do encontro com o profissional de saúde, conforme o expoem Merhy (2014) e Campos (2013). Nas últimas décadas, a concepção do que seja saúde vem se modificando, de acordo com novas concepções epistemológicas e modelos de cuidado em saúde.

As políticas públicas e o cuidado em saúde mental no Brasil têm como balizador o Sistema Único de Saúde (SUS), e seus princípios, assim como a Lei nº 10.216. Concretizado em 1987, o SUS, que prioriza a saúde como direito civil de todos e dever do Estado, norteia todas as ações da saúde mental nos dispositivos de saúde, sejam eles os de atenção básica, média ou de alta complexidade (PAIM, 2009).

Os princípios que norteiam o sistema, relativamente a cuidados, são: a universalidade, que legitima as discussões sobre o dever do Estado em oferecer saúde à população, garantindo a todos o direito de acesso à saúde, e responsabilidade primária a este órgão de criar estruturas, condições, além de fiscalizar as implantações do sistema; a integralidade, que propõe um novo olhar sobre o conceito de saúde e de homem concebida pelo Sistema Único de Saúde, projetando luz no homem total, em sua integralidade como ser biopsicossocial, cumprindo o dever do Estado em promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde; e o princípio da equidade, propondo que o sistema de saúde ofereça serviços que alcancem toda a população, ou seja, ao mesmo tempo em que estenda a todos o direito, parta ao encontro da necessidade do usuário do serviço, garantindo, desta forma, as necessidades particulares de cada um (PAIM, 2009).

Além dos princípios, temos as diretrizes propostas para fundamentar o processo de cuidado. São eles:

- a regionalização, que consiste em organizar os locais de atenção em níveis municipais, estaduais e federais, admitindo para os níveis municipais a possibilidade de se subdividir em regiões (com postos de saúde por bairros);

- a hierarquização, que permite proporcionar aos usuários do serviço um processo contínuo e não linear do cuidado em saúde;
- a descentralização, como proposta de municipalização das decisões sobre as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- a racionalização e a resolução, contribuindo para o princípio da equidade, que prevê a possibilidade de as ações se ajustarem à demanda de determinada população, adequando-se à real demanda da realidade;
- admissão da complementaridade do setor privado, em particular nos casos de esgotamento da capacidade de atendimento do setor público, de modo, ainda assim, a garantir ao cidadão o direito à saúde;
- e, finalmente, a aliança da comunidade na construção e fiscalização do SUS (PAIM, 2009).

Para potencializar a desinstitucionalização da saúde mental e a consolidação da reforma psiquiátrica como concepções epistemológicas no cuidado em saúde mental e atenção psicossocial, precisa-se pensar em estratégias. Para tanto, por disseminarem e provocarem estranhamento perante os modelos de psiquiatrização e hospitalização do sofrimento psíquico, essas estratégias contribuem para *repensar o fazer, o gerir e o dispor de* recursos em saúde mental pelos profissionais.

O matriciamento, tecnologia de processo de trabalho composto por equipes de referência adotado pelo Ministério da Saúde em 2010, é uma estratégia que permeia as instituições de saúde. Este modelo tem caráter pedagógico-terapêutico e contribui para a construção coletiva do cuidado.

A formação e educação permanente dos profissionais da saúde promovem um cuidado ampliado, com uma postura integradora do sujeito, permitindo a corresponsabilização do usuário e da equipe como referência de promoção de saúde. Pesquisas indicam o potencial do matriciamento junto às equipes quando bem planejado e em condições de proporcionar a troca de experiência aos profissionais da rede (DIMENSTEIN et al., 2012; RÉZIO et al., 2015; PEIXOTO et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2016; LIMA et al., 2013; ELY et al., 2014; PEREIRA E SANTOS, 2012; CHAVES E PEGORARO, 2013).

[...] os serviços de atenção à saúde, isoladamente, não são capazes de construir mudanças

significativas, pelo fato da necessidade de articulação em rede. Por isso, são necessárias práticas articuladas entre diferentes saberes e níveis de complexidade na produção do cuidado, para que se potencialize e operacionalize a integralidade da atenção, que é necessária para auxiliar na construção de novos rumos para o campo da atenção psicossocial (RÉZIO et al., 2015, p. 801).

A partir do matriciamento, os profissionais de saúde têm a oportunidade de entrar em contato com outras áreas do saber; assim, têm a de conhecer mais de perto os diversos dispositivos da rede de cuidado. Desta forma, os profissionais não se sentem sozinhos na prática do cuidado e da atenção.

4 A PRÁTICA DO CUIDADO NOS TERRITÓRIOS: OS IMPACTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Para compreender a concepção de cuidado em saúde mental, é primordial apresentar a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e sobre ela discutir, assim como destacar como se desenvolveu a implantação desta rede de atenção em Florianópolis, local de realização desta pesquisa.

4.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final da década de 80, influenciada pela Reforma Psiquiátrica Italiana, ocorrida na década de 60. As críticas ao modelo hospitalocêntrico, institucionalizador de assistência à saúde mental, provocaram uma mudança epistemológica quanto a como olhar os ditos loucos, e seu lugar na sociedade, e a como cuidar deles. Isto demandava ressignificar socialmente o estigma da loucura, possibilitando à pessoa em sofrimento psíquico a convivência livre na sociedade (AMARANTE, 1996).

As discussões da reforma deram origem à Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001). A lei dá legitimidade à Reforma Psiquiátrica e preconiza os direitos civis, políticos e jurídicos das pessoas em sofrimento psíquico. Segundo Costa, a lei de 2001 mostra-se tímida quanto aos direitos de cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico, pois enfatizou as mudanças assistenciais na saúde mental. Pode-se, porém, considerar que os pequenos passos da lei proporcionaram um novo olhar e uma nova orientação sobre o cuidado do processo de doença, cura e saúde mental.

Após 15 anos da Lei nº 10.216, ainda presenciamos a tensões e conflitos no campo epistemológico do cuidado em saúde mental. A reforma propõe renovar as diretrizes de tratamento utilizadas com os pacientes diagnosticados com doenças mentais, a saber, retirar o paciente da exclusividade internação e recolocá-lo no ambiente social, mas sem negar a existência da doença (AMARANTE, 1996). Entender que a doença faz parte do sujeito, e não do sujeito como um todo, é o ponto inicial para compreender o cuidado em saúde mental idealizado pela reforma psiquiátrica.

Na prática, esse cuidado tem negligenciado a existência da doença mental com a finalidade, equivocada de tornar foco do trabalho o sujeito afetado pelo sofrimento psíquico. De acordo com Campos (2001), este processo era considerado uma forma de manutenção de um discurso

ideológico, que resultava na minimização do sofrimento e na idealização da loucura.

Compreender o cuidado na saúde mental nas diretrizes da reforma psiquiátrica significa, portanto, colocar a doença entre parênteses, não negá-la, mas incluí-la no contexto biopsicossocial do sujeito em sofrimento psíquico.

4.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), como parte da Rede de Atenção à Saúde do SUS, compreendida como um conjunto de ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, tendo como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão, visando ao cuidado integral, territorial e longitudinal.

A Raps inaugura a articulação da rede de saúde com as demandas da saúde mental, promovendo a continuidade do cuidado em todos os âmbitos da saúde, não mais restrita ao setor especializado, incluindo as atenções de baixa, média e alta complexidade. Dentre as diretrizes utilizadas para o funcionamento da Raps, estão o respeito aos direitos humanos, com garantias de liberdade e autonomia, combate a estigmas e a preconceitos, e, sob a ótica interdisciplinar, diversificação das estratégias de cuidado.

A Raps foi estrategicamente pensada e estruturada a partir da lógica da desinstitucionalização, indo ao encontro das discussões fomentadas pela reforma psiquiátrica. Propõe a superação do modo de atendimento asilar, através do enfraquecimento referencial do cuidado especializado e dos hospitais psiquiátricos. Os dispositivos da rede, assim como os profissionais de saúde, devem compreender e adotar essa lógica como balizadora de sua prática em suas intervenções e na compreensão do sofrimento psíquico.

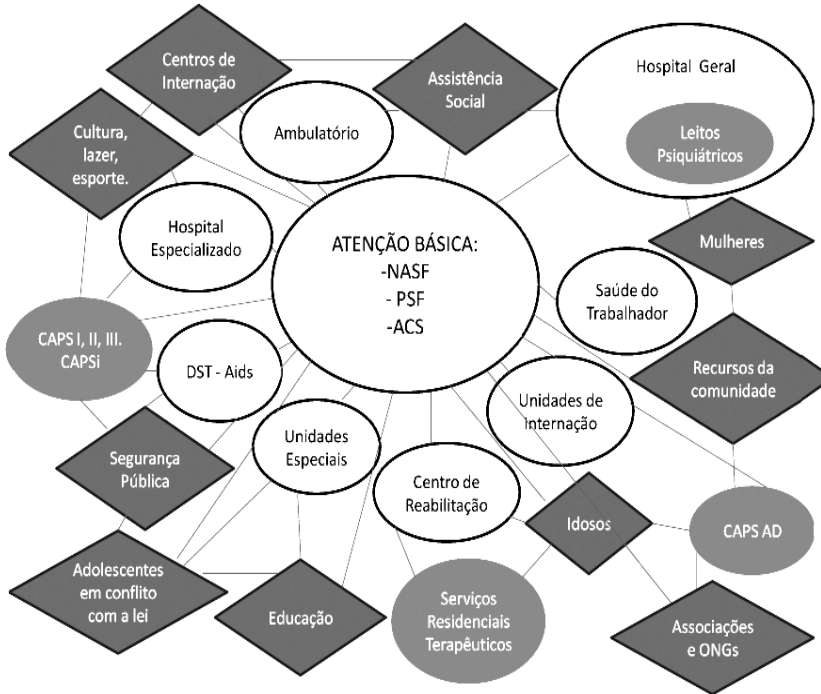
Quadro 1 – Componentes da Raps

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Psicossocial Estratégica	Núcleos de Apoio a Saúde da Família Consultório de Rua Centro de Convivência e Cultura Centro de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192 Sala de Estabilização UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Elaborado pela autora com base na Portaria GM 3088, 2017.

A figura 1 ilustra a Rede de Atenção Psicossocial a partir da contribuição do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial na concepção do CFP.



Fonte: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

4.2.1 Rede de Atenção Psicossocial em Florianópolis

Em 2011, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis elaborou um protocolo de atenção em saúde mental. O protocolo teve como objetivo delinear o fluxo da rede de atenção psicossocial, assim como os recursos terapêuticos disponibilizados na rede. Durante sua construção, contou com a participação de diversos dos atores hoje presentes no cuidado em saúde mental na cidade de Florianópolis, como professores e alunos da Universidade Federal de Santa Catarina, profissionais que atuam na rede e em secretarias municipais (FLORIANÓPOLIS, 2011).

Tendo em vista o que preconiza a Portaria 3.088 do Ministério da Saúde, a Raps deve ser estruturada com o fluxo contínuo de cuidado, promovendo a atuação dos profissionais no território, uma vez que estão próximos das famílias e das comunidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2011). Para alcançar esta demanda, a Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis adotou o modelo de atenção primária com base nas equipes de estratégia de saúde da família (ESF).

Estas equipes são a porta de entrada para o sistema integrado, hierarquizado e regionalizado de saúde e estão localizadas nos centros de saúde (CS). São, também, o ponto estratégico da rede, pois estão em contato com as famílias e comunidades. Desta forma, as equipes de SF efetivam o cuidado e contam com o apoio das equipes de saúde mental. Este apoio é oferecido a partir do modelo de apoio matricial. Neste sentido, a figura 2 expressa a estrutura organizacional das direções e gerências da saúde em Florianópolis.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são compostos por profissionais especializados em saúde mental (psiquiatras e psicólogos), que se corresponsabilizam pelos casos atendidos pelas equipes de SF e estruturam junto a elas as estratégias de atuação. Este modelo tem como objetivo proporcionar educação permanente aos profissionais, sensibilizando-os para o cuidado em saúde mental de acordo com o modelo vigente, com base em troca de experiências e saberes, assim como em intensificar a ampliação da clínica e da escuta dos profissionais de saúde.

Segundo o protocolo de atenção em saúde mental de Florianópolis (2011), até dezembro de 2010, a cidade contava com cem equipes de SF e sete de Nasf. As equipes de apoio estão distribuídas nos cinco distritos sanitários da cidade (continente, sul, norte, leste e centro). As reuniões de matriciamento acontecem rotineiramente entre profissionais da SF e da Nasf; também se dão através de atendimento em conjunto, com a discussão de temas programados e casos.

Outro ponto importante da Raps de Florianópolis são os serviços de referência no cuidado de casos graves em saúde mental, os centros de atenção psicossocial (Caps). Os profissionais que atuam nos Caps participam mensalmente de reuniões com o Nasf. Nesta reunião, discutem-se casos, elaboram-se projetos terapêuticos e se delineia o fluxo entre os serviços. Os casos atendidos nos Caps devem ser, preferencialmente, encaminhados pelas equipes de SF. Em Florianópolis, contamos com quatro Caps: Caps infantil, Caps II (para adultos) e dois Caps direcionados a sujeitos com abuso ou dependência de álcool e outras drogas (continente e ilha).

A cidade de Florianópolis não dispõe de leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais, tampouco Caps III, dispositivo de referência 24h, preconizado pela Portaria 3.088 do Ministério da Saúde em 2011. Desta forma, quando as equipes e estratégias promovidas pelos

SF, Nasf e Caps se esgotarem e os usuários dos serviços apresentarem risco para si ou para os outros, estes serão encaminhados ao Instituto de Psiquiatria (IPq).

Os usuários que receberem alta dos Caps devem manter o contato e o vínculo com o centro de saúde do seu território com as equipes de SF. Delineiam-se, assim, o cuidado contínuo em saúde mental e a aproximação com os serviços de saúde.

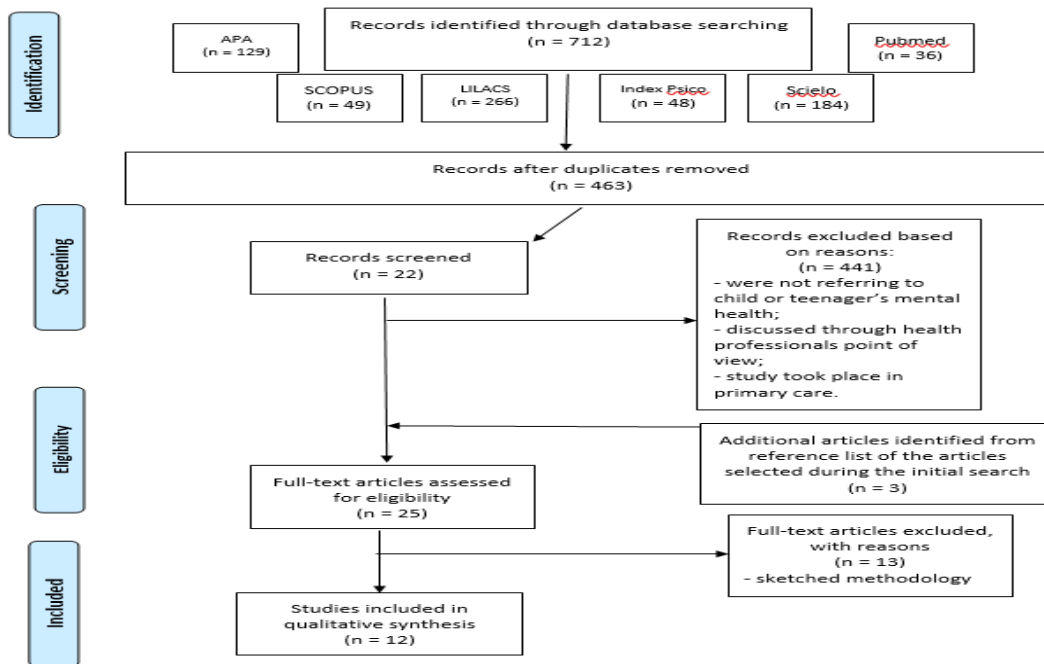
Neste sentido, as novas propostas de intervenção com o sujeito em sofrimento psíquico não visam, em geral, a mais a internação, preservando sua convivência social e familiar, permanecendo em seu território de origem. Em conformidade com a tese destacada, a proposta desta pesquisa foi compreender como ocorre o cuidado em saúde mental prestado pela rede de atenção psicossocial do município Florianópolis a partir dos sentidos produzidos pelos profissionais da Atenção Básica, contribuindo, desta forma, com a saúde do sujeito afetado por sofrimento psíquico, além de fortalecer o cuidado em saúde mental na Atenção Básica e proporcionar o envolvimento dos profissionais com esta discussão temática.

5 COMPREENDENDO O CENÁRIO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

A inclusão dos artigos dependeu do interesse e do objetivo desta pesquisa. Para tanto, faz-se necessária uma ilustração através do diagrama a seguir (Figura 2). Foram identificados 712 artigos na busca em bases de dados. Após a eliminação dos artigos duplicados, fizeram parte da revisão 463 estudos.

Destes, 441 foram excluídos após a leitura do título e do resumo, restando 22 s para a última etapa de seleção dos artigos. Neste momento, passaram por leituras na íntegra, tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos anteriormente. As buscas manuais nas referências dos artigos selecionados propiciaram um conjunto de 3 estudos, que foram incluídos nesta revisão integrativa.

Figura 2 – Diagrama da revisão integrativa



Fonte: Baseado no modelo Prisma, 2017⁵.

⁵ Disponível em: <www.prisma-statement.org> Acesso em: 18 mai. 2017.

Quadro 2 – Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com título, sujeitos da pesquisa, ano, periódico de publicação e autores

	Título	Sujeitos da Pesquisa	Ano	Periódico de Publicação	Autores
1	Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?	Enfermeiros (faz parte da ESF)	2010	Revista Escola Enfermagem	RIBEIRO, L. M. et al.
2	Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família	ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário) e 2 alunos bolsistas	2015	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	RÉZIO, L. DE A. et al.
3	Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí	Psicólogos	2016	Fractal: Revista de Psicologia	MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M.
4	Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde	ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário)	2011	Psico	SCHENEIDER, D. R.; LIMA, D. S. DE.
5	O Desafio da Construção do Cuidado Integral em Saúde Mental no Âmbito da Atenção Primária	ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário)	2013	Temas em Psicologia	LIMA, A. I. O. et al.
6	Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família	ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário)	2014	Psicologia em Estudo	PEGORARO, R. F.; CASSIMIRO, T. J. L.; LEÃO, N. C.
7	Processos de Trabalho em	ESF (médico,	2010	Saúde e Sociedade	CAMURI, D.;

	Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família	enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário)			DIMENSTEIN, M.
8	Estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família	Enfermeiros (faz parte da ESF)	2011	Texto & Contexto - Enfermagem	AMARANTE, A. L. et al.
9	Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família	ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário)	2011	Revista da Escola de Enfermagem da USP	CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. DE A.
10	Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF	Enfermeiros (faz parte da ESF)	2013	Ciência, cuidado e saúde	FIORAMONTE, A. et al.
11	Saberes profissionais na atenção primária à saúde da pessoa/família em sofrimento mental: perspectiva Le Boterf	Enfermeiros (faz parte da ESF)	2014	Revista da Escola de Enfermagem da USP	LUCCHESI, R. et al.
12	O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?	Agentes Comunitários (fazem parte da ESF)	2014	Physis	SANTOS, G. A.; NUNES, M. DE O.

Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2017.

Após a leitura e a aplicação dos processos de inclusão e exclusão, permaneceram 12 estudos para esta revisão. A partir do quadro 2, apresentam-se os resultados referentes a título, sujeitos da pesquisa, ano, periódico de publicação e autores. Quanto ao ano de publicação dos artigos que fizeram parte da amostra desta revisão, observou-se que, de 2011 a 2014, cada um dos artigos (3) representava 25%. A Portaria nº 3.088, instituidora da Raps (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), ocorreu em dezembro do ano de 2011. Este documento inaugura um novo olhar a respeito do cuidado em saúde mental, promovendo articulações entre diferentes níveis de atenção. Neste sentido, compreende-se o aumento da produção científica pelo fato de haver proporcionado um período de discussão a respeito deste novo modelo de cuidado aos usuários dos serviços de saúde.

Dos 12 artigos da amostra, 5 foram publicados em revistas referentes a enfermagem (LUCCHESI, R. et al., 2014; FIORAMONTE, A. et al., 2013; CORREIA, V. R. et al., 2011; AMARANTE, A. L. et al., 2011; RIBEIRO, L. M. et al., 2010); 3, em revistas que discutem saúde coletiva (SANTOS, G. A.; NUNES, M. DE O., 2014; RÉZIO, L. DE A. et al., 2015; CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M., 2010) e 4, em revistas que abordam temas da psicologia.

Sobre o local em que os estudos desta amostra foram realizados, constatou-se que a maioria foi produzida na Região Nordeste, totalizando cinco estudos, seguida pela Região Centro-Oeste, com três produções; pela Região Sudeste, com duas produções, e a Região Sul, com uma produção.

No que tange à metodologia descrita nos estudos, observou-se que todas as pesquisas eram qualitativas, apresentando métodos diversos, como análise de conteúdo, construcionismo social, grupo focal, entrevistas, história oral temática, pedagogia de competências, análise institucional.

Os sujeitos pesquisados nos artigos selecionados para esta revisão foram profissionais da saúde que atuam na Atenção Primária. Em seis artigos, a equipe de saúde da família (ESF) foi identificada como foco de escuta dos pesquisadores. As equipes são formadas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário; todas foram incluídas na participação das pesquisas. Vale ressaltar que um desses seis artigos incluiu dois alunos bolsistas como participantes da pesquisa, pois o objetivo do artigo era analisar a intervenção da universidade nos espaços de saúde. Nos outros estudos, quatro discutiram a partir do olhar de enfermeiros, um a partir do olhar de psicólogos e outro, a partir do olhar de agentes comunitários.

O fato de a maioria das pesquisas incluir os olhares dos profissionais da ESF contribui para a compreensão integral do cuidado em saúde mental, assim como permite identificar as possíveis lacunas que acontecem no dia a dia dos serviços e as dificuldades dos processos de cuidado que cada profissional, dentro de sua especialidade, enfrenta. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a rede básica (primária) concretiza-se a partir da ESF, que surgiu com o objetivo de alterar o modelo assistencial de saúde fundado no cuidado especializado, hospitalar.

A análise dos 12 artigos permite discutir a compreensão de cuidado em saúde mental no Brasil que permeia as práticas dos profissionais que atuam na rede, principalmente na atenção primária. Para auxiliar a discussão, foram identificadas duas categorias temáticas: **saber-fazer: formação profissional e práticas de cuidado**.

5.1 TEMAS DE DISCUSSÃO SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DA REVISÃO INTEGRATIVA

Quando se discute sobre compreensão de cuidado em saúde mental, é preciso pensar e questionar sobre conhecimento e construção de conhecimento. Nos estudos selecionados para esta revisão integrativa, observaram-se aspectos de **formação dos profissionais** envolvidos no cuidado.

O cuidado em saúde mental envolve diversos atores da rede que precisam estar em constante processo de formação, uma vez que envolve apropriação de pontos da rede, diálogo entre profissionais e cuidados além da medicação. Estudos apontam para a dificuldade dos profissionais da ESF em lidar com casos de saúde mental (RIBEIRO et al., 2010; RÉZIO et al., 2015; CORREIA et al., 2011; FIORAMONTE et al., 2013; LUCHESE et al., 2014). Os autores mostram que eles não se sentem capacitados para cuidar, o que recomenda o modelo de cuidado que, além de encaminhar ao especialista, se procure o profissional centrado no medicamento para aliviar sintomas.

Ressalta-se o conhecimento dos profissionais sobre a reforma psiquiátrica e sobre a mudança de modelos de cuidado. A lacuna na educação permanente, porém, propicia um campo fértil para o florescimento e a perpetuação dos preconceitos com a saúde mental e com os sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico. Sem investimento nos processos de educação permanente destes profissionais, o que sobra é aplicação atenta em estilos de cuidados já conhecidos e institucionalizados na história da saúde mental, tais como:

medicamento, diagnósticos, especialistas, sintomas, responsabilização do sujeito em sofrimento psíquico e de sua família, infantilização deste sujeito, dentre outros cuidados que convergem para uma epistemologia medicocentrada e institucionalizadora (RIBEIRO et al., 2010; CORREIA et al., 2011; FIORANTE et al., 2013; LUCHESE et al., 2014; SANTOS e NUNES, 2014; MACEDO e DIMENSTEIN, 2016).

Neste sentido, Rézio et al. (2015) discutem o impacto da presença da universidade nos pontos da rede de cuidado em saúde mental. Os autores propõem que a partir da sensibilização dos profissionais e da aproximação com os alunos, se promovam mudanças no cuidado com a população e se estimule a reflexão sobre sua atuação, indo ao encontro de cuidados socioculturais, resistindo, por quanto possível, ao modelo tecnicista. Recomendam, por isso, o aprendizado individual no que se sintam mais preparados, ativos e críticos, colaborando para a solução de problemas de saúde de forma mais efetiva.

Santos e Nunes (2014) pesquisaram sobre o *saber-fazer* em saúde mental dos enfermeiros da atenção básica. O estudo demonstra que os enfermeiros se envolvem com cuidados de outras áreas mais do que com saúde mental e discutem, neste sentido, a lógica burocrática da rotina dos profissionais que atuam neste ponto da rede de saúde. Esta lógica impossibilita a criatividade e a aproximação com as histórias dos sujeitos em sofrimento psíquico, transformando-se em barreira para o olhar e a escuta ampliada, assim como coloca em risco o desenvolvimento de práticas transformadoras.

Corroborando Santos e Nunes (2014), Amarante et al. (2011) discutem o papel da gestão nesta lógica. Segundo os autores, dados expõem que os profissionais da atenção básica exercem inúmeras atividades e que estas avaliam quantitativamente o cuidado em saúde, fortalecendo a dificuldade da mudança epistemológica desta prática, uma vez que o qualitativo, a escuta, o olhar, o vínculo, não são avaliados nem colocados como prioridade.

Todavia, o estudo indica que o cuidado em saúde mental na atenção básica é limitado, porém apresenta movimento. Precisa-se levar em conta que a saúde mental esteve isolada no cuidado médico-hospitalar durante centenas de anos e o estigma sociocultural que ela (a saúde mental) carrega transcende leis, portarias e desospitalização. São passos pequenos, movimentos quase invisíveis, mas que, historicamente, causam um impacto significativo no processo de desinstitucionalização da saúde mental e de transformação social da loucura (LUCHESE et al., 2014).

O papel do Nasf e do matriciamento na educação permanente desses profissionais de saúde é colocado como ponto estratégico no processo de transformação epistemológica. Estudos destacam a importância desta prática e da inclusão de profissionais de apoio para que o cuidado integral e ampliado seja efetivado na atenção básica. Contudo, a prática destes profissionais, que seria nodal para o processo de transformação epistemológica, pelo que produziria de discussões e reflexões sobre o cuidado em saúde mental e em modelo psicossocial, está calcada no modelo biologicista, especialista e medicamentoso (PEGORARO et al., 2014; MACEDO e DIMENSTEIN, 2016; LIMA et al., 2013).

Dados indicam que o apoio em saúde mental ainda predominante é o do mundo psi (psiquiatras e psicólogos) e que os motivos de matriciamento são por uma revisão do tratamento medicamentoso e pela discussão dos casos de sujeitos que possuam diagnóstico psiquiátrico. Neste sentido, os dados denotam que o saber-fazer destes profissionais está em consonância com os saberes e as práticas tradicionais, distantes das discussões ampliadas de cuidado, que valorizam a interdisciplinaridade e o cuidado compartilhado (PEGORARO et al., 2014; MACEDO e DIMENSTEIN, 2016; LIMA et al., 2013).

Como, então, disseminar um cuidado psicossocial na atenção básica se os responsáveis por esta prática não se guiam por ela? Os estudos propõem ser preciso pensar sobre o que já está sendo feito. Há necessidade de se refletir sobre novas possibilidades de trabalho, uma vez que o modelo que a rede apresenta no momento não está dando conta do que as portarias preconizam.

Nesta revisão integrativa, é possível desenhar as *práticas de cuidado* presentes na atenção básica em saúde no Brasil. De acordo com os dados dos estudos, o cuidado é insuficiente e ineficaz, calcado ainda numa epistemologia tradicional de cuidado em saúde mental, pela qual, se requisitado o especialista, a medicação continua sendo a solução e o diagnóstico também continua objetivo central dos atendimentos (RIBEIRO et al., 2010; RÉZIO et al., 2015; MACEDO e DIMENSTEIN, 2016; PEGORARO et al., 2014; CAMURI e DIMENSTEIN, 2010; AMARANTE et al., 2011; CORREIA et al., 2011; FIORAMONTE et al., 2013; LUCCHESI et al., 2014; SANTOS e NUNES, 2014; LIMA et al., 2013; SCHNEIDER e LIMA, 2011).

Estudos estimulam a refletir sobre o distanciamento dos profissionais quando se questiona o cuidado em saúde mental. Schneider e Lima (2011), pesquisando sobre drogadição e o cuidado na atenção básica, mostram que as práticas dos profissionais ainda estão apoiadas

em modelos reducionistas e organicistas, com total ausência do sujeito. As autoras dizem que este modelo de atuação vitimiza o sujeito em sofrimento ou o local em que ele vive.

Em apoio a esta discussão, estudos evidenciam que as ESF não se responsabilizam pelo cuidado; que o encaminhamento às especialidades ainda está rotineiramente presente nas práticas destes profissionais. Ressaltam, igualmente, que o vínculo é estabelecido pela prescrição de medicamentos, que continuam liberados de modo indiscriminado (CAMURI e DIMENSTEIN, 2010; CORREIA et al., 2011; FIORANTE et al., 2013; LIMA et al., 2013).

Outra questão importante no cuidado em saúde mental é o cuidado integral dos sujeitos em sofrimento psíquico. Autores confirmam que a compreensão dos profissionais da atenção básica sobre as práticas de cuidado em saúde mental é tradicional e incipiente. Não há aproximação com as estratégias de cuidado e com a importância do vínculo para fundamentar este processo. Afirmam ser indispensável, para garantir um cuidado efetivo, investir no vínculo entre os profissionais e os sujeitos em sofrimento. Para tanto, o cuidado compartilhado entre os vários níveis de atenção e entre as diferentes disciplinas promove a construção de práticas profissionais reflexivas e inovadoras, por se voltarem para o cuidado a partir do diálogo e da criatividade (LIMA et al., 2013; CAMURI e DIMENSTEIN, 2010; AMARANTE et al., 2011; SANTOS e NUNES, 2014).

Desta forma, as práticas não se alinham com os manuais do SUS; muito menos com as discussões da reforma psiquiátrica. O abismo entre o que se preconiza e o que se faz no dia a dia dos serviços nos alerta para a dicotomia entre a teoria e a prática e inaugura uma discussão balizadora para a continuidade de um novo modelo de cuidado em saúde como um todo. Estamos aqui discutindo a saúde mental que apresenta uma particularidade, que é o estigma cultural e social; estes questionamentos, porém, vão além deste campo. A saúde como um todo ainda está calcada em cuidados biologicistas, centrados no corpo e na doença.

6 OBJETIVO GERAL

Compreender como se aplica o cuidado em saúde mental na rede de atenção psicossocial do município Florianópolis a partir dos sentidos produzidos pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em vista do objetivo maior, os caminhos mais recomendados, a nosso ver, parecem ser os de:

relacionar os sentidos produzidos pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no cuidado em saúde mental com as diferentes concepções de cuidado;

compreender possíveis tensões epistemológicas na rede de atenção psicossocial, bem como as aproximações ou afastamentos em relação ao modelo epistemológico proposto pela reforma psiquiátrica;

explorar as lacunas existentes entre o modelo de atenção em saúde mental preconizado e a atenção oferecida de fato, conforme os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde nas estratégias de cuidado;

investigar possíveis relações entre a saúde dos profissionais e os modelos de serviços em saúde mental oferecidos;

entender como, a partir da produção de sentidos dos próprios profissionais de saúde, a formação profissional pode afetar o modelo de atenção em saúde mental oferecido no município.

7 MÉTODO

Esta pesquisa se identifica por seu caráter qualitativo e exploratório, tendo em vista o objetivo de discutir questões referentes ao significado e à intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais do fenômeno a ser estudado. De acordo com Minayo (2014), por sua natureza qualitativa, busca, através da narrativa dos sujeitos, investigar o cotidiano e as experiências vividas.

Tendo como proposta vislumbrar a pesquisa como uma dinâmica de *Ciclo* (MINAYO, 2014), segundo a qual o trabalho final é o produto de um processo de investigação que traz respostas e incitam mais questionamentos de uma determinada realidade, esta necessitou de etapas bem definidas e esclarecidas.

7.1 CONHECENDO O QUE HÁ NO MEIO CIENTÍFICO

Ao pesquisar sobre o cuidado em saúde mental, foi possível identificar dois estudos de revisão de literatura integrativa que abordavam os temas cuidado em saúde mental e atenção básica (FARIA e GUERRINI, 2012; DUARTE, NASSI, CAMATTA e SCHNEIDER, 2012). No estudo de Faria e Guerrini (2012), os autores fazem uma revisão de literatura movidos pela dificuldade de acolhimento do sofrimento psíquico em Atenção Básica. Eles questionam se esta dificuldade é relacionada à inadequação epistemológica do paradigma hegemônico de cuidado médico em saúde como um todo.

Segundo os autores, a “cegueira paradigmática” (p. 790) não permite, aos profissionais que atuam na Atenção Básica e lidam com os casos de saúde mental, ir além da prática preventiva, de consultas individuais e reducionistas a sintomas. Esta cegueira recai na sobrecarga dos profissionais de saúde e o sofrimento psíquico não é compreendido como parte do cotidiano do ser humano.

Corroborando esta discussão, Duarte et al. (2012) objetivam identificar e analisar as práticas de assistência na Raps no Brasil. Os autores debruçaram-se numa revisão integrativa de estudos no período de 2001 a 2009. De acordo com esta revisão, as práticas terapêuticas em saúde mental ainda são centradas na medicalização e na consulta clínica individual. Os autores ressaltam, também, a precária valorização da escuta minuciosa durante as práticas de cuidado e de tratamento de sintomas e doenças como foco principal das estratégias utilizadas. Essas práticas demonstram a dificuldade epistemológica que afeta os centros

de saúde, em que as práticas ainda estão enraizadas no paradigma hospitalocêntrico e medicalizante.

Vale destacar que as duas revisões apresentadas sugerem que a educação permanente com os profissionais de saúde da Atenção Básica é indispensável e deve ser mais explorada. Uma vez que somente ampliar o número de serviços substitutivos não promoverá a inserção social dos usuários em sofrimento psíquico, muito menos irão possibilitar um cuidado de acordo com o modelo epistemológico psicossocial.

Neste sentido, faz-se necessária uma investigação da produção científica nos últimos anos. Como estratégia para melhor compreender o cuidado em saúde mental e suas diferentes concepções, optou-se por realizar uma revisão integrativa para elucidar o que se tem discutido e problematizado no meio acadêmico e científico. Esta revisão foi conduzida conforme a metodologia de Cooper (1989), cujo propósito é agrupar, sintetizar e analisar resultados de pesquisas já existentes e publicadas. A finalidade deste procedimento é proporcionar uma compreensão ampla sobre o tema.

Para tanto, a revisão se deu a partir de cinco etapas (COOPER, 1989): formulação do problema; coleta de dados; avaliação dos dados; análise e interpretação dos dados coletados e apresentação dos resultados. A formulação do problema foi norteada pela seguinte questão: qual a concepção epistemológica do cuidado em saúde mental presente na prática dos profissionais da Atenção Primária em Saúde no Brasil?

Com o objetivo de identificar os artigos relacionados à compreensão do cuidado em saúde mental, selecionaram-se, primeiramente, as bases de dados de interesse. Essas bases foram selecionadas pelo fato de compactarem estudos nacionais e internacionais de grande importância para a área da saúde: APA, IndexPsicologia, LILACS, Pubmed, Scielo e Scopus.

O período de seleção dos artigos foi de 2010 a 2016, sendo a busca realizada entre agosto e setembro de 2016. A estratégia de busca contou com descritores em português, inglês e espanhol, relacionados a: cuidado em saúde mental, epistemologia, sofrimento psíquico, conhecimento, profissionais de saúde. Buscas manuais foram realizadas nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. Foram utilizadas estratégias de busca AND, OR e de terminologias. Na tabela 1, são apresentadas as bases pesquisadas e a distribuição dos artigos encontrados.

Para a inclusão ou exclusão dos artigos, empregaram-se os seguintes critérios: estudos com metodologias claras; discussão de temas relacionados ao cuidado em saúde mental na atenção primária brasileira; não inclusão de cuidado em saúde mental com crianças e adolescentes, em função de características próprias deste público; textos disponíveis na íntegra; estudos empíricos, primordialmente, sobre a relação dos profissionais de saúde da atenção primária com o cuidado em saúde mental, com exclusão dos discutidos a partir da percepção de pacientes/usuários, familiares e profissionais de outros níveis de atenção.

Tabela 1 – Base de dados e sua distribuição

Base de Dados	Descritores	Total Artigos Encontrados
PubMed	Knowledge; Mental Health; Mental Health Workers	36
SciELO	Conhecimento; Cuidado em Saúde; Saúde Mental	184
Index Psicologia	Conhecimento; Cuidado em Saúde; Saúde Mental	48
APA	Knowledge; Mental Health; Mental Health Workers	129
Scopus	Knowledge; Mental Health; Mental Health Workers	49
LILACS	Conhecimento; Cuidado em Saúde; Saúde Mental	266
TOTAL		712

Fonte: Elaboração da pesquisadora baseada nas buscas de artigos realizada, 2017.

Após a consulta às bases de dados e a aplicação das estratégias de busca, identificou-se que alguns artigos se encontravam duplicados. Todos os títulos e resumos foram lidos. Os que não continham “saúde mental” como tema principal de discussão foram sumariamente excluídos. Quando havia alguma dúvida sobre a informação fornecida no resumo, a leitura do artigo era realizada na íntegra, propiciando subsídios para sua inclusão ou exclusão.

Com o objetivo de auxiliar na extração dos dados dos artigos, elaborou-se um instrumento com as seguintes informações: número de referência; título do artigo; objetivo; ano de publicação; local de publicação; referência; tipo de estudo; resultados; conclusões; sujeitos da pesquisa e local da pesquisa.

A análise dos estudos seguiu o método descritivo e foi realizada em duas etapas. A primeira, foi embasada no instrumento que contém os dados dos artigos. A segunda, a que continha relação com as discussões dos artigos. Porém, durante o processo de análise, foi possível ampliar as reflexões, uma vez que o tema “cuidado em saúde mental” propõe uma complexidade e aprofundamento.

7.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho, após sua qualificação, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, em 22 de julho de 2016⁶. Sendo assim, os profissionais que demonstraram interesse em participar da pesquisa assinaram os termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e o de Autorização para Gravação da entrevista (Apêndice B). Os termos informaram aos participantes ao respeito do objetivo da pesquisa, do sigilo quanto à sua identidade, dos possíveis prejuízos e benefícios. A pesquisa esteve em consonância com a Resolução n. 466/12, do CNS.

7.3 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO DE PESQUISA

O caminho percorrido foi permeado de muitas histórias de vida, de diferentes modos de entender saúde e doença e de problematizações acerca das relações que permeiam os serviços e a prática dos profissionais em Atenção Básica no município de Florianópolis. O processo de revisão bibliográfica nos alerta para o impacto das diferentes compreensões sobre o cuidado em saúde mental mais utilizadas pelos profissionais, uma vez que ilustram seu despreparo técnico-teórico referente a cuidado integral e territorial dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Tendo em vista compreender o cuidado em saúde mental sob a ótica dos profissionais da saúde na Atenção Básica de Florianópolis, a pesquisa se valeu de entrevistas semiestruturadas⁷ com os profissionais do Nasf de Florianópolis, com a Gerência de Caps, com a Gerência de Atenção Básica e a Gerência Nasf do município (MINAYO, 2014). A estratégia de realizar entrevistas semiestruturadas com os profissionais se deu pelo fato de entenderem de cuidado em saúde mental, ou seja, a

⁶ Número do Parecer: 1.691.929.

⁷ Roteiro da entrevista semiestruturada encontra-se no Apêndice C.

partir da construção teórica de cada entrevistado, perpassando sua trajetória acadêmica e profissional.

Tabela 2 – Distritos sanitários e profissionais do Nasf de Florianópolis

Distrito Sanitário	Dispositivos de Saúde	Profissionais	Assistente Social	Psiquiatra	Psicólogo
Centro	09	6	1	2	3
Continente	14	6	1	3	3
Leste	12	6	1	2	3
Norte	13	6	1	2	3
Sul	14	6	1	2	3

Fonte: Elaboração da pesquisadora com base na distribuição dos profissionais de Florianópolis, disponível no site <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#> e informações disponibilizadas pelos distritos, 2017.

No momento em que esta pesquisa aconteceu, os territórios de saúde em Florianópolis eram subdivididos em cinco distritos sanitários, em que atuavam as equipes do Nasf e ESF (Tabela 2). A pesquisadora compareceu à reunião de Saúde Mental distrital com o objetivo de apresentar a proposta da pesquisa e convidar os profissionais a participarem dela.

Para tanto, serão discutidos a partir da trajetória científica sobre o tema, da aproximação com o campo, dos momentos em que a pesquisadora participou das reuniões distritais, das entrevistas com os profissionais dos Nasf e da conjuntura política que atravessou o momento da pesquisa.

Sobre as entrevistas, foram gravadas com a autorização de cada participante, transcritas e analisadas de acordo com a perspectiva hermenêutico-dialética. Importante ressaltar que esta perspectiva potencializa o lugar do pesquisador enquanto testemunha do campo de pesquisa, buscando sempre o diálogo com os que participaram da investigação. Neste sentido, a pesquisa desenvolve-se num aprofundamento do próprio discurso, do dito e do não dito, nas linhas e entrelinhas.

Além das entrevistas, a pesquisadora participou das reuniões distritais de saúde mental, o que lhe permitiu fazer suas próprias observações. As reuniões acontecem em cada distrito uma vez ao mês. Delas participam profissionais considerados da área da saúde mental do Nasf (assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras), representantes

territoriais do Caps II, do Caps i⁸ e do Caps AD, residentes na prefeitura consideradas da área de saúde mental (assistente social, psicólogo e médico), e o representante da Gerência de Média Complexidade.

Segundo Marconi e Lakatos (2003), a observação é elemento básico da pesquisa científica. Para as autoras, a observação vai além de ver e ouvir o que acontece no campo de pesquisa; ela oportuniza “examinar os fatos e fenômenos que se deseja estudar” (p. 190). Desta forma, a observação, nesta pesquisa, caracterizou-se como sistemática, pois foram listados, a priori, temas específicos, com o intuito de guiar a pesquisadora e padronizar os elementos observados em todas as reuniões.

Entretanto, abriu-se mão da rigidez, uma vez que cada reunião distrital e território tem suas especificidades e devem ser consideradas como dados da pesquisa. Marconi e Lakatos (2003) alertam para o planejamento e a postura cuidadosos de parte do observador. Neste sentido, a pesquisadora desenvolveu um diário de campo, no qual foram registradas observações, sensações e inquietações. Este relato foi importante para discutir o lugar de onde partiram a análise e a discussão dos dados obtidos, assim como para observar as discussões que permeiam o dia a dia dos profissionais e da rede de atenção à saúde mental. O diário de campo continha as seguintes informações:

- data da reunião;
- local da reunião;
- horário agendado, de início e de término;
- participantes;
- tópicos discutidos;
- diálogos entre os profissionais;
- pontos de atrito.

A observação, além de sistemática, caracterizou-se como individual, uma vez que as observações foram realizadas somente pela pesquisadora; não participante, pois a pesquisadora, em momento algum, interveio nas reuniões; e da vida real, tendo em vista que aconteceram no local em que os eventos ocorrem.

⁸ Representante do Caps i (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) compareceu somente na reunião distrital Centro.

7.4 ENTRANDO EM CONTATO COM OS PROFISSIONAIS

Entrar em contato com os profissionais foi um obstáculo, uma das partes desafiadoras deste processo de pesquisa. Em seguida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, em 22 de agosto de 2016, entrei em contato com o setor de Educação em Saúde do município de Florianópolis para dar início à coleta de dados. No início de setembro, minha coleta foi liberada pela prefeitura⁹.

Num primeiro momento, realizei os contatos com as gerências de Caps e a gerência de Atenção Básica do município de Florianópolis via e-mail. Propus, nele, um convite aos gerentes para participar da pesquisa, explicando de que forma seria sua participação. Ambos aceitaram o convite e as entrevistas foram realizadas em seus locais de trabalho.

Após realização das entrevistas com as gerências, entrei em contato telefônico e, via e-mail, com os distritos sanitários em setembro de 2016, com o objetivo de me apresentar como pesquisadora e também apresentar a linha de pesquisa. Alguns distritos responderam-me prontamente; outros o fizeram com um pouco mais de dificuldade. Foi enviado e-mail convidando todos os profissionais dos Nasf saúde mental do município de Florianópolis.

O distrito norte, especificamente, respondeu-me somente no final de janeiro de 2017, momento em que os profissionais entraram em greve na cidade de Florianópolis. Resultado: não foi possível uma amostra fidedigna da realidade do distrito, uma vez que a participação na reunião distrital foi prejudicada, assim como o contato com os profissionais.

Os distritos que retornaram o contato inicial disponibilizaram os contatos eletrônicos dos profissionais do Nasf que atuavam na saúde mental do distrito. A partir deste momento, foi possível direcionar-me individualmente a cada profissional, enviando um convite para participar da pesquisa. Os que o aceitaram receberam-me, assim como os gerentes, em seus locais de trabalho.

Durante o processo de entrevistas, observei a necessidade de ouvir a Gerência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Com as

⁹ As declarações da prefeitura encontram-se anexadas. A primeira declaração liberou a pesquisa para ser realizada entre 1/9/16 e 20/12/2016. Tendo em vista a dificuldade de acesso aos profissionais do Nasf Norte e a não participação durante este período nas reuniões distritais Leste e Norte, optei por solicitar prorrogação do período de coleta de dados. Com esta segunda declaração, a coleta foi liberada até 20/3/2017.

mesmas estratégias, entrei em contato com o gerente, que aceitou o convite e marcamos um horário para a entrevista.

7.4.1 Processo de coleta de dados: o impacto da conjuntura político-social no transcórre da pesquisa

A atual conjuntura político-social do Brasil interfere diretamente nas práticas de cuidado dos profissionais de saúde que atuam nos serviços públicos. Esta interferência pôde ser observada no processo de coleta de dados, especialmente nas reuniões distritais. Em outubro de 2016, ocorreram as eleições regionais, quando foram eleitos prefeito e vereadores. Foi possível acompanhar de perto a angústia dos profissionais e gestores entrevistados; muitos questionamentos, dúvidas e inquietações com o impacto das eleições nos serviços públicos permearam as entrevistas e as reuniões distritais de saúde mental.

No início da nova administração da cidade, foi enviado à câmara dos vereadores um “pacotão” de propostas para contenção de gastos. Tais medidas culminaram na greve dos servidores do município de Florianópolis.

Num período de 38 dias – de 17 de janeiro até 23 de fevereiro de 2017 –, os servidores do município estiveram em greve. Serviços de vários âmbitos foram suspensos ou funcionaram parcialmente como, por exemplo, escolas, creches, centros de saúde e serviços de assistência social. Foi a greve mais longa que a cidade já experienciou, em termos de dias e de brigas entre a administração do novo prefeito e o sindicato dos servidores. Uma greve histórica, com o maior número de adesões da história do município. De acordo com os jornais da cidade, o prefeito tomou esta medida para pagar as contas da prefeitura, uma vez que se encontrava em dívidas e pagamentos atrasados. Em contrapartida, os servidores alegavam que as propostas do “pacotão” violariam seus direitos já garantidos, como, por exemplo, o plano de carreira, e questionavam as razões de o “pacotão” ter sido enviado às pressas ao Legislativo nos primeiros dias do ano, sem sequer incluir os servidores nas discussões sobre as medidas¹⁰.

¹⁰ Informações encontradas nas reportagens dos jornais Notícias do Dia e Diário Catarinense. Disponível em:

<http://horadesantacatarina.clicrbs.com.br/sc/geral/ultimas-noticias/tag/greve/?pagina=4> e <http://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2017/02/apos-38-dias-servidores-decidem-encerrar-greve-em-florianopolis.html>. Acesso em: 01, jun, 2017.

Após o envolvimento do Ministério Público estadual e do Tribunal de Justiça, prefeito e representantes do sindicato dos servidores reuniram-se diversas vezes para entrar em acordo. As resistências de ambos os lados procrastinaram o fim da greve, resultando em mais de um mês de paralisação.

Ressalte-se que este movimento em Florianópolis é fruto de caos nacional, âmbito no qual os serviços públicos vêm sendo questionados e escancarados como pontos centrais de corrupção. Denuncia-se um sistema institucionalizado de crença social e política que promovem comportamentos individualizados, privilegiando pessoas que exercem e ocupam cargos de poder político. Uma lógica de cuidado que desvirtua os princípios e diretrizes do SUS.

7.5 PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Tendo como posicionamento investigatório e postura epistemológica a hermenêutica, a análise dos dados se deu através de núcleos de sentido, construídas após a transcrição das entrevistas (MINAYO, 2014). Compreender o cuidado em saúde mental na ótica dos profissionais da saúde da Atenção Básica do município de Florianópolis sob a ótica hermenêutica possibilitou pensar as realidades por eles vivenciadas, sem julgamentos ou preconceitos.

A hermenêutica busca compreender as diferentes realidades construídas durante toda a vida do sujeito. Desta forma, não existe uma realidade mais ou menos correta, mais ou menos indicada, mas sim uma realidade vivida e experienciada. No subitem seguinte, se trabalhará esta postura investigatória.

Após a transcrição das entrevistas, elas foram ouvidas e lidas repetidas vezes com o objetivo de compreender o contexto, perceber as nuances dos discursos e identificar os sentidos que o cuidado em saúde mental tem para os entrevistados. Uma pré-análise foi realizada neste momento, momento em que falas significativas que perpassaram as entrevistas foram selecionadas, tendo como pano de fundo as observações das reuniões distritais e as discussões teóricas da pesquisadora.

O último momento da análise de dados se deu a partir da impressão da pré-análise. As falas foram recortadas e agrupadas em unidades de sentido. Importante ressaltar que estas falas perpassaram o processo de pesquisa como um todo e foram dialogando com importantes facetas do cuidado em saúde mental.

7.5.1 A hermenêutica como posicionamento investigatório

O comunicar-se no mundo é inundado de mal-entendidos e distorções. Isto se dá pelo fato de a linguagem ser subjetivada diferentemente por parte de cada indivíduo.

Gadamer (1960 *apud* SCHMIDT, 2014), autor referência sobre o assunto, diz que hermenêutica é a arte da compreensão, da interpretação verdadeira do texto, do documento, do livro, da entrevista ou do sujeito. Para o autor, o objetivo central da hermenêutica é chegar a um acordo em relação a algum assunto, pois a compreensão verdadeira é aquela que provoca os preconceitos do passado, expostos no presente e projetados para o futuro.

Ainda de acordo com Gadamer (1960 *apud* SCHMIDT, 2014), a compreensão se dá a partir de um diálogo, em que a posição do pesquisador é de ouvir atentamente e respeitar as diferentes opiniões sobre determinado assunto e maneiras de ser no mundo. O autor afirma que a linguagem tem a habilidade de construir verdades, possibilitando, de certa forma, a coconstrução de novas tendências no cuidado em saúde mental.

Nossas compreensões de vida são inundadas de preconceitos. O autor afirma que preconceitos não são positivos nem negativos, mas apenas estruturas prévias de compreensão herdadas da tradição. Elas incluem significado de palavras, nossos valores e moral, o que é propósito de vida, de que forma compreendemos o que seja família, nossas preferências. Portanto, sendo toda compreensão produzida por preconceitos herdados do passado, a compreensão hermenêutica propõe-se a diferenciar os que são legítimos, ou pertinentes ao presente, dos que não são mais legítimos e que precisam ser questionados e abandonados (GADAMER, 1960 *apud* SCHMIDT, 2014).

A compreensão hermenêutica se dá, então, a partir de uma série de círculos hermenêuticos, do constante movimento do pesquisador entre passado, futuro e presente. Os diálogos com as temporalidades e os dados tornam-se a própria análise dos dados obtidos.

Segundo Mantzavinos (2014), a compreensão hermenêutica acontece quando o pesquisador projeta um significado para o todo do texto¹¹, construído sob a influência de expectativas e experiências do próprio pesquisado. Com este significado projetado, ele circula entre o

¹¹ Nesta pesquisa o texto refere-se à transcrição da entrevista com os profissionais de saúde mental.

todo do texto, sua compreensão e as referências bibliográficas que contribuam com este diálogo entre as duas partes (texto – pesquisador).

Durante este processo de significação, diálogo e compreensão, o pesquisador identifica “unidades de sentido” (MINAYO, 2014). A autora apresenta as discussões de Gadamer (1999) em sua obra *Verdade e Método*, em que o autor propõe a ideia de vivências ou realidades pensadas a partir da história de determinado indivíduo. Desta forma, seu discurso é analisado a partir dessas unidades de sentido, que significam as realidades vividas.

7.6 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram entrevistados 14 profissionais da área da saúde mental do município de Florianópolis. Na tabela 3, é apresentada a caracterização dos entrevistados. No momento da coleta de dados, 3 participantes ocupavam cargos de gerência e 11 atuavam nos Nasfs. Em relação ao sexo dos entrevistados, 3 são do sexo masculino e 11, do sexo feminino. Sobre as profissões dos entrevistados, 6 são médicos, 5 são psicólogos e 3 são assistentes sociais.

Tabela 3 – Caracterização da população entrevistada

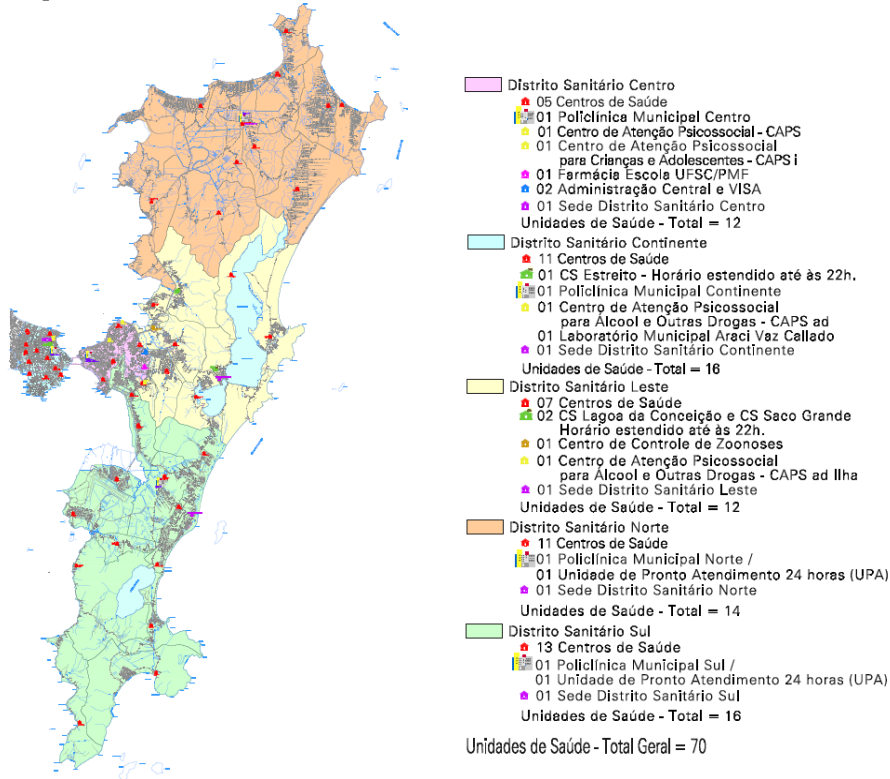
Identificação	Profissão	Sexo	Tempo de atuação na rede	Grau de escolaridade
Gestão (G.3)	Médico de Família	M	Mais de 5 anos	Especialização
Gestão (G.1)	Psicóloga	F	Mais de 10 anos	Especialização
Gestão (G.2)	Médico de Família	M	Mais de 10 anos	Especialização
NASF (Pq. 1)	Psiquiatra	F	Mais de 1 ano	Especialização
NASF (Pq. 2)	Psiquiatra	M	Mais de 1 ano	Especialização
NASF (P. 1)	Psicóloga	F	Mais de 10 anos	Pós-Graduação
NASF (A. 1)	Assistente Social	F	Mais de 1 ano	Especialização
NASF (P. 2)	Psicóloga	F	Mais de 5 anos	Mestrado
NASF (A. 2)	Assistente Social	F	Mais de 5 anos	Superior completo
NASF (P. 3)	Psicóloga	F	Mais de 10 anos	Pós-Graduação
NASF (Pq. 3)	Psiquiatra	F	Mais de 10 anos	Superior completo
NASF (A. 3)	Assistente Social	F	Mais de 5 anos	Mestrado
NASF (P. 4)	Psicóloga	F	Mais de 5 anos	Pós-Graduação
NASF (Pq. 4)	Psiquiatra	F	Mais de 1 ano	Especialização

Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2017.

Os distritos sanitários de saúde, no momento de inserção no campo, estavam distribuídos no município de acordo com a respectiva

abrangência territorial. Eles eram subdivididos em: norte, sul, leste, centro e continente. Na figura 5, é possível visualizar o mapa de Florianópolis e a distribuição distrital até o início de 2017.

Figura 3 – Mapa de Florianópolis e distritos sanitários



Fonte: Secretaria Municipal de Florianópolis, 2013.

A tabela 4 apresenta os dados em relação aos profissionais entrevistados e aos distritos sanitários de Florianópolis. O contato com o distrito sanitário norte se deu de forma complexa. Somente um dos profissionais do Nasf saúde mental foi possível entrevistar, pois o distrito disponibilizou o contato num momento crítico para a rede de saúde de Florianópolis, o que culminou com a greve já aludida, dificultando o acesso aos servidores.

Nos outros distritos, o contato ocorreu de maneira mais harmônica. A lista dos profissionais do Nasf saúde mental foi disponibilizada rapidamente, facilitando o acesso aos profissionais e o andamento das entrevistas. Nos distritos sul e centro, três dos profissionais foram ouvidos e dois nos distritos leste e continente 2.

Tabela 4 – Caracterização dos profissionais entrevistados por distrito

Distrito	Profissionais Nasf saúde mental no campo	Profissionais Nasf entrevistados	Participação na reunião distrital de saúde mental
Norte	6	1	-
Sul	6	3	X
Leste	6	2	-
Continente	6	2	X
Centro	6	3	X

Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2017.

Outro dado importante disponibilizado pela tabela 4 é a participação nas reuniões distritais de saúde mental. Essa reunião acontece uma vez por mês, em dias preestabelecidos pela gestão. Os participantes da reunião são: representante da gestão de média complexidade, profissionais do Nasf saúde mental (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais), residentes da rede e pessoas autorizadas pela gestão ou prefeitura. Foi possível participar de três das reuniões. Isto foi possível por conta do momento em que se iniciou o processo de coleta de dados, que coincidiu com as férias de final de ano e a greve dos servidores de Florianópolis que atravessou o momento da pesquisa.

8 COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS SOBRE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Ao discorrer sobre os núcleos de sentido, serão apresentadas falas dos profissionais com o intuito de contribuir com a discussão que esta pesquisa se propôs. Por intermédio do discurso e da linguagem, será possível dialogar sobre a epistemologia do cuidado em saúde mental no município de Florianópolis.

São apresentados, na tabela 5, os núcleos de sentido a serem discutidos neste capítulo. Serão abordados seis núcleos: déficit entre o real e o ideal; estratégias do cuidado; tensões epistemológicas; formação profissional; saúde do profissional de saúde e aproximação com as discussões da reforma psiquiátrica.

Tabela 5 – Núcleos de sentido e temas de discussão:

Núcleos de sentido	Temas de discussão
Déficit entre o real e o ideal	Impotência
	Cultura organizacional: as contradições
Estratégias do cuidado	O cuidado a partir das especialidades
	Do macro para o micro: a influência da política nos serviços de saúde
	O cuidado a partir da perspectiva “inter”
	O que é matriciamento?
Tensionamentos epistemológicos	Potencialidade das tensões epistemológicas
	Teoria e prática: contribuindo para a desconexão da rede
	Ego profissional
Formação Profissional	Clínica tradicional
	Clínica ampliada
	De mãos dadas com a universidade
Saúde do profissional de saúde	O sofrimento do outro
	Excesso de demanda: a realidade dos serviços de saúde
	Produtividade
Aproximação com as discussões da reforma psiquiátrica	Compartilhar: a importância da troca entre os profissionais
	A Lei 10.216
	Espaço subutilizado e subestimado

Fonte: Elaboração da pesquisadora com base nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde e com as gerências, 2017.

Com o intuito de ilustrar os núcleos de sentido e os temas de discussão, as falas dos participantes da pesquisa serão utilizadas como recurso. Importante ressaltar que estas falas não serão identificadas, em função do sigilo comprometido e do cuidado com o profissional, uma vez que existem poucos profissionais de saúde mental na rede de atenção primária no município de Florianópolis.

8.1 DÉFICIT ENTRE O REAL E O IDEAL

O núcleo do sentido de *déficit* entre o real e o ideal será discutido através dos temas de discussão *impotência* e *cultura organizacional: as contradições*. Refletir sobre as lacunas existentes entre o que está presente no discurso da academia e das leis, assim como dos militantes das lutas antimanicomiais e sanitárias e o que acontece no cotidiano dos serviços de saúde mental anuncia a dificuldade em promover um cuidado nos moldes de uma epistemologia de clínica ampliada e de modelo psicossocial.

No que tange à *impotência* sentida e vivenciada pelos participantes da pesquisa, é manifesto seu desgaste, como é igualmente fácil perceber as barreiras que enfrentam. O afastamento emocional com que se devem proteger fica escancarado nas falas a seguir:

"[...] você lida muito com frustração, com frustração o tempo inteiro, né. E no final das contas o maior prejudicado é o usuário, porque o cuidado dele acaba ficando inadequado, insuficiente, você vê, você percebe que poderia tá ofertando várias alternativas, tem vários pontos, vários dispositivos da RAPS que o município de Florianópolis não tem [...]" (SIC).

"[...] que competência o ser humano tem que ter pra trabalhar em 7 locais diferentes, com 7 coordenadores diferentes com 15 equipes diferentes, que tem 28 profissionais diferentes pensando, agindo diferente, é uma super competência relacional, que muitos não vão ter ou não desenvolveram ainda" (SIC).

Este cenário, no qual o discurso relata o cansaço dos profissionais, desencadeia a quebra da rede, a desistência do cuidado, a intensificação do encaminhamento. A realidade do "não dar conta" da dinâmica de trabalho institucionaliza a ideia de que o cuidado em saúde mental é precário, inconsistente e ineficaz.

Sobre o tema de discussão *cultura organizacional: as contradições*, os profissionais de saúde abordam questões referentes à dificuldade em mudar centralidades e modos de trabalho institucionalizados no serviço. Vide falas:

Quando você começa a passar o tempo e vê que nada muda você também vai revendo sua ideia de ficar falando, além de não resolver ainda corre o risco da pessoa criar implicância contigo e achar que você. E aí você vai deixando de..., não tem aquela coisa, cansado e tal. É difícil mudar uma estrutura” (SIC).

E acabou que também a gente recebe uma herança, né. Você entra na gestão e você já tem uma estrutura formada e você vai seguindo aquela estrutura e o debate que é construído" (SIC).

[...] a gente ainda não conseguiu fazer que a nossa população compreende, e eles ainda pedem a outra coisa. Então, as demandas judiciais, as famílias, a própria secretaria de assistência social, que é uma grande parceira e que a gente anda muito junto, ainda querem institucionalizar todo mundo [...] (SIC)

As entrevistas realizadas com os profissionais mostram existir aspectos culturais que inviabilizam o processo de desinstitucionalização da saúde mental e o desenrolar da reforma psiquiátrica. As compreensões de cuidado em saúde mental e de processo de trabalho estendem-se para além do profissional, do cuidado individual. Contradições enraizadas no processo histórico de (re)construção do cuidado em saúde mental como, por exemplo, inexistência de pontos de Raps que são centrais para o cuidado integral (Caps III, leitos em hospitais gerais, centros de convivência, dentre outros) fortalecem o papel do hospital psiquiátrico e inviabilizam o questionamento dos profissionais e da sociedade quanto à sua importância.

8.2 ESTRATÉGIAS DO CUIDADO

Nesta sessão, se abordará a questão do núcleo de sentido das estratégias de cuidado, que são o fazer dos profissionais de saúde. Para tanto, serão discutidos *o cuidado a partir das especialidades, o cuidado*

a partir da perspectiva “inter”, do macro para o micro: a influência da política nos serviços de saúde e o que seja matriciamento.

Compreender as estratégias de cuidado em saúde mental nos dá pistas sobre as epistemologias seguidas pelos profissionais, uma vez que esclarece o processo de construção da estratégia. *O cuidado a partir das especialidades* revela que no município de Florianópolis existe procura pela estratégia disciplinar, que torna cada profissional responsável pela técnica da sua profissão. Como explicitado nas narrativas:

Então, um tema seria a medicação, o uso que, assim, não é competência técnica nossa, a gente tem uma. A gente opina, a gente opina pela experiência e tal, mas é muita responsabilidade. Então, pela questão da responsabilidade. Mas será que é responsabilidade, será que essa pessoa, às vezes, não poderia tá usando de outras técnicas, entende? Enfim, é algo que precisa ser mais conversado, precisa ser. Ter, as pessoas. Os profissionais precisam ter mais ousadia, mas aí se você questiona, muitas vezes o médico vai te falar ‘não, você não tem competência técnica pra avaliar isso, não é da tua área’, entende? (SIC).

Eu acho que pelo simples fato, assim, de eles verem que é um sofrimento emocional do paciente e que o psicólogo trabalha com sofrimento emocional e ‘então tá, a minha parte é a médica e a tua é emocional’. Existe uma distinção muito clara disso. [...] Eles não tem essas ferramentas que a gente tem. É bem compreensível (SIC).

Além da prática, surge, nas narrativas, uma demanda do próprio usuário pela especialidade e pela responsabilidade da técnica.

Então ao centrar na pessoa a gente se sente mais seguro de conduzir a biomedicina e outra intervenção, porque está dialogando com o que o sujeito quer, se o sujeito considera aceitável, informando ele do risco né (SIC).

Então quando você diz que ele vai passar por um cuidado da equipe de saúde da família, ele fica incomodado, ele quer o psiquiatra (SIC).

É possível identificar também *o cuidado a partir da perspectiva “inter”*. Este aspecto aborda o cuidado dos profissionais que vão ao

encontro da perspectiva interdisciplinar, intersetorial, integral. Fato interessante de ser citado, é que estas falas surgem depois de certo tempo de questionamento nas entrevistas. Pode-se inferir que o espaço da entrevista foi uma experiência na qual os profissionais tiveram a oportunidade de refletir sobre seu processo de trabalho. Seguem-se falas:

Se ele for envolvido, a especialização, sabe, pode fazer um pouco de diferença, mas não vai fazer tanta diferença. [...] É o envolvimento pessoal, a disponibilidade, disponibilidade afetiva, a disponibilidade pra estar cuidando daquela pessoa, a disponibilidade de [...] Passa pela disponibilidade pessoal, pra mim é muito isso, assim” (SIC).

[...] mas é a própria discussão, o que é cuidado em saúde mental, como se dá o cuidado em saúde mental, de que forma que a gente pode ajudar em momentos de crise, como se dá a intersetorialidade mesmo, né? Tanto a política de assistência, política de saúde, política de segurança. Todas as políticas ali sendo permeadas pelo cuidado, porque daí quando a gente não tem essa aproximação acaba sendo dessa forma, a polícia age de um jeito, que é do século passado, a gente age de outro e a população é que acaba, bom, como que abordo? (SIC).

No fundo a gente, claro, cada um com a sua especialidade, mas pode fazer esse cuidado de uma forma importante. Então, são olhares diferentes, mas com o mesmo objetivo. Então não importa se é a assistente social, se sou eu, se é a educadora física, se é o médico, se é o enfermeiro, a gente só pensa "ah, tá somando". [...] Por isso que é legal ter essa troca com todos, a gente acaba somando as forças, pensando na pessoa (SIC).

As estratégias de cuidado fazem parte de um todo e não são técnicas isoladas e soltas. O tema de discussão *do macro para o micro: a influência da política nos serviços de saúde* propõe-se a discutir de que forma o fazer dos profissionais de saúde é influenciado pela política. Vide falas:

[...] não tem a rede inteira implementada em Florianópolis né, a gente não tem residencial

terapêutico, a gente tem pouquíssimos CAPS, é um CAPS II só pra um município inteiro e a gente sabe que questões de saúde mental elas tão aparecendo muito. Não sei, de um tempo pra cá eu tenho visto muita situação de saúde mental. A gente não via há 6, 4 anos atrás. A gente vê essa crescente assim de pacientes (SIC).

É que assim, quem paga? Entendeu? Essa é a briga. Você paga uma clínica, ou você paga uma casa de acolhimento, por exemplo, uma instituição de longa permanência? E aí a saúde não quer bancar, porque diz que não é dela. A assistência não queria bancar, porque dizia que não era dela. E aí os pacientes continuam na mesma situação porque as secretarias não se entendem (SIC).

O que eu vejo muitas vezes é que o NASF veio com uma proposta, mas a gestão não acha que essa proposta funciona. Então eles preferem, né, agora a gente tava ouvindo discussões de tirar psiquiatria e psicologia do NASF, de colocar na policlínica e fazer o acesso regulado através do sistema de marcação de consultas pra que elas ampliem o número de atendimentos que elas fazem. E aí vem pra unidade de saúde uma vez por mês pra ter contato com as equipes, sei lá. Então assim às vezes o próprio gestor não consegue entender esse modelo, de que não é essa que é a ideia e eles querem só pensar em produção, em acesso. Então isso também dificulta um pouco a gente conseguir trabalhar ampliando olhares e mudando um pouco a realidade, tirando um pouco o foco da questão do médico-centrado, inserindo outras profissões. Às vezes é difícil por conta da própria gestão (SIC).

Identificar o contexto e os interesses políticos proporciona mais um dado importante para compreender a epistemologia do cuidado em saúde mental no município de Florianópolis. O impacto de não ter um Caps III, da briga setorial sobre a casa de acolhimento ou da intenção da gestão em modificar o modelo de trabalho do Nasf, são alertas para os movimentos que acontecem nas próprias políticas, cujas pistas confirmam a inviabilidade dos processos da reforma psiquiátrica.

O último tema de discussão deste núcleo de sentido é *o que é matriciamento*. As reflexões são aqui relacionadas a matriciamento como estratégia de cuidado, uma vez que promove a formação continuada dos profissionais da equipe de saúde da família e estabelecem um processo de compreensão sobre a saúde mental, pois perpassa o conhecimento e a prática dos profissionais “de saúde mental” (psicólogos e psiquiatras). Segue-se ilustração através das falas:

Eu entendo o matriciamento como o espaço que a gente tem com as equipes pra discussão de casos, pra compartilhar os casos pra discussão. Eu faço matriciamento com cada equipe uma vez por mês, isso é o que eu preconizo que tenha que ter pra pelo menos a gente ter um espaço com cada equipe. Então eu procuro os profissionais pra gente fazer isso. Tudo depende do perfil também de cada profissional, então não são todas as equipes que funcionam bem assim, de conseguir parar pra entender o valor daquele horário de poder discutir (SIC).

“[...] eu acho que o nosso papel como especialista é psicoeducar os médicos de família, para que eles não tenham tanto medo de acolher esse paciente, porque, geralmente, o medo de atender algumas coisas que desconhece gera um rechaço e daí é que nesse sentido o paciente se sente, às vezes, desamparado e tem uma certa razão né, por isso que eu acho que o trabalho com o NASF é bem-vindo quando ele é feito da forma como é priorizado, de capacitação (SIC).

Então a gente trabalha pra dentro dessa lógica que essas tecnologias leves fazem a diferença e me ajuda a ser mais resiliente, por que no final das contas, eu como profissional me frustro menos, me desgasto menos, me desvitalizo menos (SIC).

A partir dos depoimentos, é possível identificar que o matriciamento é realizado de diferentes formas, dependendo do matriciador e do matriciado. Portanto, definir burocraticamente o que seria e como deveria acontecer torna-se inviável. Desde interconsultas, participação em reuniões, discussão de casos, dentre outros, são relacionadas a práticas de matriciamento.

Esta prática oportuniza, como ressaltado nas narrativas acima, a aproximação dos profissionais com o que é desconhecido e temeroso. A saúde mental ainda está no âmbito do perigoso e do mundo psi, longe do cuidado integral, evidenciando a dificuldade da inserção do cuidado em saúde mental na atenção primária e na rotina dos profissionais que atuam neste nível de atenção. Ao compartilhar as estratégias, os conhecimentos e os cuidados, os profissionais têm a oportunidade de intensificar o trabalho em equipe e fortalecer o vínculo entre eles, desinstitucionalizando a saúde mental.

8.3 TENSÕES EPISTEMOLÓGICAS

O núcleo dos sentidos epistemológicos contará com discussões que abarcam a potencialidade das tensões epistemológicas, na teoria e na prática, contribuindo para a desconexão da rede e do ego profissional. As tensões circundam o amadurecimento das mudanças de cuidado como um todo e possibilitam a transformação verdadeira de perspectivas em relação ao cuidado em saúde mental.

No que tange ao tema de discussão *potencialidade das tensões epistemológicas*, serão apresentadas falas que apresentam a potencialidade de pensar e agir diferente. A construção do cuidado em saúde mental atravessa diferentes epistemologias; o choque entre elas produz um enriquecimento do cuidado. Dialogar, trocar, pensar em questões jamais pensadas, entrar em discussões e debates promove a mudança:

Às vezes eu atender com a X. eu consigo quebrar algumas barreiras, porque o que eu não conseguir mexer, não conseguir trabalhar ela vai me ajudar. Então às vezes trabalhar nessas interconsultas, fazer o atendimento mais conjunto às vezes, ou um grupo, uma coisa, às vezes o outro profissional te puxa no que você tem as suas limitações né. E em formação também, né. Eu acho que às vezes a gente peca bastante por não ter treinamento pra trabalhar com isso também, né. Não que o treinamento vá assumir todas as nossas dificuldades; acho que o treinamento não vai ultrapassar todas as barreiras, mas pode ajudar a entender um pouco mais, a pensar sobre isso (SIC).

[...] a medicação. Foi um assunto que surgiu, porque eu, por exemplo, eu trabalho com três psiquiatras. Cada um tem um jeito diferente. E sendo que dois são bem diferentes. Então, isso no início foi bem complicado. ... dizer "ah, é isso, é aquilo", entende? Não tem como dizer "ah, essa pessoa aqui você medicou demais e essa você... Essa aqui tá faltando..." É complicado, é bem complicado. Então, também um trabalha na policlínica e não participa das reuniões de área e um participa das reuniões de área. Isso faz bastante diferença também. Das equipes. O matriciamento é fe... Um faz o matriciamento só com o médico, praticamente, enfermeiro e médico. E o outro participa junto com toda a equipe. Então...Imagina toda... Você ficar só com o médico de portas fechadas e o outro expande, tu... É bem diferente” (SIC).

[...] a gente quer a inversão do paradigma, a gente quer um atendimento à saúde que supere as limitações do modelo biomédico anterior; entretanto, quem tá doente tem pressa, então uma equipe de saúde da família, um médico de família, ao mesmo tempo que ele tem que tá se formando e dialogando com o novo paradigma e promovendo e semeando ele, ele também ainda tem que dar resposta no antigo, então nesse sentido precisa ter uma qualificação técnica forte [...]” (SIC).

O cuidado em saúde se dá a partir de diversos profissionais e cada um trilhou caminhos diferentes durante sua formação e construção de vida. A potencialidade dessa miscelânea de olhares vai se constituindo numa colcha de retalhos, em que a troca se concretiza no apoio entre os membros da equipe e no respeito ao conhecimento do outro. As estratégias de cuidado em saúde mental não precisam ser excludentes; elas podem completar-se e abranger o alcance do sujeito em sofrimento psíquico.

Contudo, os entrevistados, por suas narrativas, apresentam dificuldade em entrelaçar o que é preconizado utopicamente e as condições reais da prática. Portanto, o tema de discussão *teoria e prática: contribuindo para a desconexão da rede* propõe-se a ilustrar o abismo que dicotomiza a teoria e a prática, revelando o distanciamento

entre os serviços de saúde e os níveis de atenção, assim como dentro da própria equipe de saúde.

Por isso que digo que é cada um no seu quadrado tá. É o NASF só pra dizer, mas não. Eu discuto com eles lá na reunião de saúde mental ou alguma situação mais grave que eu encontro eles no corredor ou que eles me mandam email, whatapp, mas é assim. [...] Cada um no seu quadrado. É isso, sabe. É isso. Eu nem sei quais as famílias que eles atendem” (SIC).

[...] preconiza um sistema integrado, mas a gente acaba não trabalhando dessa forma, sabe. Então eu acredito que é bem difícil pra gente né, esse entendimento que a gente chega com uma visão, querendo fazer, colocar aquela visão em prática sabe e a gente acaba não conseguindo por conta de como o sistema tá organizado” (SIC).

[...] eu acho que entrou no 8 e no 80. [...] Aonde não tem aonde cuidar do paciente grave. [...] Então bem complicado, pra nós é bem complicado, eu vejo isso bem complicado. Por isso que eu sou contra, sou contra do jeito que foi feito, sou contra da radicalidade, tem que ver cada caso é um caso. Acho que as pessoas falam... eu fico muito empática com as famílias que eu vejo o sofrimento que elas tem, e não tem o que fazer. Tão alí com aquilo alí e elas vão adoecendo junto. [...] Essa parte da sociedade tá marginalizada” (SIC).

[...] essa pluralidade de olhares, que numa primeira vista pareceria muito boa, porque vai se complementar, acaba interferindo no cuidado com o paciente [...]” (SIC).

Segundo os entrevistados, o cuidado ainda é individualizado e não existe um meio de comunicação eficaz que incentive a troca e o cuidado compartilhado entre os profissionais. Ressaltam a falta de condições dos serviços, assim como a precariedade da organização do fluxo de cuidado entre os níveis de atenção e a abrangência dos territórios *versus* quantidade de profissionais.

Para finalizar esta sessão, será discutido o último tema deste núcleo de sentido: o *ego profissional*. Este tema refere-se à dificuldade dos profissionais em compartilhar o cuidado e em “aceitar” que existam

outros tipos de cuidado além dos que aprenderam durante a sua formação. Os conflitos pessoais intensificam-se e não são resolvidos. Vide falas:

[...] que decepção que tu... como é que tu pode pensar uma coisa dessa? Tu acha que o médico não é capaz, ou não consegue trabalhar essa parte da saúde mental, tu acha que a gente não dá conta', sabe? Se sentiu assim mordido assim, decepcionado com a minha opinião, com a minha atitude, sabe? Como se o fato de você inserir um profissional na equipe fosse desvalorizar o outro. Então uma coisa não tem nada a ver com a... Não exclui... O trabalho de um profissional não exclui o do outro dentro das suas áreas de conhecimento [...]. (SIC).

[...] existe muito medo porque na verdade quando o paciente te conta isso, alguns profissionais se sentem responsáveis por isso, e aí eles acham que se eles não derem jeito com a abordagem deles o paciente fizer uma tentativa ou consumir, eles vão se sentir culpados, quando, na verdade, esse trabalho é individual. A gente precisa trabalhar isso na gente né (SIC).

A dificuldade mais crítica é os conflitos entre os próprios profissionais. Às vezes da mesma categoria profissional, às vezes de categorias profissionais diferentes, às vezes níveis de atenção da rede diferentes. Mas esse conflito, de o que é melhor pro cuidado do sujeito. É aí o meu trabalho é interferir tentando pensar para além do ego, ou da formação profissional, ou do tempo, do século que você vive (risos). O que quê é melhor para aquele sujeito em questão (SIC).

O cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico é perpassado por conflitos que surgem entre os profissionais da ESF, entre ESF e Nasf, entre profissionais do Nasf, entre Nasf e do Caps, entre Caps e ESF, entre gerências, entre profissionais e gerência. São situações diversas que demandam atenção e tempo, provocando tensionamentos na rede e rupturas significativas no fluxo do cuidado.

8.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

No núcleo de sentido formação profissional, pensa-se no transcorrer do amadurecimento do saber-fazer o cuidado em saúde mental. Neste sentido, o tema a discutir aqui é o da *clínica tradicional*, *clínica ampliada* e *de mãos dadas com a Universidade*.

O modelo de atuação em saúde mental, atualmente discutido e preconizado pelo Ministério da Saúde, é relativamente novo se pensarmos na história da ciência em saúde e em saúde mental. Há não muito tempo, a saúde mental era inexistente; discutia-se a doença mental, que acontecia longe do território dos sujeitos. Portanto, a formação dos profissionais que hoje estão atuando na rede foi permeada por formações (com professores, desenvolvimento da rede, discussões entre as diferentes disciplinas) de 20, 30 anos atrás, então voltadas a uma clínica completamente diferente da de hoje. A *clínica tradicional* apresenta a realidade das formações da área da saúde através das falas dos entrevistados:

E aí é que eu acho que entra o outro lado. Se existissem instâncias pra cada problema desse, eu entendo que tem que ser tudo junto, mas assim, um médico, cara, não dá, a formação do médico, eu sempre falo assim: o médico está pra pessoa, assim como um mecânico tá pra um carro. Você quer um carro novo você não vai no mecânico. Você quer discutir a qualidade dos carros brasileiros você não vai num mecânico. Você vai num mecânico quando teu carro quebra. Teu carro quebrou, você tá na rua, chovendo de noite, teu carro quebrou, não quer funcionar, você quer um mecânico pra botar ali pra funcionar e ir embora. Você não quer sentar e discutir a produção industrial de automóveis no Brasil, não. Você quer consertar o carro pra ir embora, entendeu? O médico é treinado pra isso. O médico é treinado pra isso. Pra ser o mecânico. O médico entende de doença. Quando você vê médico ensinando a educar filho, médico falando o que é vida saudável, cara, isso não faz parte do médico, entendeu? O médico é pra consertar defeito (SIC).

Mas as aulas de psiquiatria propriamente é uma coisa à parte da medicina, não como, não é uma coisa natural como você passa na faculdade e

aprende doença neurológica, cardiológica, pneumológica, você vai estudando como são coisas naturais você estudar. Psiquiatria não é um negócio à parte, como se não fosse do ser humano (SIC).

Segundo as narrativas dos profissionais, esta formação tradicional promove o distanciamento entre os profissionais da rede, estabelecendo um cuidado a partir da especialidade, dificultando estratégias que incitem a troca e o compartilhamento de cuidados. Contudo, os profissionais fizeram alguns relatos reflexivos sobre um cuidado diferente que vai na direção de uma perspectiva de *clínica ampliada*. Seguem-se falas:

A gente tem visto assim médicos que tem a formação em saúde da família tem um olhar mais apurado e mais atencioso em relação aos usuários assim né, é, saúde mental, gestantes, idosos, enfim, do que às vezes o profissional que não tem a formação em saúde da família (SIC).

Acho que o cuidado em saúde mental ele parte de não pensar só o sintoma, de pensar realmente o sujeito no território, com todas as relações daquele território, sejam as relações de trabalho, as relações de família, as relações de lazer, as relações com o próprio equipamento visto como saúde, as possibilidades de grupos. Acho que a questão da saúde mental ela parte pelo conhecimento do sujeito e o que provoca o sofrimento naquele sujeito. Até os próprios quadros psiquiátricos graves, os sintomas eles vão ter uma gravidade maior ou menor dependendo da rede social, de como a família lida com aquilo, da escolaridade, de como a escola tá articulada com a saúde. Então isso vira um grande quebra cabeça e acho que a saúde mental acaba sendo só um pedacinho dessa grande imagem que vai se formando quando cê vai olhar as outras coisas. Acho que não dá mais pra olhar só a nossa pecinha, que era uma coisa que a gente fazia muito bem (SIC).

A formação continuada parece ser a estratégia mais eficaz de que a rede necessita. Não somente com a ESF, porém, mas com profissionais do Nasf e gestão, para que, desta forma, a rede esteja conectada, através

das discussões da clínica ampliada, modificando a compreensão tradicional de cuidado em saúde mental enraizada nas universidades, na cabeça de professores e da sociedade. Pensando nos profissionais como atores da desinstitucionalização da saúde mental, promover este cuidado através da formação continuada intensifica a potencialidade de alcance das discussões do modelo de cuidado psicossocial.

A universidade desempenha um papel importante neste contexto. O tema de discussão *de mãos dadas com a Universidade* instiga a refletir sobre a potencialidade da inserção da universidade nos serviços de saúde. Como evidenciado nas falas:

[...] traz esse gás, nesse sentido, da gente buscar mais né, que às vezes a gente acaba ficando acomodado mesmo, ali na assistência; eu tô fazendo meu trabalhinho do jeitinho que dá, porque a forma como a gente tá colocada também, eu vou fazendo. Então acho que elas chegam com esse ar novo realmente, oh vamo agitar, não tá legal” (SIC).

Seria a gente proporcionar formação pra ele, eu acho que essa deveria ser uma missão da prefeitura, da secretaria, melhorar, aperfeiçoar, a atuação dos seus profissionais. Talvez aí a gente pudesse contar com a universidade (SIC).

[...] hoje trabalhar na saúde, na atenção primária em especial, é trabalhar num cenário de conflitos, de disputa social, de incompletude, de incerteza e de muita luta mesmo? É triste perceber, às vezes, que os próprios profissionais por causa da sua ideologia ou por se apegarem a essa ou aquela utopia ou enfim, uma aposta ideológica, comecem a jogar contra uns aos outros, né? Até a gente vê isso na própria academia; assim, a primeira vez que era um estudo sobre esse tema na nossa rede e a publicação dos demais, embora a validade disso tudo fosse boa, mas ele é bastante crítico em relação a atuação de nós profissionais da rede, né, nos rotulando etc. e tal, mas cadê a solidariedade pra entender o contexto? Se não formos nós a tá atendendo aquelas populações todas, em duplas ali, quem que vai tá atendendo? Então, por exemplo, as emergências dos hospitais, vão pras UPAs? (SIC).

Entretanto, os entrevistados sentem-se julgados e criticados pela universidade. Os embates ideológicos e o distanciamento da prática provocam um abismo no diálogo entre a rede, o município e a universidade.

8.5 SAÚDE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Durante o processo de coleta de dados, senti-me testemunha do sofrimento dos participantes desta pesquisa. Ressoavam em mim as dificuldades, os impasses e as angústias de cada profissional, instigando-me a pensar no impacto do (des)cuidado com os profissionais em sua atividade junto aos sujeitos em sofrimento psíquico. Este núcleo de sentido destina-se a questionar a saúde do profissional de saúde. Nele, podem-se identificar os seguintes temas de discussão: *o sofrimento do outro*, *o excesso de demanda: a realidade dos serviços de saúde* e *a produtividade*.

Debruçar-se sobre o cuidado em saúde mental é dedicar-se a entrar em contato com o sofrimento do ser humano: os lutos, as frustrações, os medos, os traumas, enfim, as emoções que experienciamos durante os ciclos da vida. O tema *o sofrimento do outro* reflete como os profissionais se relacionam com a dor alheia, com uma ferida que, muitas vezes, se conecta com as histórias de vida dos profissionais, como é ilustrado nas falas a seguir:

Eu tenho dificuldade de lidar com as questões de saúde mental, assim. Tem uns pacientes às vezes que eu não consigo lidar. Porque batem às vezes com o meu emocional, porque me remetem à questão pessoal, porque me mobilizam de uma forma que eu quero fazer algumas coisas que às vezes não é a minha atribuição e acaba me envolvendo, ou porque eles trazem alguma coisa que você tem dificuldade de lidar assim (SIC).

[...] o cuidado com o usuário em saúde passa pelo cuidado do servidor, que passa, é, digamos, um ciclo e esse ciclo, se ele não funciona em algum lado resbala, entende? Algum lado vai só, entra em sofrimento. Ou, às vezes, é o servidor, ou, às vezes, é o usuário, que daí o atendimento falha, enfim (SIC).

Compreender que o cuidado em saúde mental trilha o caminho do cuidado consigo mesmo promove a escuta sensibilizada e amplia o olhar

no sentido de vislumbrar novas estratégias de acolhimento, planejamento e execução do cuidado. Entretanto, entrar em contato com as emoções não é uma tarefa fácil. O sucateamento dos serviços de saúde dificulta essa conexão e promove o distanciamento do profissional. O tema de discussão *excesso de demanda: a realidade dos serviços de saúde* apresenta a resistência e a complexidade da atuação dos profissionais, tendo em vista a disponibilidade dos serviços, conforme ilustrado nas falas seguintes:

Então, assim, são pessoas sobrecarregadas que... Isso eu acho que prejudica bastante o cuidado de saúde mental, porque daí... Porque o cuidado de saúde mental precisa ter tempo, disponibilidade física e emocional. Então é uma realidade que as pessoas tão sobrecarregadas, a equipe de saúde da família, NASF também. Só que mais... Eu vejo assim em comparação com meus outros colegas da Nutrição, da Fisioterapia... Por isso que eu digo que é diferente a saúde mental. A gente tá sobrecarregado, eles eu já acho que eles conseguem manejar, assim, tem mais tranquilidade. Tanto é que tem um... Me falaram que lá na Coloninha a médica tá colocando os pacientes na agenda da Nutrição, que ela tava sem paciente. Então assim... E a gente é completamente o contrário, o psiquiatra e o psicólogo. Então a gente tem uma especificidade diferente, o tipo de consulta, a forma de trabalho do psicólogo, do psiquiatra também é diferente. Então eu vejo que isso não é visto assim. Se fosse visto, a gente não ia tá dentro de uma equipe de NASF desse jeito, colocado como mesma forma de trabalho, sabe? Nessa loucura aí de mudar de posto, um dia tá num, no outro tá no outro e não consegue realizar o trabalho como se deveria... O cuidado como se deveria, que eu acho que seria mais efetivo (SIC).

A gente trabalha numa rede que é cheia de deficiências e que os profissionais estão todos sobrecarregados, em todas as áreas, em todos os níveis de atenção e tal. Então, muitas vezes pra se proteger, o profissional meio que se fecha (SIC).

A partir das narrativas dos profissionais, é possível identificar a angústia do dia a dia do trabalho em saúde. O excesso de demanda, as características dos serviços e das cobranças “veladas” também não contribuem para uma nova perspectiva de cuidado em saúde mental. O tema *produtividade* evidencia uma epistemologia que enfoca o número de atendimentos, da cura pela cura. Segue-se ilustração através das falas:

Houve uma premiação, os profissionais elegeram o TOP mais do NASF, o melhor profissional do NASF; houve uma eleição e recebeu prêmio o médico que atendeu mais gente no período recebeu um prêmio, a enfermeira que atendeu mais gente no período recebeu um prêmio. Tava a diretoria da atenção básica, não sei mais quem, não sei mais quem, todos elegantes, as mulheres maquiadas, de vestido longo, não sei o que, pra ganhar uma plaquinha, um diploma, uma caneca, o prêmio né. Que atendeu mais gente. Então você vê o quanto vai na contramão de tudo isso que a gente tá falando. [...] Então assim, totalmente na contramão. Mas o problema é que isso soa bem. Em quem faz em cima e quem faz embaixo, é aquela ideia do paternalismo. O cara espera isso. O cara deve imaginar “estou sendo reconhecido (SIC).

[...] sem pensar na qualidade mesmo do serviço, e sim na quantidade do atendimento. Eu entendo o NASF dessa forma. Eles querem sim que a gente esteja numa sala fechada e atendendo. Então essas interconsultas, esse trabalho mais multi, esse matriciamento, eu não vejo como tão interessante pra gestão (SIC).

É produtividade, número. Na semana passada, finalzinho da semana passada, um pouco antes disso aliás, a minha gestão de distrito (nome), queria fazer uma reunião com todos e especialmente aqueles que estão dando problema, e eu estou nessa, naqueles que estão dando problema. O que é o problema? ‘X. você tem falha na tua agenda’, ‘como assim falha?’, ‘não, porque tem momentos que estão abertos’. Tá, tem momentos que estão abertos, só que ela não pergunta o que são esses momentos que estão abertos. Sai um paciente, entra um paciente, às

vezes eu não tenho tempo. Fechar, fecho o info, vou lá na outra parte do info em que tem que colocar o paciente, aí coloca mais o código 81... Gente eu tenho um paciente me esperando, eu não gosto de atrasar, eu acho falta de respeito com o paciente que tá ali (SIC).

A saúde do profissional de saúde perpassa pelo processo do seu trabalho. Cobrado pela produtividade, num lugar em que as filas de espera são comuns, com a realidade do excesso de demanda que distancia o cuidado próximo e acolhedor, sem olhar para seu sofrimento diante do sofrimento do outro: esta realidade impede uma epistemologia psicossocial, multidisciplinar, que atua através de uma clínica ampliada.

8.6 APROXIMAÇÃO COM AS DISCUSSÕES DA REFORMA PSQUIÁTRICA

Neste último núcleo, discutir-se-á a proximidade entre as discussões da reforma psiquiátrica. Para tanto, os temas a abordar serão: *compartilhar: a importância da troca entre os profissionais, espaço subutilizado e subestimado, e a Lei 10.216.*

O tema de discussão - *compartilhar: a importância da troca entre os profissionais* - torna-se espaço para fortalecimento de políticas, de acolhimento do sofrimento dos profissionais e de promoção de novas estratégias de cuidado. Incorporar este momento na rotina dos serviços de saúde leva a integrar os olhares dos diferentes níveis de atenção e a incentivar o diálogo entre as epistemologias presentes no cuidado com os sujeitos em sofrimento. Seguem-se falas:

Como a gente tem essas agendas malucas, muitas vezes eu não encontro eles também, então a gente encontrar os três psiquiatras, o três psicólogo, enfim, é na reunião da saúde mental ou na reunião do NASF quando todos vão. Então nesse momento a gente até pega umas brechinhas assim pra discutir uns casos específicos daquelas unidades [...] É outro olhar! Isso deveria (participação da ESF), mas não! Vai só os profissionais da saúde mental né, serviços social, psiquiatra e psicólogo e os CAPS (SIC).

É muito bom tu ter esse contato com os outros profissionais. Diferente de tu tá atendendo sozinha assim, lá na clínica, [...] vamo pactuando assim,

então tu não se sente sozinha. E aí é que tá, a gente tem que conseguir aproximar pra... Se as pessoas tão querendo entrar no mesmo barco a coisa flui (SIC).

Aí entra assim, cuidado, a conversa com o pessoal, os ACs, que muitas vezes eles têm informações preciosas pra dar pra gente ou que a gente precisa deles pra levar algum recado pro paciente, médico, enfermeiro, farmacêutico (SIC).

Contudo, os relatos dos profissionais ressaltam que os espaços de troca poderiam ser mais bem utilizados. O tema de discussão - *espaço subutilizado e subestimado* - propõe-se a apresentar estes relatos e a promover reflexões no sentido repensar este espaço. Vide falas:

Teve um momento de conflito, inclusive, aqui na unidade, que daí tava todo mundo muito estressado, a gente passou por uma reforma que era pra ser uma reforma pequena. Pequena... Curto período do... Inclusive, ó... Tá cheio ainda de infiltração. E aí a gente saiu, começaram a reforma numa data que não tinham avisado, é tudo... E aí gerou um desgaste, porque a gente dentro da unidade, martelando e aí teve um... Eu... Pediram pra eu fazer, a gente fez uma vivência, daí o pessoal fez um relaxamento, a gente... Botamos, escrevemos o quê que tava... (SIC).

[...] eu acho as reuniões de saúde mental, assim, bastante tímidas, digamos assim. É conversado sobre alguns casos, é feito, inclusive, encaminhamentos. Eu acho que na prática funciona. Funciona na prática a comunicação. Só que, assim, a essência ou alguns assuntos, assim, que precisam ser conversados não são ao meu ver. Não é tão simples também. Porque, assim, cada pessoa ali dentro tem um olhar sobre a saúde mental que passa pelo pessoal, passa pelo modo pessoal de trabalho. Eu acho que falta um pouco mais de foco, assim, mas... Mas também, se formatar muito a reunião, falta espontaneidade, que também não é legal (SIC).

Organização, direcionamento dos fluxos e entendimento do que que é encaminhar paciente, porque não basta tu chegar lá com um papel e

dizer tu levou pra encaminhar se esse paciente não tem critério de encaminhar, então a gente precisa entender quais são os critérios, eu acho que isso vai ter que ser trabalhado do início pra frente assim [...]. Eu acho que é meio que começar do começo, porque a partir do momento que as pessoas entendem quais são os critérios, elas também se sentem mais seguras de saber quando encaminhar, isso fica menos bagunçado pras equipes, pros pacientes, pros profissionais, individualmente” (SIC).

Neste sentido, estabelecer estratégias para reafirmar a importância das aproximações com as discussões da reforma psiquiátrica torna-se ponto fundamental no transcorrer do momento histórico que vivenciamos, que exige que se saia do discurso utópico e se reflita sobre o dia a dia da rede, incluindo os profissionais de saúde neste processo de (des)construção. Por conseguinte, o tema - *a Lei 10.216* - propõe-se a dialogar sobre como tal aproximação está posta na rede do município de Florianópolis. Assim o ilustram as falas seguintes:

E pensando nós como trabalhadores dessa rede, com a aproximação da família, da comunidade, da sociedade mesmo, porque a gente tá aqui como porta de entrada, como acesso à população, como que a gente pode ajudar essa desconstrução, né? Porque nós somos atores ali dessa desconstrução. E quando tu diz isso eu fico pensando nisso, né, de que sim a aproximação com a lei, com a RAPS, com cuidado no dia a dia, faz com que desconstrua (SIC).

Nós não tivemos... Não caiu isso no edital enfim, essa lei não caiu, deveria ter caído né, e pra te falar a verdade, eu ouço, mas pegar pra ler a fundo não (SIC).

[...] tá muito mais presente na academia do que na rede de saúde hoje, como eu te disse, a gente sabe que a gente não conta com uma rede de apoio à saúde mental suficiente em Florianópolis (SIC).

Ter acesso à lei da reforma não é decorar números, estudar para prova, pois constava do edital, ou era tarefa da vida acadêmica. Discutir a lei é aproximar-se do viés político, cultural e social do cuidado psicossocial; é possibilitar pensar em estratégias para além das

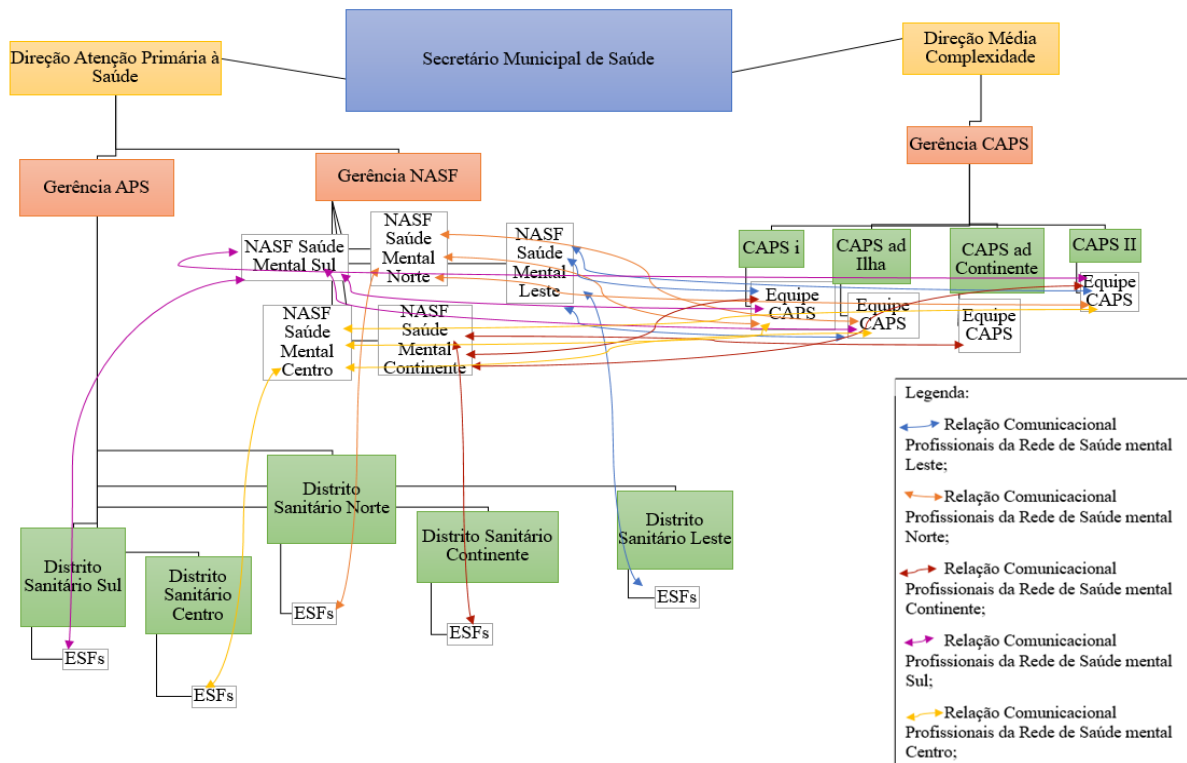
sedimentadas e semeadas durante a graduação; é instigar a troca entre as equipes e os diferentes níveis de atenção.

9 A REDE (S)EM TEIAS: LIMITES E POSSIBILIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Durante todo o percurso da pesquisa, uma das perguntas que norteava minhas observações nas reuniões distritais de saúde mental e nas entrevistas com os profissionais e gerentes era a seguinte: como se dá a comunicação entre os pontos da rede de atenção psicossocial em Florianópolis? Norteava-me pela curiosidade de compreender de que forma aconteciam os diálogos, as trocas e os compartilhamentos entre os diferentes níveis de atenção, formação profissional e território de atuação.

De acordo com Watzlavick, Beavin e Jackson (2007), em seu livro a *Pragmática da Comunicação*, as trocas comunicacionais se dão muito além da fala. Todo comportamento, seja ele verbal ou não verbal, transmite mensagem e gera a troca inter-relacional. Neste sentido, a figura 4 apresenta um fluxograma comunicacional entre os profissionais da saúde mental na atenção básica do município de Florianópolis.

Figura 4 – Fluxograma comunicacional entre os profissionais da saúde mental na atenção básica do município de Florianópolis



Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2017.

Nas reuniões de saúde mental, os participantes eram representantes do Caps II, do Caps i, do Caps ad e dos Nasfs do território. Em nenhuma delas houve participação de representantes das ESFs, demonstrando falta de tempo, motivação e compreensão da importância deste espaço de troca de informações e experiências, fundamentais para a qualificação dos profissionais da saúde.

A saúde mental é vista e enfrentada como um nicho de atuação psiquiátrica e psicológica, o que inviabiliza a desconstrução epistemológica do lugar social da loucura, da saúde mental e do sujeito em sofrimento psíquico. É nítido, nas reuniões e no discurso dos participantes desta pesquisa, que o cuidado em saúde mental é o cuidado com os loucos, com o diagnóstico, com as medicações e com aqueles que apresentam sintomas já institucionalizados.

[...] todo mundo deveria estar mais envolvido. Mas acaba realmente chegando nisso, questão de saúde mental, [...] acho que esse é o ponto principal, é saúde mental, não é saúde. Então é pro psiquiatra e pro psicólogo, 'não é pra mim, eu atendi, vou encaminhar, já encaminhei. Essa parte vai ficar com vocês, a minha parte é outra'. A gente vê muito isso nas equipes assim sabe (SIC).

Reconhecer o cuidado em saúde mental além do mundo disciplinar “psi” é incluir o cuidado a partir da arte, da cultura, do médico de família, da enfermeira, da nutricionista, do fisioterapeuta. Esse deslocamento do cuidado promove a reconstrução da identidade sociocultural profissional e do próprio sujeito que está sendo cuidado.

A pesquisa realizada por Lima et al. (2013), que objetivou analisar o cuidado que as ESF exercem diante dos usuários da saúde mental, aponta a contradição entre o discurso e a prática. Segundo os autores, o cuidado em saúde mental continua na perspectiva de especialistas, o que limita a atuação da ESF por não se perceber como capaz, eficaz e qualificada em cuidar desses “tipos” de caso.

Corroborando esta discussão, Schneider e Lima (2011) descrevem as implicações dos atuais modelos de análise e atenção da dependência de álcool e outras drogas nos serviços de saúde básica. Neste estudo, as autoras denunciam que, nos casos em que há identificação da natureza do problema como sendo de cuidado em saúde mental, prevalece o encaminhamento aos serviços substitutivos.

Para tanto, o cuidado ainda acontece tangenciando o modelo biomédico, centrado no cuidado hospitalar e medicamentoso,

modalidade para a qual os profissionais especialistas são requisitados para atuar em suas práticas de cuidado. É uma compreensão de saúde que contrapõe o cuidado territorial, ampliado, e que promove o prognóstico para além da cura do diagnóstico.

A rede de cuidado em saúde mental é constituída por diferentes trajetórias e formações profissionais; portanto, diversas são as compreensões sobre o cuidado em saúde mental. Estudos indicam que as discordâncias sobre o que seja cuidado em saúde mental potencializam a sensação de despreparo e incapacidade dos profissionais (RIBEIRO et al., 2010; CORREIA et al., 2011; FIORANTE et al., 2013; LUCHESE et al., 2014; SANTOS e NUNES, 2014; MACEDO e DIMENSTEIN, 2016).

Também mostram que os nós existentes na rede poderiam ser enfraquecidos à medida que fossem incluídas discussões sobre a prática de cuidado durante a formação profissional voltadas à compreensão psicossocial. Neste sentido, cumpre estimular os estudantes da área da saúde a refletir sobre o seu papel, com ênfase nos aspectos socioculturais, contrariando o modelo tecnicista, evidenciando o diálogo com conhecimentos de outras áreas e saberes além da saúde como, por exemplo, sociologia e antropologia (RÉZIO et al., 2015; MACEDO e DIMENSTEIN, 2016; LIMA et al., 2013).

9.1 PARTICIPANDO DAS REUNIÕES DISTRITAIS DE SAÚDE MENTAL

Como referido anteriormente, as reuniões distritais de saúde mental acontecem uma vez ao mês. O local, a data e o horário de cada reunião foram disponibilizados pela gerência do Caps do município de Florianópolis, para facilitar o acesso ao campo de pesquisa¹². Porém, como estratégia de aproximação dos distritos, foi realizado contato com as coordenações distritais, tendo como objetivo apresentar a pesquisa aos coordenadores e viabilizar aos profissionais o conhecimento da participação da pesquisadora nessas reuniões.

Naquele momento, todos os distritos, sem exceção, comunicaram que a reunião não existia e que não seria possível esta etapa da pesquisa. A gerência do Caps foi acionada e entrou como mediadora, confirmando as reuniões. Tendo em vista estes desencontros e o período estipulado para a realização da coleta de dados, a pesquisadora teve a oportunidade de participar de três reuniões distritais: centro, sul e continente.

¹² Os diários de campo encontram-se em apêndice.

Ficou, porém, a pergunta: como assim, não existe? De que forma os profissionais são liberados para uma reunião que é fictícia? Como pode a gerência do Caps informar sobre a existência das reuniões, cuja datas, horários e locais já estariam predeterminados? Pois bem, durante a participação das reuniões e as entrevistas com os profissionais foi possível compreender o motivo pelo qual as reuniões estavam “não existindo”.

Difícil pensar de que forma uma reunião de um turno (4 horas) que, a princípio, reuniria atores importantes do cuidado interdisciplinar em saúde mental, poderia ser prejudicial para uma rede de atenção psicossocial de um município. As reuniões distritais de saúde mental acontecem em Florianópolis desde 2008, momento em que o Nasf foi implantado na Atenção Básica do município. Essas reuniões têm como objetivo estreitar os laços terapêuticos dos profissionais e possibilitar o compartilhamento dos casos entre os pontos da Raps, pensando, desta forma, no cuidado compartilhado entre Caps e ESF, por exemplo. Neste sentido, o Nasf entraria como articular estratégico entre o cuidado realizado nos Caps e proporcionado pelas ESF (Figura 5).

Figura 5 – O fluxo do cuidado em saúde mental promovido pelas reuniões distritais de Saúde Mental



Fonte: Elaboração da pesquisadora baseada nas observações realizadas nas reuniões distritais de saúde mental, 2017.

A informação passada à pesquisadora pelos distritos sobre a “não existência” dessas reuniões escancara o tensionamento epistemológico

além do cuidado em saúde mental, evidenciando questões subjacentes ao sistema de saúde como um todo. A produtividade, o atendimento ambulatorial, os números, as planilhas, os prêmios de equipes que mais atenderam vão contra a promoção de uma escuta eficaz, de um cuidado integral e intersetorial, que prioriza o acolhimento do usuário, proporcionando um olhar para o conjunto da saúde.

Santos e Nunes (2014) e Amarante et al. (2011) discutem, em seus estudos, a lógica de cuidado imposta e cobrada pela gestão. Este modelo, que intensifica uma valorização enviesada de cuidado, potencializa o distanciamento do profissional de saúde das práticas e intervenções com os usuários nos dispositivos de saúde.

Quando pensamos por esta ótica pragmática, é possível questionar: quatro horas de trabalho perdidas numa reunião que profissionais requisitados nas unidades de saúde estão indisponíveis, para quê? Com que objetivo? De que me adianta um psiquiatra indisponível quatro horas por mês? Como uma psicóloga dará conta de um território com quatro horas de agenda fechada para compartilhar casos? Uma assistente social sem fazer visita domiciliar nessas quatro horas?

O processo de trabalho no cuidado em saúde, baseando-se em Merhy (2014), é único e diferenciado. É um processo, e, por ser processo, é construído com a presença de personagens e atores de diferentes tipos de cuidado. Para tanto, participam desta construção o usuário, a Nasf, a ESF, o Caps, a escola, o judiciário, a comunidade, a assistência social, dentre outros. É no encontro de profissionais que se dá o cuidado, no olhar que o profissional, e a equipe, voltam ao usuário. A reunião distrital potencializa esse cuidado, uma vez que os profissionais têm a possibilidade de compartilhar uns com os outros cuidados e olhares despendidos em diferentes pontos da rede. A potencialidade deste encontro mensal possibilita o alinhamento dos discursos, das práticas de cuidado e das políticas.

É importante ressaltar que a reunião realizada presencialmente, e com tantos profissionais, é um passo necessário para o tão falado cuidado multidisciplinar. Através da participação das reuniões distritais, foi possível compreender a complementaridade dos diferentes olhares dos profissionais. As discussões de práticas de cuidado, os encaminhamentos, os pontos de vista diferentes sobre um mesmo caso, promovem o crescimento de quem está presente às reuniões e foi quem têm contato com pacientes no dia a dia de trabalho, tornando-se um momento para, além do cuidado com os usuários, aprimorar a formação dos profissionais, transformando-se em momento de educação

permanente e confraternização, para o qual não sobra tempo em suas agendas corridas.

No entanto, ao observar alguns momentos das reuniões, é possível pensar em novas propostas de organizar esses encontros e em novas pautas, tendo como foco o aprimoramento teórico e prático. Amarante (2007), neste sentido, apresenta a dimensão teórico-conceitual, ou epistêmica, como ponto central da desinstitucionalização da saúde mental, uma vez que promove a reflexão e o questionamento dos cuidados institucionalizados em saúde mental.

Portanto, otimizar este espaço para além dos encaminhamentos e da discussão de casos concretizaria um momento prático para questionamentos e mudanças epistemológicas em relação ao cuidado realizado nos pontos da rede de atenção psicossocial do município. A figura 7, apresentada anteriormente, ilustra também o possível enriquecimento das ESF quando colocamos nesses espaços de reunião distrital a permuta de conhecimento e discussões epistemológicas. Estes embates criam atritos pertinentes que estimulam a continuidade da mudança e do convencimento da necessidade da disseminação da postura epistemológica da reforma psiquiátrica, além do cuidado ampliado preconizado na Raps.

9.2 CONCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O cuidado em saúde mental do município de Florianópolis condiz com a realidade brasileira. A partir da revisão integrativa realizada neste estudo, propõe-se um cuidado a partir de práticas enraizadas numa determinada compreensão de saúde mental, e de saúde, biologicista e reducionista.

Todavia, percebem-se questionamentos e inclinações por uma concepção psicossocial mais integradora (LUCCHESI et al., 2014). Nas falas dos profissionais, descobrem-se intenções e olhares ampliados, embora a realidade cultural e organizacional na saúde não acompanhe as discussões sobre os diferentes modelos de cuidado, incapaz de fortalecer estes pequenos impulsos; ao contrário, intensificando um cuidado distanciado.

A organização estrutural da rede de atenção psicossocial, por ser como é, é a inviabilizadora de maior impacto de um cuidado direcionado por uma compreensão psicossocial. De acordo com a política da Raps (BRASIL, 2011), para que o cuidado em saúde mental aconteça no território, é preciso que existam diferentes dispositivos, viabilizando autonomia e liberdade ao sujeito em sofrimento psíquico, assim como

um cuidado que dê conta das necessidades desses sujeitos. A diversificação de estratégias de cuidado constitui diretriz desta política; tais estratégias são apoiadas pelo cuidado intersetorial, garantindo, desta forma, a integralidade do cuidado.

No município de Florianópolis, com uma população estimada de 477.798 habitantes¹³, não existem Caps III e CapsAD III, dispositivos que funcionam 24 horas e atendem a pessoas em intenso sofrimento psíquico. Os Caps III são serviços que acontecem em finais de semana e feriados e oferecem um cuidado que apoia outros serviços de saúde mental. É indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes. Florianópolis, portanto, poderia ter pelo menos três destes dispositivos para dar conta da população. Entretanto, o município opta por financiar internações nos dois hospitais psiquiátricos da região, ao invés de introduzir uma nova lógica de cuidado em saúde mental.

Não disponibilizar Caps III é somente uma ilustração da realidade do cuidado no município de Florianópolis. Se não há Caps III, leitos em hospitais gerais, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, etc., como esperar que os profissionais de saúde atuem seguindo uma lógica de cuidado menos medicalizante, mais integradora, intersetorial, de acordo com uma compreensão psicossocial?

Fica clara a necessidade de mais medicamentos para conter os surtos psicóticos ou as crises de ansiedade e depressão de uma população inteira. Assim como fica claro o desamparo técnico-pedagógico e assistencial das equipes de saúde da família e dos profissionais do Nasf que lidam com saúde mental.

Neste sentido, é impossível estabelecer um cuidado condizente com uma compreensão psicossocial onde o município não fornece elementos de reforma psiquiátrica no cuidado a pacientes mais graves. Fica difícil, portanto, aplicar uma compreensão psicossocial num município resistente a uma reforma psiquiátrica, preocupada com os cuidados que merecem pacientes mais graves:

[...] então, enquanto assim, na cidade eu tenho que pegar os poucos pacientes graves que não consigo manter em casa, não é seguro manter em casa, vou mandar eles pro IPQ lá, na outra cidade, com manicômio... Não tem como dá certo a reforma psiquiátrica, assim; não é por má vontade da gente

¹³ Dado informado pelo IBGE. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sc/florianopolis/panorama>> Acesso em: 19 jun. 2017.

da rede, não é por desconhecimento epistemológico da proposta, é porque em prática: **o que fazer?** Assim, o município podia ter seguido outro caminho e ampliado uma série de possibilidades no território, de cuidado comunitário. Daí sim, eu poderia tá falando: Ah, a reforma psiquiátrica deu certo porque está trabalhando numa outra lógica, mas não. Não, e a formação de um profissional chave que é o psiquiatra ainda pode acontecer em direções diametralmente opostas; ele pode ser formado totalmente no sistema manicomial, médico hospitalar e biomédico, ou ele pode tá sendo formado totalmente alinhado com a reforma psiquiátrica. Nós temos essas duas linhas de pensamento em choque frontal, dentro da rede, dentro da gestão, e daí assim, vamo dizer que lá na ponta fica difícil de você dá solução pra isso, você tenta reduzir danos e trabalhar com o que a gente tem (SIC).

O atual momento ainda é de processo de transformação epistemológica sobre o saber psiquiátrico e o cuidado em saúde mental. Não foi superada a lógica tradicional de cuidado, uma vez que as formações profissionais são construídas e alinhadas com esta lógica, seja nas entrelinhas, nos estágios, na escolha do professor, na postura política e social dos cursos de graduação.

Pesquisas indicam que os profissionais que atuam no cuidado em saúde mental desenvolvem suas práticas e estratégias de cuidado balizadas na especialização. O cuidado em saúde mental ainda é visto como espaço de apropriação da psiquiatria e da psicologia, ficando difícil aos outros profissionais visualizar sua importância e impacto, e muito mais entrar em contato com o sujeito em sofrimento psíquico. Esta posição intensifica o encaminhamento e distancia o cuidado no território (RIBEIRO et al., 2010; RÉZIO et al., 2015; MACEDO e DIMENSTEIN, 2016; PEGORARO et al., 2014; CAMURI e DIMENSTEIN, 2010; AMARANTE et al., 2011; CORREIA et al., 2011; FIORAMONTE et al., 2013; LUCCHESI et al., 2014; SANTOS e NUNES, 2014; LIMA et al., 2013; SCHNEIDER e LIMA, 2011).

Corroborando, Ferreira et al. (2015), em estudo que objetivou avaliar o conhecimento e a competência de estudantes da área da saúde em relação ao cuidado com sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia, constatam que os estudantes iniciantes apresentam estigmas e

preconceitos acerca da saúde mental similares aos da sociedade em geral e que a academia é o local onde, a partir do conhecimento e da formação, a transformação poderia acontecer. Participaram do estudo 209 estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia de uma faculdade do estado de Minas Gerais. Os resultados da pesquisa demonstram que a instrução acadêmica não atingiu este objetivo, mantendo, desta forma, ideias, posturas e práticas estigmatizadas em saúde mental.

Basaglia (*apud* AMARANTE, 2007), Goffmann (1980a, 1998b), Foucault (1975a, 2000b), Thomaz Szasz (1971), autores que instigam a pensar e a desenvolver a reforma psiquiátrica do cuidado psicossocial, problematizam que este processo de transformação epistemológica não é somente mudança no cuidado assistencial, mas uma postura da sociedade em relação à loucura. O cuidado prático em saúde mental impossibilita este movimento e coloca o modelo psicossocial como cuidado insuficiente ao sujeito em sofrimento psíquico:

[...] sociedade clama o tempo inteiro por institucionalização (SIC).

[...] compreensão da sociedade como um todo, em geral, e que a gente ainda encontra em alguns profissionais da saúde mental, que alguns inclusive dentro da rede, dessa nova, que nem é mais nova, mas que, dessa nova lógica de cuidado em saúde mental. Que ainda puxam muito pro antigo, então essa é uma dificuldade nodal, mesmo. Vamos dizer assim, que essa é uma dificuldade mais macro do meu trabalho (SIC).

O município de Florianópolis é a capital mais bem avaliada pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)¹⁴. Este programa tem como objetivo incentivar, financeiramente, gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de atenção básica oferecidos à população. O município, a princípio, recebeu, em 2015, o dobro da verba repassada pelo Ministério da Saúde. Refletindo sobre isso, penso nas falas dos profissionais entrevistados, que me relataram a desorganização dos serviços, o despreparo dos profissionais, a falta de recursos financeiros e de pessoal. De que forma esses serviços estão

¹⁴ Disponível em: <

<http://dc.clicrbs.com.br/sc/noticias/noticia/2014/11/florianopolis-e-a-capital-com-melhor-saude-primaria-do-pais-4650285.html>> Acesso em: 4 jul. 2017.

sendo avaliados? Que critério representa para o Ministério da Saúde uma melhoria no serviço? Como acessar os processos de cuidado realizados pelos profissionais de saúde e pela gestão que “lidera” e pensa em estratégias para os territórios, uma vez que a rotina dos profissionais de saúde está atrelada ao preenchimento de planilhas, de *e-mails*, de alimentação do sistema eletrônico, etc.?

As dificuldades são todas aquelas que eu disse até agora assim. É a nossa gestão, é o entendimento sobre saúde mental, o entendimento sobre todos os profissionais no mesmo espaço, o NASF. Tem a questão do espaço físico como dificuldade, a gente não tem sala, não tem recurso, não tem um computador, um telefone, que seja, pra gente conseguir fazer algumas coisas que o nosso trabalho exige, né. A gente não tem carro à disposição pra conseguir fazer as visitas, pra conseguir ir pro território, pra conseguir pensar em ações mais amplas. Eu, no caso, sou uma profissional que atua em 5 centros de saúde, e ainda tem um centro de saúde que tá descoberto, porque não tem assistente social por lá. Então tipo são poucos profissionais, com sobrecarga de trabalho, que não dão conta das situações. Então acho que isso tudo são dificuldades que a gente tem no nosso dia a dia (SIC).

No relatório mundial da OMS de 2002, são estabelecidas recomendações para orientar os cuidados em saúde mental. O cuidado na atenção primária é a primeira das recomendações. Enfatiza que para efetivar este cuidado a formação dos profissionais de saúde em geral deve estar em consonância com as discussões científicas, políticas e sociais, assim como se devem guiar pelas aptidões essenciais do cuidado em saúde mental.

Desta forma, o especialista é importante neste cenário, tendo como objetivo prestar o serviço especializado e apoiar os programas de cuidados primários em saúde. A OMS preconiza o cuidado compartilhado e integrado aos usuários dos serviços de saúde (OMS, 2002).

Experiências no Canadá, por exemplo, demonstram que efetivar este cuidado passa pela formação e incentivo dos profissionais a embarcar numa nova lógica de cuidado e de pensar a saúde mental. Incentivam, também, o envolvimento governamental com repasses

financeiros e investimentos privados na atenção primária, com ênfase na saúde mental (KATES, MCPHERSON-DOE, GEORGE, 2011).

Neste sentido, o acesso à lei da reforma e às discussões do modelo psicossocial aproxima-se os vieses do cunho político, cultural e social deste cuidado, no qual se prioriza a atenção primária. Instiga pensar em estratégias, na troca entre as equipes e nos diferentes níveis de atenção, estabelecendo como ponto nodal o processo de amadurecimento dos profissionais que atuam na saúde e a gestionam, restabelecendo as reflexões sobre o cotidiano da rede, colocando os profissionais de saúde como protagonistas deste processo de (des)construção.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs a compreender os sentidos sobre o cuidado em saúde mental presente na Atenção Básica do município de Florianópolis, capital de Santa Catarina. Entrar em contato com os profissionais e seus locais de trabalho possibilitou compreender de que forma o Nasf e a gestão de saúde do município pensam e fazem o cuidado em saúde mental dos usuários do SUS.

Os núcleos de sentido deste estudo possibilitaram visualizar as tensões presentes no dia a dia dos serviços de saúde da Atenção Básica. A lógica do cuidado transbordou nas entrevistas, fazendo-me pensar além da saúde mental e identificando as barreiras instauradas pelos modelos biologicistas e reducionistas presentes no processo de organização das estratégias e fluxos.

Tanto na revisão integrativa quanto no processo de coleta e análise de dados, a formação dos profissionais que atuam na área da saúde, assim como os gestores, não estão técnica ou teoricamente preparados para um cuidado em saúde mental com base num modelo psicossocial. Uma construção coletiva do cuidado que pretenda voltar os olhares para ações integrais, intersetoriais e interdisciplinares aparece como intenção individual dos profissionais. Portanto, o cuidado em saúde mental atravessa um momento de pessoalização, que é como cada profissional, individualmente, se movimenta na sua prática.

A pessoalização do cuidado em saúde mental inviabiliza o processo de comunicação, de diálogo e de estratégias que empoderam o fluxo de cuidado em saúde mental como prevê a Raps. O respeito às práticas de cuidado, a co-construção de estratégias, o cuidado que permite a responsabilização intersetorial, fundamentais para pensar e fazer de acordo com o modelo psicossocial, são secundarizadas.

A judicialização da saúde mental também foi algo que captou meu olhar durante o processo. De acordo com alguns entrevistados, internações psiquiátricas para adultos e crianças estão transitando no setor judiciário, uma vez que não se define um local em que se preste um cuidado intensivo.

O desenho da rede do município de Florianópolis corrobora a dificuldade de mudança da prática dos profissionais, pois fortalece e enrijece o modelo biologicista, medicocentrado e com hospital psiquiátrico. Mesmo com a necessidade de outros dispositivos de saúde mental preconizados pela Raps, a capital de Santa Catarina conta com apenas um Caps II, dois Caps Ad, um Caps i e Nasf saúde mental nos

quais seria, eventualmente, possível prestar o cuidado devido a pacientes psiquiátricos.

Mais do que lacunas práticas no município de Florianópolis, os profissionais enfrentam dificuldades na rotina do trabalho. A experiência da entrevista como lugar de desabafo, de compartilhamento e de pedido de ajuda mobilizou-me no sentido de olhar estes cuidadores acima das críticas e auxiliou-me a compreender a eles também como pessoas em sofrimento psíquico. Sufocados pela demanda, os profissionais e a gestão não articulam propostas e planejamentos de cuidado em saúde mental e apresentam dificuldades em se colocar no lugar do outro, intensificando o cuidado pessoalizado e o distanciamento das equipes.

O momento de construir a política e de pensar de que forma será organizado o cuidado já foi concretizado. Precisa-se, agora, avaliar de que forma estas políticas estão sendo aplicadas. Isto, não com o intuito de exterminá-las, mas como estratégia de diagnosticar as lacunas existentes e as possíveis implementações concretas de práticas de cuidado, refletindo e promovendo o modelo psicossocial.

Para tanto, é preciso dar atenção aos profissionais que participaram da construção desta política, investir na formação destes profissionais nas universidades, estreitar a parceria da academia com os serviços, enfim, propor um novo percurso à reforma psiquiátrica. São necessários estudos que promovam a mudança do modelo de cuidado em saúde, não somente em saúde mental, mas para todos os âmbitos.

As concepções sobre o cuidado em saúde mental no país são um mosaico das concepções históricas sobre a loucura. Ainda estão presentes na rede e na gestão concepções e práticas que estigmatizam, isolam, infantilizam e consideram perigosos os sujeitos em sofrimento psíquico.

O modelo psicossocial vem sendo discutido no Brasil a partir da década de 90. Após 27 anos, ainda não obtivemos êxito na implantação de dispositivos que viabilizem este modelo de cuidado, muito menos adotamos de maneira significativa posicionamentos psicossociais nas universidades e nas lideranças/gestões governamentais. É um caminho tortuoso no qual estamos pisando. Nele pretendemos, questionando, avaliar, reformular e aplicar cuidados em saúde mental que deem conta de assegurar a saúde coletiva.

O cuidado em saúde mental ainda é visado pela lógica da doença e do diagnóstico. Para os pontos da gestão que lidam com a saúde mental, pensar em estratégias significa pensar no envolvimento dos Caps e dos Nasf saúde mental (psiquiatra, psicólogo e assistente social). Não há uma concepção sobre a prevenção e promoção da saúde mental,

muito menos de viabilidade de outros profissionais da saúde se envolverem no cuidado, como o nutricionista, o fisioterapeuta, o enfermeiro, outros técnicos, etc. Esta lógica de pensar o ser humano em compartimentos e o excluir os processos psíquicos e emocionais dos outros âmbitos da saúde levam a pensar no potencial do diálogo com uma proposta de saúde ampliada, induzindo, desta forma, a pensar o ser humano verdadeiramente integral.

Este estudo não esgota o tema sobre cuidados em saúde mental, mas pelo menos pretende inaugurar um novo momento de discussão e de possibilidades no campo da saúde pública. Busca-se, aqui, estabelecer evidências que apontam para a necessidade de resgatar questões primárias da reforma psiquiátrica e dos movimentos mundiais. Esta potencialidade, quase que invisível, permite-nos alcançar aspectos importantes da desinstitucionalização do sofrimento psíquico.

As dificuldades enfrentadas durante o processo da pesquisa se deveram às diferenças de concepção sobre a saúde como um todo. A impossibilidade de acesso ao território norte incita a refletir sobre a participação intersetorial e os movimentos que acontecem neste lugar do município. Claro que o processo de trabalho se dará de maneira diferente em cada território, respeitando-se, assim, a cultura de cada comunidade. Porém, dificultar o acesso da pesquisa e não se envolver com a saúde mental é um reflexo das barreiras que o modelo de cuidado biologicista e reducionista impõe ao contexto da saúde e da academia.

Facilidades é preciso reconhecer, também foram encontradas neste processo de pesquisa, como: a disponibilidade dos profissionais e gerentes entrevistados; o acesso a seus locais de trabalho; o envolvimento com o decorrer da entrevista; a entrega emocional e a confiança depositada em mim pelos trabalhadores que se dispuseram a trabalhar comigo. Estes pontos, além de tornarem possível a pesquisa, representaram uma oportunidade a mais para refletir sobre o tema do cuidado em saúde mental.

Sugere-se a produção de projetos que permitam modificar, e dar-lhe andamento, o processo de educação permanente dos profissionais que atuam no Nasf, como também ao matriciamento da ESF. Vislumbrar diferentes práticas, discursos e concepções sobre a loucura e a experiência do sofrimento psíquico promove a transformação social, graças ao trabalho dos profissionais de saúde e à gestão que pensa as estratégias.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 85–93, mar. 2011.

AMARANTE, PAULO. (Org.). O Movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil: a desinstitucionalização como desospitalização, como desassistência, como desconstrução. In: _____. **O Homem e a Serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ATENCIA, M. Positivismo y Neopositivismo. **Anales Del Seminario de Metafísica**, n. 25, Madri: Universidad Complutense, 1991, p. 143 – 154.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em: 26 jan. 2016.

_____. 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), 2010. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria_4279_301210.pdf Acesso em: 7 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde, 2011. Disponível em:
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html> Acesso em: 7 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2007.

BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 803–813, dez. 2010.

CAMPOS, R. O. Clínica a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. 2001, v. 25, n. 58.

CAMPOS, W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CHAVES, BRUNNA; PEGORARO, RENATA. Contribuições do arranjo "equipe de referência" a um CAPS. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**. Rio de Janeiro, 2013, v. 13, n. 3, p. 939-956

COOPER, H. **The integrative research review: a systematic approach**. Newbury Park: Sage; 1989.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. DE A. Mental health in primary health care: practices of the family health team. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 45, n. 6, p. 1.501–6, 2011.

COSTA-ROSA, A. Modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: < <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 6 jul. 2017.

DIMENSTEIN, Magda et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Rev. Polis e Psique**. v. 2, 2012.

DUARTE, Eduardo Oliveira Salinas et al. Characterization of the assistance practices in mental health care networking: an integrative review. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 191-199,

dez. 2012. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2017.

ELY, Gabriela et al. Internação psiquiátrica: significados para usuário de um centro de atenção psicossocial. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v. 10, 2014, p. 23-28.

FARIA, Maria Luisa Vichi de Campos; GUERRINI, Ivan Amaral. Limitations of the hegemonic scientific paradigm for dealing with mental distress at primary healthcare units. **Interface (Botucatu), Botucatu**, v. 16, n. 42, p. 779-792, set. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2017.

FERREIRA, Fernanda Nunes et al. Evaluation of Attitudes toward Schizophrenic Patients among Health Students. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 542-549, dez. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000400542&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2017.

FIORAMONTE, A. et al. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 12, n. 2, p. 315–322, 2013. SANTOS, G. A.;

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2011.

FOUCAULT, M. Loucura e Cultura. In: _____. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975, p. 71-86.

_____. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2000.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade. Rio de Janeiro: LTC, 4 ed., 1998.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

KATES, N.; MCPHERSON-DOE, C.; GEORGE, L. Integrating Mental Health Services Within Primary Care Settings. **Journal of ambulatory care management**. Apr./Jun. 2011

LANCETTI, ANTONIO; AMARANTE, PAULO. Saúde mental e saúde coletiva. In: GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS et al. **Tratado**

de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro, 2006, p. 615 – 634.

LIMA, Ana et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas em Psicologia.** v. 21, 2013, n. 1, p. 71-82.

LUCHESE, R. et al. Saberes profissionais na atenção primária à saúde da pessoa/família em sofrimento mental: perspectiva Le Boterf. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 48 Spec No, n. SPE2, p. 123–31, 2014.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. **Fractal : Revista de Psicologia,** v. 28, n. 1, p. 37–45, abr. 2016.

MANTZAVINOS, CHRYSOSTOMOS. Traduzido por Alexandre Braga Massella. O círculo hermenêutico: que problema é esse? **Tempo social: revista de sociologia da USP.** v. 26, n. 2, 2014.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** São Paulo: Atlas, 5 ed., 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 14ª ed., 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Relatório Mundial de Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: 1ª ed., 2002. Disponível em <
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1> Acesso em: 6 jul. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEGORARO, R. F.; CASSIMIRO, T. J. L.; LEÃO, N. C. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicologia em Estudo,** v. 19, n. 4, p. 621–631, 2014.

PEREIRA, Thaís; SANTOS, Manoel. Grupo de cuidado com a equipe de saúde mental: uma estratégia de desenvolvimento profissional. **Journal of Human Growth and Development.** v. 22, 2012, p. 1 - 8.

PEIXOTO, Mônica; MOURÃO, Anna; JUNIOR, Octavio. O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 21, ed. 3, 2016, p. 881 - 890

PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, ed. 2, 1994.

RÉZIO, Larissa et al. Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial. **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 19, 2015, p. 793- 803.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 44, n. 2, p. 376–382, jun. 2010.

SANTOS, G.; NUNES, M. DE O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: O que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis**, v. 24, n. 1, p. 105–125, 2014.

SCHENEIDER, D. R.; LIMA, D. S. DE. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, v. 42, n. 2, p. 168–178, 2011.

SCHMIDT, Lawrence K. **Hermenêutica**. Petrópolis: Vozes, 2014, ed. 3.

SZASZ, T. S. A fabricação do estilo médico. In: _____. **A fabricação da loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1971, p. 242-278.

VASCONCELOS, Mardência et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface**. v. 20, 2016, p. 313 – 323.

VASCONCELLOS, M. J. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. 9. ed. Campinas: Papyrus, 2002.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Você está sendo convidado (a) à participar, como voluntário (a), na pesquisa que tem como título “**A epistemologia do cuidado em saúde mental**”. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Mariana Peres Trajano do programa de Pós-Graduação profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Prof^a. Dra. Magda do Canto Zurba.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a epistemologia do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial de Florianópolis. O Brasil vive hoje a complexidade da tensão políticas públicas nacionais no que diz respeito à epistemologia do cuidado na saúde mental. As diferentes formas de compreender teoricamente e praticar o cuidado em saúde provocam inúmeros nós e escancaram o impasse político, ético e conceitual no dia a dia dos dispositivos da rede de atenção psicossocial e nos *fazeres* dos profissionais da saúde.

Durante a pesquisa você participará de uma entrevista aberta em um horário, dia e local mais convenientes para você. Ressaltando que você não é obrigado a responder a todas as perguntas na entrevista, bem como caso queira desistir do estudo. A entrevista será gravada para facilitar a análise dos dados.

A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre a epistemologia do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial de Florianópolis, fazendo parte da conscientização da sociedade a respeito da natureza da construção do conhecimento científico.

Durante a entrevista e o processo de pesquisa aspectos desagradáveis podem acontecer. Segue alguns possíveis danos da pesquisa: cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao se expor durante a realização da entrevista; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a gravação de áudio; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de

reflexões sobre sua prática profissional e seu ambiente de trabalho. Caso você identifique que exista a necessidade, todo o auxílio psicológico será disponibilizado.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, porém sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Desse modo, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado à você. Caso você experiencie danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa, inclusive relacionados à quebra de sigilo, você tem o direito de recorrer judicialmente por indenizações.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado pela pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail abaixo. Os dados da pesquisa serão apresentados no ano de 2017 na Universidade Federal de Santa Catarina, sendo assim você poderá, caso haja interesse, da apresentação.

Sinta-se absolutamente a vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Ao decidir deixar de participar da pesquisa você não terá qualquer prejuízo no restante das atividades.

Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para participar da pesquisa destacamos a importância de estar acontecendo em um local de fácil acesso para você, portanto você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa.

Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido. Portanto, se acontecer algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente

consubstanciada. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (48) 84280330, email mariana.p.trajano@gmail.com, endereço profissional Rua Madalena Barbi, 81 – Centro/Fpolis - 88015190. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094 e email cep.propesq@contato.ufsc.br.

Este documento foi elaborado em duas vias e todas as suas páginas devem ser rubricadas pelas partes interessadas.

Eu, _____, RG, _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Contato com as pesquisadoras responsáveis:

Magda do Canto Zurba, Dra.
macanzu@gmail.com

Mariana Peres Trajano
mariana.p.trajano@gmail.com

ANEXO B – CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES



Eu _____
_____ permito que os pesquisadores relacionados
abaixo obtenham:

() gravação de voz, de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma. As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da
pesquisa e/ou paciente: _____

RG: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Contato com as pesquisadoras responsáveis:

Magda do Canto Zurba, Dra.
macanzu@gmail.com

Mariana Peres Trajano
mariana.p.trajano@gmail.com

ANEXO C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- qual sua trajetória até aqui?
- como compreende o que é saúde?
- quais as experiências?
- quais as dificuldades/facilidades na inserção do campo?
- como compreende o que é cuidado em saúde mental?
- o que você conhece da Lei nº 10.216 e da RAPS?

ANEXO D – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



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

Florianópolis, 18 de Julho de 2016

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado “**A Epistemologia no Cuidado em Saúde Mental**”, das pesquisadoras responsáveis *Mariana Peres Trajano*. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com as rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando **seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH** e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matricula 26212-9
SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Florianópolis

ANEXO E – PRIMEIRA DECLARAÇÃO DO PERÍODO AUTORIZADO PARA COLETA DE DADOS



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

OE 01/SMS/GAB/RH/2016

Florianópolis, 29 de agosto de 2016.

Prezada,

Informamos que a pesquisa intitulada “EPISTEMOLOGIA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL” da pesquisador responsável Mariana Trajano , está *autorizada* para ser realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, junto à Gerência de CAPS, Gerência de atenção primária em saúde e Distritos Sanitários.

A pesquisadora irá convidar representante da Gerência de CAPS e da Gerência de Atenção Primária em Saúde para serem entrevistados. Além disso, irá solicitar aos distritos sanitários, breve pauta na reunião distrital NASF para convidar psiquiatras e psicólogos a também participarem da pesquisa.

O período autorizado para a coleta de dados é de 01/09/2016 a 20/12/2016.

Caso seja necessária a prorrogação do período, as pesquisadoras devem contatar a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, para a emissão de novo ofício. Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para o Setor de Educação em Saúde, por e-mail, para o seguinte endereço educaemsaude@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matrícula 26212-9

SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Setor de Educação em Saúde
Assessoria em Gestão de Pessoas

Ilustríssima Senhora
MARIANA TRAJANO
Nesta

ANEXO F – SEGUNDA DECLARAÇÃO DO PERÍODO AUTORIZADO PARA COLETA DE DADOS



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

OE 128/SMS/GAB/RH/2016

Florianópolis, 28 de novembro de 2016.

Prezada,

Informamos que a pesquisa intitulada “EPISTEMOLOGIA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL” da pesquisador responsável Mariana Trajano, está autorizada para ser realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, junto à Gerência de CAPS, Gerência de atenção primária em saúde e Distritos Sanitários.

A pesquisadora irá convidar representante da Gerência de CAPS e da Gerência de Atenção Primária em Saúde para serem entrevistados. Além disso, irá solicitar aos distritos sanitários, breve pauta na reunião distrital NASF para convidar psiquiatras e psicólogos a também participarem da pesquisa.

O período autorizado para a coleta de dados é de 01/09/2016 a 20/03/2017.

Caso seja necessária a prorrogação do período, as pesquisadoras devem contatar a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, para a emissão de novo ofício. Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para o Setor de Educação em Saúde, por e-mail, para o seguinte endereço educaemsaude@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matrícula 26212-9
SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Setor de Educação em Saúde
Assessoria em Gestão de Pessoas

Ilustríssima Senhora
MARIANA TRAJANO

Nesta

APÊNDICES

APÊNDICE A – DIÁRIO DE CAMPO DISTRITO SUL

Foi difícil encontrar o local certo da reunião do Nasf Sul. Previamente recebi o local e horário de todas as reuniões distritais e fui ao local determinado. Não era lá e nenhum profissional sabia da existência desta reunião.

A secretária da coordenação do local ligou para o distrito perguntando se existia essa reunião e onde seria. Falei com a pessoa ao telefone, que ficou responsável por verificar se fora cancelada ou o local exato da reunião. Ok. Esperei, fui embora, e depois de alguns minutos me ligaram dizendo onde seria a reunião. Fui ao local.

Chegando lá, um pouco atrasada depois dos desencontros, somente 3 profissionais na sala. Durante conversa informal, antes do início da reunião, me apresentei aos presentes falando um pouco sobre minha pesquisa: tema, objetivos, método. Aos poucos as pessoas foram chegando.

Ainda antes do início oficial da reunião, dois profissionais conversaram sobre a não preparação dos residentes multiprofissionais: “se eles saírem sabendo o que é a reforma eu já estou contente” (SIC Profissional). Os profissionais estavam discutindo que os residentes não sabiam nada sobre a reforma, os dispositivos de saúde mental, formas de abordar as crises, como observar a história dos usuários, etc.

Com 1h30 de atraso foi iniciada a reunião. Primeiramente a ata da reunião anterior foi lida. Os pontos principais dessa ata continham: casos de usuários discutidos, contextualização de cada caso, encaminhamentos para o caso, profissionais envolvidos na discussão, encaminhamentos para a próxima reunião. A ata abordava sintomas, rede, usuários, história de vida, diagnósticos, profissionais, relações.

Assim, iniciou-se a ata desta reunião. Os presentes, informes, quem tinha caso para discutir, quantos casos.

Fui convidada a apresentar a pesquisa novamente, agora oficialmente com a reunião iniciada. Após minha fala um profissional me pergunta: “tu vai falar sobre o cuidado em saúde mental dos usuários ou sobre o cuidado em saúde mental dos profissionais? Por que se for dos profissionais eu já te respondo – NÃO temos nenhum cuidado!”.

Quando os profissionais estavam falando sobre seus casos foi possível observar: troca de informações, história de vida dos usuários, contextualização dos casos, grupos nos CS e Centros Comunitários, encaminhamentos para média complexidade e para a Atenção Primária, cuidado compartilhado entre níveis de atenção, inclusão de outras políticas no cuidado (intersetorialidade – CRAS/CREAS, PAEFI).

Na discussão de um dos casos foi muito interessante ouvir os profissionais trazendo para a reunião o que estava acontecendo com o usuário, quais as passagens nos dispositivos envolvidos no cuidado (CS com NASF e CAPS ad) e qual o encaminhamento: “temos que esperar o tempo dele” (SIC profissional).

Durante a discussão de outro caso, agora envolvendo o cuidado e a medida protetiva do HCTP, os profissionais abordaram questões judiciais, questionaram os cuidados prestados pelo dispositivo, discutiram a dificuldade do usuário em aderir ao CAPS e como potencializar o cuidado com a possibilidade de acionar a Atenção Primária: “vamos pensar juntos. O que faz esse usuário não vincular na rede?” (SIC profissional). Todos os profissionais trabalharam em cima desta conversa, pensando juntos em como vincular o usuário. Outro ponto discutido neste caso foi como incluir no cuidado os profissionais que “não fazem parte” do cuidado em Saúde Mental.

Quando os profissionais começaram a discutir sobre casos que estavam em lista de espera a gerência se pronunciou dizendo que existem alguns casos graves que a rede não está conseguindo absorver. Os motivos são inúmeros, porém o principal é a falta de profissionais para dar conta das demandas da rede. Neste sentido, a gerência criou a lista SENTINELA, que contém casos que precisam de cuidados enquanto o NASF ou CAPS não dão conta. Esses usuários são vinculados à Atenção Primária, tendo a atenção e cuidado da ESF (equipe de saúde da família), possibilitando assim a integração dos profissionais e potencializando o matriciamento.

Neste momento a gerência informou os profissionais sobre decreto que saiu no diário oficial a respeito da comunicação via e-mail entre profissionais da rede. Segundo o decreto, os e-mails agora são via de comunicação oficial. Os profissionais questionaram sobre o whatsapp e a gerência informou que ainda não foi oficializado a comunicação via whats. Os profissionais também ressaltaram que a comunicação via e-mail já acontece, porém via whats está se tornando algo cotidiano e mais rápido que e-mail.

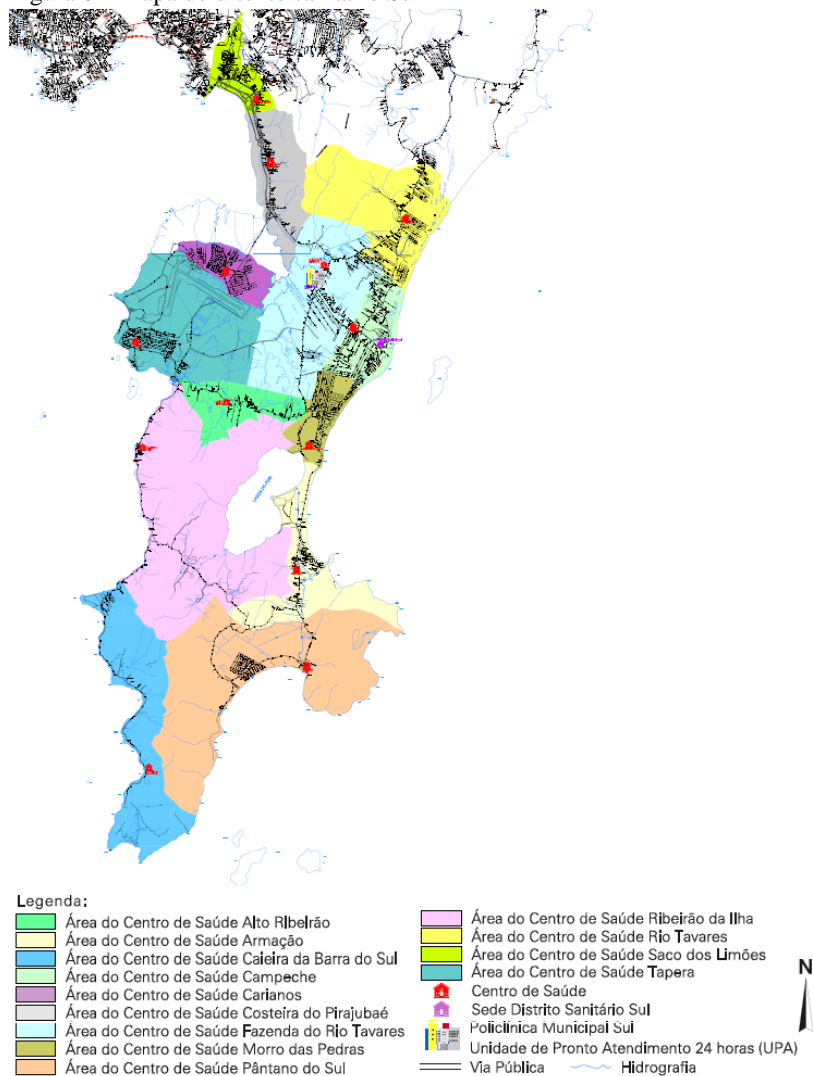
Outra comunicação da gerência foi a respeito do matriciamento. Devido ao desfalque nas equipes NASF agora os profissionais dos CAPS também são matriciadores da rede. O contato entre ESF e CAPS pode ser feito através do e-mail, que oficializou como meio de comunicação oficial.

Na discussão sobre outro caso de usuário foi abordado novamente o cuidado compartilhado. CAPS ad não aceitou o cuidado do usuário encaminhado pelo NASF na reunião passada. NASF argumenta que o

encaminhamento foi para cuidado compartilhado, pois na Atenção Primária o NASF não tem como atender todas as demandas do usuário, que corre sérios riscos.

Além dos temas citados a cima, também foram abordados os seguintes: a burocratização do cuidado (e-mails, prontuários, etc), atualização dos prontuários sobre o que é acordado na reunião, a mediação da gerência nos conflitos entre profissionais.

Figura 6 – Mapa do distrito sanitário Sul



Fonte: Secretaria Municipal de Florianópolis, 2013

APÊNDICE B – DIÁRIO DE CAMPO DISTRITO CENTRO

Cheguei ao local da reunião com 20 minutos de atraso, imaginando que a reunião já tivesse começado e que todos os participantes já estariam no local. Porém, não foi assim. Na sala onde a reunião aconteceria estavam somente 3 profissionais (psicóloga NASF, assistente social NASF e residente multiprofissional). Enquanto os profissionais foram chegando fui me apresentando e falando um pouco sobre minha pesquisa: tema principal, objetivo e método. Quando estávamos num número razoável começamos com uma apresentação geral. Cada profissional disse seu nome e o cargo que ocupa na rede.

Com a presença de alguns novos profissionais da rede, foi um momento também de apresentação. A organização da reunião se deu através da pergunta: “quem trouxe caso?”. Lembrou-me um pouco das supervisões da minha área de atuação, psicologia.

Cada profissional trouxe um encaminhamento ou uma discussão para o grande grupo. Este momento foi como se cada dispositivo estivesse ali, frente a frente, trocando sobre usuários e relatando os caminhos na rede de atenção à saúde mental. Tive a sensação que cada um deles fosse um bloquinho, uma caixa, uma construção, e cada um representava, por assim dizer, aquela instituição. Uns mais implicados emocionalmente com os casos e as histórias das pessoas, outros mais distantes, menos atentos, menos participativos.

Alguns tópicos sobre a rede foram abordados, como por exemplo: encaminhamento de usuários para terapia em clínicas escola, uma vez que a rede não consegue absorver os casos individuais (lista de espera na agenda); outros dispositivos da rede que são acessados pelos usuários, como centros comunitários, cursos, igrejas, etc; intersetorialidade das políticas públicas.

A gerência interferiu em alguns momentos pontuais na discussão dos casos. Porém, foi requisitada a entrar no diálogo dos profissionais quando o tema era a própria política de saúde mental e a organização da rede em Florianópolis. Um dos temas mais complexos abordados na reunião foi sobre a possibilidade de extinção das reuniões distritais de saúde mental. Os profissionais se mostraram mobilizados pelos rumores sobre a extinção, uns a favor, outros contra. A gerência interviu no sentido de defender o espaço, buscando estreitar o discurso com os ideais das políticas de intersetorialidade e da Reforma Psiquiátrica, ressaltando que essas reuniões são estratégicas para fincar o espaço da saúde mental na atenção básica. Outra questão levantada foi o decreto do

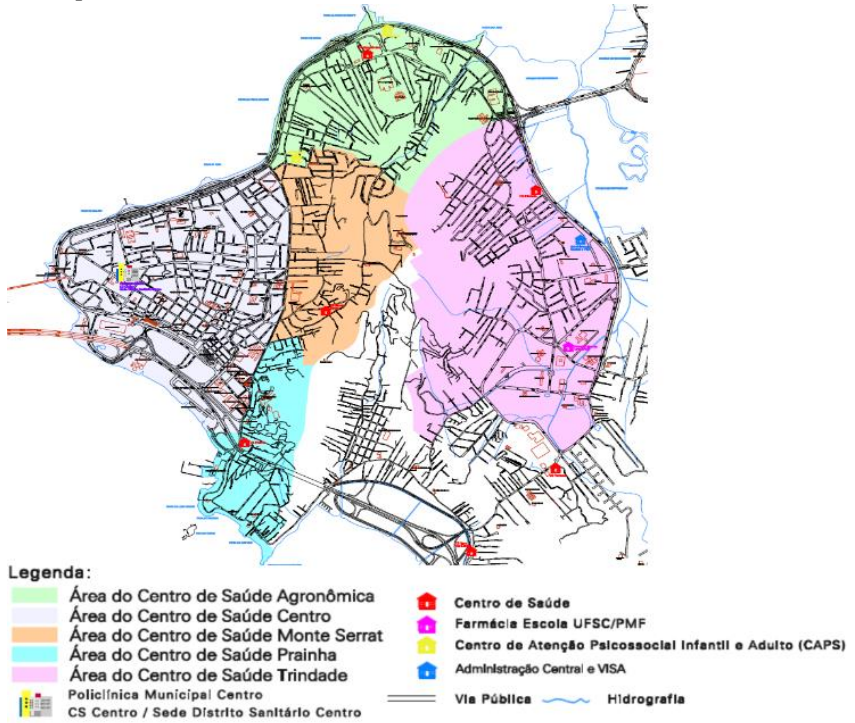
Ministério da Saúde sobre não credenciar outros dispositivos de saúde mental e a possibilidade de fechar os que já existem, devido aos movimentos nacionais de economia e de mudança paradigmática no setor de gerência do MS. Um ponto importante na reunião foi o tema da judicialização dos encaminhamentos e da saúde.

Percebi em alguns profissionais a dificuldade em entrar com o sofrimento do outro e com o seu. Na reunião houve um momento em que duas psiquiatras estavam discutindo um caso em comum, uma psiquiatra era do CAPS II e a outra do NASF. O discurso da profissional que trabalha no CAPS continha dados da história do usuário, os conflitos sociais, sintomas, diagnóstico, medicação, família, emoções, comportamentos. O discurso da profissional que trabalha no NASF foi limitado em sintomas, diagnósticos e medicação. Não houve brigas nem desentendimentos, porém ficou claro no discurso das duas uma diferença no olhar e no passar as informações para os outros profissionais.

Em um dos casos, a psicóloga do NASF trouxe um caso sobre uma criança que sofre violência e está sendo atendida no CS, compartilhando sobre o caso e perguntando a opinião dos outros profissionais. A mesma criança já foi atendida no CAPS i, sendo o cuidado compartilhado entre os dispositivos, não de responsabilidade de um profissional ou de um dispositivo. No momento de discussão surgiu o tema “segurança dos profissionais e o impacto disso no processo de cuidado em saúde mental”. O medo de alguns profissionais é nítido ao relatar a sua rotina, sendo prejudicial para o processo de trabalho e também para a saúde mental dos próprios profissionais.

No final da reunião presenciei o embate entre psicóloga NASF e psiquiatra NASF. Numa discussão de um caso compartilhado entre as duas, as duas discordavam do diagnóstico e do processo terapêutico. Também ficou claro a disputa dos conhecimentos e a implicação pessoal na profissão.

Figura 7 – Mapa do distrito sanitário Centro



Fonte: Secretaria Municipal de Florianópolis, 2013

APÊNDICE C – DIÁRIO DE CAMPO DISTRITO CONTINENTE

A reunião começou com o compartilhamento de informes gerais. O primeiro tema de informes foi sobre a oficialização da comunicação entre os profissionais das equipes de saúde da família, NASF e CAPS II para matriciamento e discussão de casos por e-mail. A novidade foi trazida pelo enfermeiro do CAPS ad, sem saber muito sobre o assunto, deixou todos os profissionais presentes confusos sobre o assunto. Assim que a gerência chegou à reunião foi esclarecido o assunto, aliviando os profissionais.

Este mesmo enfermeiro estava responsável pela ata da reunião. Não houve leitura da ata da reunião passada, somente o início desta.

A reunião começa com a compreensão que as ESFs tem sobre o CAPS. Os profissionais discutem como esclarecer à esses profissionais sobre o trabalho do CAPS e a proposta vigente de cuidados da SM na atenção primária, sendo uma possibilidade o cuidado compartilhado. Um dos profissionais trás a ideia de apresentar a RAPS para os médicos de família, propondo outros pontos da rede e possíveis alinhamentos com as unidades básicas. Neste momento o profissional do CAPS II presente apresenta alguns grupos que acontecem no dispositivo e a ideia do cuidado compartilhado.

A discussão de casos me pareceu pautada no encaminhamento CAPS – NASF e no matriciamento do NASF. Foi uma reunião diferente, a sensação que fiquei foi que o CAPS estava no meio de uma roda orientando os profissionais NASF o que eles deveriam fazer. O diálogo foi baseado em sintomas, descrição de traços de personalidade, diagnósticos. A gerência, quando tinha conhecimento do caso, intervia com a contextualização da vida do usuário, trazendo uma ideia da pessoa, da vida, dos afazeres, das relações familiares.

Na discussão de um dos casos, trazido pela residente de assistência social, é apresentado a questão dos cortes dos passes livre, impossibilitando o tratamento psicossocial de alguns usuários, uma vez que dependem do passe para ir ao CAPS. É ressaltado a importância agora, mais do que nunca, o acompanhamento dos usuários na AP e o cuidado compartilhado entre os níveis de saúde. Neste momento também foi discutido sobre os ganhos secundários que os usuários tem por estarem em tratamento no CAPS e de não trabalhar, os benefícios do diagnóstico e como trabalhar com os usuários isso.

O profissional do CAPS II também fala sobre a construção dos projetos terapêuticos singulares. Segundo ele, são construídos numa

reunião multiprofissional, que às vezes somente um profissional está presente, junto com os novos usuários.

Em outro caso foi abordado o tema das famílias implicadas no cuidado com os usuários. Os profissionais cobram que a família seja acionada e mobilizada pelo cuidado, possibilitando assim cuidado à família como um todo.

Algo que mobilizou muito os profissionais foi a discussão sobre a falta de profissionais na rede e o adoecimento/afastamento dos que ainda estão trabalhando nos dispositivos de saúde. A questão veio à tona pelo fato de os psicólogos presente falarem com a gerência sobre a falta de psiquiatras em algumas unidades básicas, deixando a ESF sem respaldo, matriciamento ou inter-consultas. Inclusive, os que estão na rede tem diminuído carga horária. Os profissionais discutem que é difícil trabalhar na rede, que há muito contato com vulnerabilidade social e que os psiquiatras não querem entrar em contato com isso. Preferem o consultório particular, que é um mercado muito mais rentável, do que estar nas comunidades fazendo visita domiciliar e lidando com o não acesso à fraldas geriátricas, por exemplo.

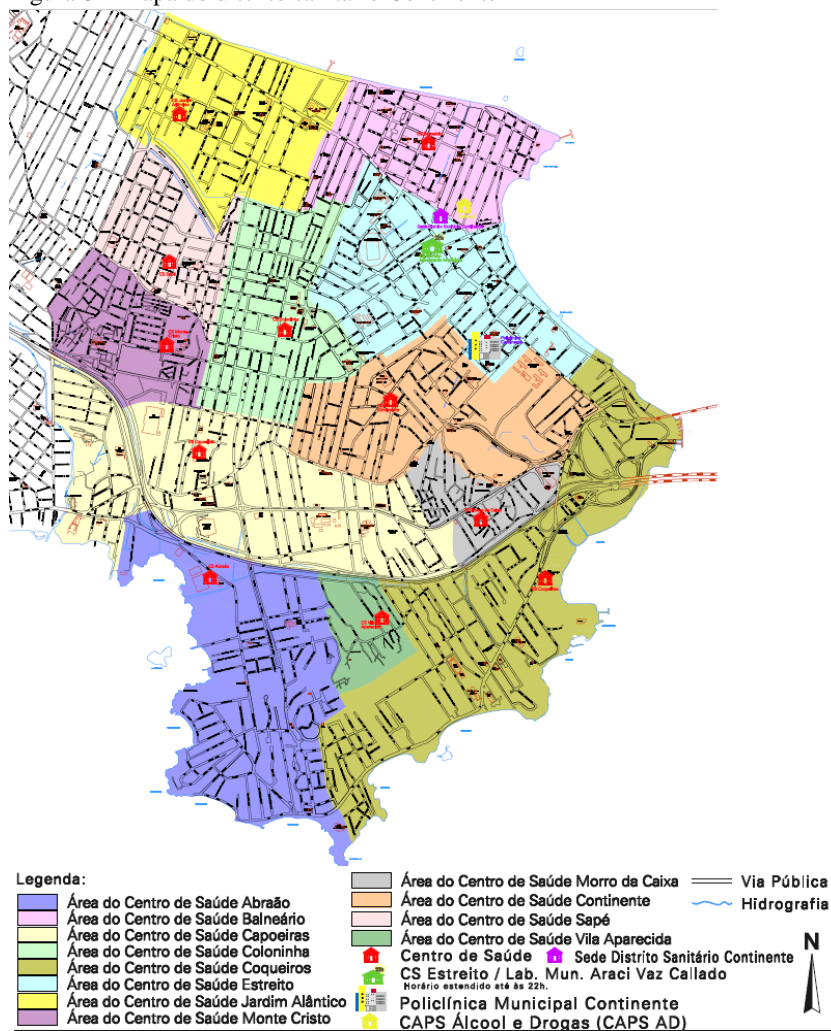
A gerência acalma os profissionais, dizendo que está difícil os recursos humanos, principalmente psiquiatras, que a gestão dá mais ênfase para outras especialidades e os psiquiatras chamados não tem interesse. Outro dado importante trazido pelo representante da gerência foi que temos que entender que a compreensão do processo saúde/doença de alguns colegas é diferente do “nosso”.

Os profissionais começam então a discutir a atual situação econômica e política do país. Trazem a PEC 241 como pauta para a reunião. O processo político que está transbordando na prática dos profissionais e nos dispositivos: desemprego, sucateamento de usuários, piora no RH e nas condições físicas dos dispositivos, não investimento.

Alguns profissionais ressaltam que é importante vislumbrar a profissão como ator social, possibilitando a discussão com os usuários sobre esses temas.

Fico também com a sensação que a equipe precisa de cuidados, muito desgaste emocional e físico.

Figura 8 – Mapa do distrito sanitário Continente



Fonte: Secretaria Municipal de Florianópolis, 2013