



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF**

ANA CAROLINA DE SOUZA PIERETTI

**SUPERANDO A ARIDEZ DO SEMIÁRIDO: ENCONTROS ENTRE SAÚDE
MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS NO ALTO
SERTÃO PARAIBANO**

NATAL

2014

ANA CAROLINA DE SOUZA PIERETTI

SUPERANDO A ARIDEZ DO SEMIÁRIDO: ENCONTROS ENTRE SAÚDE
MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS NO ALTO
SERTÃO PARAIBANO

Trabalho de dissertação para obtenção do título
de mestre em Saúde da Família (com
concentração em gestão do cuidado) pela
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientadora: Dr^a. Ana Karenina Arraes Amorim

NATAL

2014

Ana Carolina de Souza Pieretti

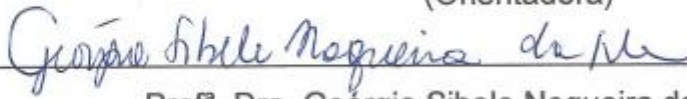
SUPERANDO A ARIDEZ DO SEMIÁRIDO: ENCONTROS ENTRE SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

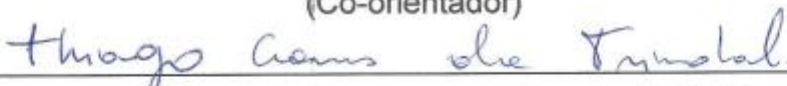
BANCA EXAMINADORA


Profª. Dra. Ana Karenina Arraes Amorim - UFRN

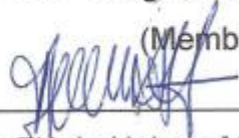
(Orientadora)


Profª. Dra. Geórgia Sibeles Nogueira da Silva - UFRN

(Co-orientador)


Profº. Dr. Thiago Gomes da Trindade - UFRN

(Membro Interno)


Profª. Dra. Flávia Helena Miranda De Araújo Freire - UnP

(Membro Externo)

Natal, 14 de abril de 2014.

UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede
Catalogação da Publicação na Fonte

Pieretti, Ana Carolina de Souza.

Superando a aridez do semiárido : encontros entre saúde mental e saúde da família na formação de médicos no alto sertão paraibano / Ana Carolina de Souza Pieretti. – Natal, RN, 2014.
86 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Kerenina Arraes Amorim.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestrado Profissional em Saúde da Família.

1. Saúde mental – Cajazeiras (PB) – Dissertação. 2. Cuidados primários de saúde – Dissertação. 3. Família – Saúde e higiene – Dissertação. 4. Educação médica – Dissertação. 5. Educação em saúde – Dissertação. I. Amorim, Ana Kerenina Arraes. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 613.86

À meu pai, que mesmo não estando comigo mais nesta vida, sem dúvida foi e é a maior fonte de inspiração para o estudo.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e minha irmã, por sendo minha família, me apoiarem nessa trajetória de estudos que me levou do litoral ao sertão, caminho inverso de quem foge da seca.

A Alexandre Amorim, Henrique Gonçalves, Jonas Sami e tantas outras pessoas que ajudaram a despertar e enraizar a minha paixão pela saúde mental e pela luta antimanicomial ainda na graduação. À Max, que além de me ensinar sobre saúde mental muito mais que toda a psiquiatria mostrando o lado positivo da loucura, me mostrou que alienados são os outros que não lutam pela transformação deste mundo.

À Ana Karenina, que além de fazer parte da minha trajetória enquanto estudante militante da Reforma Psiquiátrica, quando nos reencontramos no mestrado teve toda a paciência de ser minha orientadora e ainda ser capaz de escutar.

A Vinicius Ximenes, que além de ser uma referência desde o movimento estudantil de medicina me arrastou para a docência e tem sido um exemplo de lutador pela saúde onde quer que esteja. Também me ensinou a ter paciência e ser menos ansiosa, condições fundamentais nos nossos trabalhos.

Às inúmeras pessoas do movimento estudantil de medicina que me ajudaram a permanecer neste curso que quase abandono ao me deparar com a máquina de moer sonhos que pode ser a medicina. Esses amigos me fizeram perceber que a saúde é um direito e que lutar pela saúde das pessoas é a melhor medicina que pode ser feita e que isto não se aprende dentro de sala de aula. Alexandre, Lúcia, Rafaela, Marcos Asas, Giliate, Ramon, Vinícius, Pedralva, Ari, Henrique, Emile, Hugo, Thiago, Tadeu, Paulo, Érika, Sheila, José Medeiros, Thiago Bezerril e Cestaroli, Alice, Augusto, Saliciano, Julianna, Lucirene e tantos outros.

Às pessoas da militância que me motivam a seguir em frente na luta por uma sociedade mais justa. Agradeço a todos da Consulta Popular, do Levante Popular da Juventude e da Marcha Mundial das Mulheres, onde hoje tenho minha militância e encontro sentido de minhas ações.

A Ronney, Hélio, Oona, Alice, Hígor, Greici, Sofia e todas as pessoas que me ajudaram nas dificuldades que enfrentei ao longo do ano de 2013, o que foi decisivo para ter resiliência e conseguir seguir em frente nesta pesquisa e em tudo mais.

Aos meus estudantes que me motivam diariamente na docência, nutrindo minha paixão de conquistar corações e mentes para serem médicas e médicos a serviço do povo.

A Marcelo, que tem me ensinado que a vida pode ser simples e as coisas sempre dão certo e que se não dão, é porque algo melhor está por vir. E assim pode ser para o amor.

“Já faz tempo que escolhi

A luz que me abriu os olhos
para a dor dos deserdados
e os feridos de injustiça,
não me permite fechá-los
nunca mais, enquanto viva.
Mesmo que de asco ou fadiga
me disponha a não ver mais,
ainda que o medo costure
os meus olhos, já não posso
deixar de ver: a verdade
me tocou, com sua lâmina
de amor, o centro do ser.
Não se trata de escolher
entre cegueira e traição.
Mas entre ver e fazer
de conta que nada vi
ou dizer da dor que vejo
para ajudá-la a ter fim,
já faz tempo que escolhi.”

Thiago de Mello

RESUMO

A atenção primária à saúde é um importante cenário para o cuidado em saúde mental por suas características e pelo trabalho no território contribuir para a superação do modelo manicomial de atenção. Esta pesquisa partiu do questionamento sobre como acontece a atenção em saúde mental na atenção básica nas unidades em que se desenvolve a Residência de Medicina de Família e Comunidade em um município do sertão paraibano. Objetivou investigar as demandas de saúde mental e práticas de cuidado no contexto de ESF e da RMFC do município de Cajazeiras a partir do discurso dos profissionais ali inseridos e discutir estratégias de qualificação do cuidado em saúde mental nessa realidade. Utilizou-se abordagem qualitativa em que foram realizados grupos focais envolvendo profissionais de duas equipes da ESF e uma equipe de NASF. Os dados produzidos nos grupos foram analisados a partir do referencial da análise do discurso de inspiração foucaultiana. Como resultados evidenciou-se que os profissionais percebem a demanda em saúde mental na atenção básica principalmente na forma de sofrimento psíquico inespecífico e transtornos mentais graves. A atenção a essas pessoas não consegue superar a medicalização que é identificada por esses profissionais. A prática asilar persiste como alternativa para os casos de transtornos mentais graves, sendo limitada a incorporação do paradigma da desinstitucionalização como referencial para a prática profissional. Além disso, a relação com a rede de saúde encontra vários limites destacando-se a dificuldade de produção de continuidade e integralidade do cuidado. A partir disto, analisa-se a formação médica e sua capacidade de garantir o cuidado integral na atenção às demandas de saúde mental. No campo da pesquisa, dois modelos de formação se encontram. Os residentes participantes ou graduaram-se em Cuba ou em escola médica brasileira orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Percebe-se então que a graduação, ao incorporar questões relativas à integralidade do cuidado, não é suficiente para gerar bons profissionais para o SUS. Considera-se necessário somar às mudanças na graduação a perspectiva da Educação Permanente em Saúde no mundo do trabalho, o envolvimento dos profissionais com a transformação das práticas de atenção à saúde e a construção da perspectiva da integralidade e da atenção psicossocial por dentro da Residência de Medicina de Família e Comunidade como importantes estratégias para a formação de médicos generalistas aptos para a atenção às demandas de saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Educação Médica. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Primary health care is an important setting for mental health care not only because of its particulars but also because of the care in the territory contribute to overcoming the asylum model. This study started from the question about how was the mental health care in Primary Care Units in which it develops the Residence of Family and Community Medicine. The aim was to investigate demands on mental health and practices, based on the professional discourse, and develops the residence and the mental health care in Cajazeiras . We used a qualitative approach in which focal groups were conducted with residents and other members of both teams ESF and NASF. The speeches were analyzed from the reference of discourse analysis of Foucault's inspiration. It was found that professionals understand the demand for mental health care primarily as nonspecific psychological distress and serious mental disorders. Attention to these people is unable to overcome the medicalization that is identified by these professionals. Asylum persists as an alternative for cases of severe mental disorders, with limited incorporation of the paradigm of desinstitutionalization as a reference for professional practice. The relationship with the health units is difficult, with limited continuity of care, sometimes reproducing asylum practices. From this, we analyze the medical education and its ability to provide integral care in mental health. As the residents are or graduated in Cuba or in Brazilian medical schools getting in tune with the National Curriculum Guidelines, the reflection that even the medical course incorporates issues relating to integral care was conducted , it is not enough to generate good professionals for the SUS. Permanent Education in Health, professional engagement in changing healthcare practices and introduce mental health care inside the Residence of Family Medicine and Community are important strategies for training general practitioners to the attention of mental health demands .

Keywords: Mental Health. Primary Health Care. Family Health. Medical Education. Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ACS - Agente comunitário de saúde

APRENDERSUS - Política do Ministério da Saúde que visava estreitamento de relações entre a rede de saúde e instituições de ensino

APS - Atenção primária à saúde

CAPS I - Centro de atenção Psicossocial I

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial II

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial III (24 horas)

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CFM – Conselho Federal de Medicina

CINAEM - Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

DATASUS - Departamento de informática do Sistema Único de Saúde

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

ELAM - Escola Latino Americana de Medicina

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEC - Ministério da Educação

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PET-SAÚDE –Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PITS- Programa de Interiorização da Saúde

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMM - Programa Mais Médicos

PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas

PRORESIDENCIA - Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas

PRO-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

RAPS - Rede de Atenção psicossocial

RAS- Rede de Atenção à Saúde

RMFC - Residência de Medicina de Família e Comunidade

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

TCI – Terapia Comunitária Integrativa

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Campina Grande

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL: ENCONTROS E DESENCONTROS	14
2. ASPECTOS ÉTICOS E METODOLÓGICOS	23
3. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÕES, DEMANDAS E PRÁTICAS .	27
3.1. SUS, Atenção Básica e Saúde Mental.....	27
3.2. Concepções dos profissionais sobre demanda de saúde mental e desdobramentos práticos.	34
3.2.1. <i>Sofrimento psíquico difuso como demanda</i>	34
3.2.2. <i>A loucura traduzida em transtornos mentais graves: o objeto da saúde mental</i>	39
3.2.3. <i>Problemas por uso de álcool e outras drogas</i>	45
3.3. Atenção e Gestão do Cuidado na atenção à Saúde Mental	46
4. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA E A FORMAÇÃO MÉDICA EM QUESTÃO ...	53
4.1. Formação em saúde em mudança.....	53
4.2. No sertão paraibano, dois modelos de formação médica se encontram	58
4.3. Mudanças da formação médica e impactos na atenção psicossocial: discutindo possibilidades	64
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: REFLEXÕES SOBRE O ESTUDO E APONTAMENTOS PARA A PRÁTICA.....	70
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM EQUIPE	84
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM MÉDICOS RESIDENTES.....	85
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CONFORME RES. 196/96)	86

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado de pesquisa realizada durante o Mestrado Profissional em Saúde da Família junto à Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mais do que isso, é fruto das inevitáveis questões levantadas a partir do nosso trabalho cotidiano, seja na atenção básica à saúde, seja na docência às voltas com o desafio de formar jovens médicos no sertão da Paraíba. O sertão deste estado, da mesma forma que vários outros interiores deste Brasil, carece de médicos, carece de professores, carece de campos de ensino e assistência. Mas nem por isso podemos nos furtar de formar médicos nestes lugares para atender ao povo destas terras. O mestrado trouxe a oportunidade de materializar em pesquisa questões e angústias vindas da prática médica na atenção básica, prática docente em curso de medicina em disciplinas de saúde da família e psiquiatria, e ainda supervisora do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e consultora pedagógica do Ministério da Saúde para este programa.

A pesquisa teve como objeto de estudo o cuidado em saúde mental realizado no município de Cajazeiras em unidades básicas de saúde onde se desenvolve a Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). Objetivou investigar, a partir do discurso dos profissionais, as demandas de saúde mental e práticas de cuidado realizadas nesse contexto e discutir estratégias de qualificação do cuidado em saúde mental nessa realidade. Ao nos debruçarmos sobre as concepções de saúde mental e práticas realizadas nestas unidades, nos deparamos com material riquíssimo que possibilitou reflexões sobre os desafios atuais da atenção à saúde mental e da transformação da educação médica brasileira.

No Capítulo 1, **Atenção Básica e Saúde Mental: Encontros e desencontros**, é feita uma historicização sobre a atenção básica no Brasil como estratégia de redirecionamento do modelo de atenção à saúde e os encontros e desencontros deste processo com a reforma psiquiátrica brasileira e a configuração do campo da saúde mental e atenção psicossocial. Situamos esses encontros e desencontros no município de Cajazeiras, onde realizou-se a pesquisa. E a partir da apresentação deste campo problemático apresentamos os objetivos da pesquisa.

No capítulo 2, trazemos o percurso da pesquisa situando na perspectiva qualitativa e apresentando o estudo no que se refere aos procedimentos metodológicos, participantes da pesquisa, análise dos resultados além dos aspectos éticos envolvidos.

Os resultados e a discussão são divididos em dois capítulos. No capítulo 3, **Saúde mental na atenção básica: concepções, demandas e práticas**, trazemos quais as concepções

que estes profissionais têm sobre a demanda de saúde mental atendida, e que implicações isso traz para suas práticas de cuidado. Neste capítulo discutimos, a partir destas concepções, questões como articulação com a rede de saúde, persistências do modelo asilar, medicalização e práticas de cuidado promissoras percebidas no campo.

No capítulo 4, **Saúde mental na atenção básica e a formação médica em questão**, refletimos sobre o distanciamento ainda hoje entre a formação deste profissional e as necessidades postas pelo SUS, evidenciadas no cuidado em saúde mental o qual exige o desenvolvimento de práticas de cuidado orientadas pela integralidade.

No capítulo 5 apontamos as conclusões e considerações finais. Neste momento, trazemos tanto novas perguntas para futuras investigações que puderam ser vislumbradas ao final da pesquisa, como também apontamos para desdobramentos práticos na perspectiva para a formação em saúde, sobretudo ressaltando-se o contexto da RMFC.

1. ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL: ENCONTROS E DESENCONTROS

A atenção primária à saúde (APS), ou atenção básica (AB)¹ como vem sendo chamada nos documentos oficiais brasileiros, constitui-se em um nível do sistema sanitário onde as ações de saúde se desenvolvem de forma conectada ao território onde as pessoas vivem, buscando tanto promoção da saúde, prevenção de agravos, cura e reabilitação. Starfield (2002) aponta que a APS possui como atributos a atenção ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Estes atributos constituem a grande potência da APS na produção do cuidado às pessoas.

No Brasil, a APS tem como modelo organizador a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja origem remete ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Em 1994, é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual em 1998 adquire status de estratégia estruturante do sistema único de saúde (BRASIL, 2004b). Organizando as atividades em um território, trabalhando na perspectiva da vigilância à saúde e devendo substituir a rede básica tradicional, em função do importante papel que se espera que desempenhe na reordenação do modelo de atenção, passa a denominar-se então Estratégia Saúde da Família (PAIM, 2011).

Para Starfield (2002), a APS é mais adaptável e capaz de responder às necessidades de saúde, sendo que médicos neste nível de atenção lidam com uma variedade mais ampla de problemas e, pela sua proximidade maior ao ambiente dos pacientes em relação aos especialistas, estão em melhor condição de perceber a influência dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença.

Nesse cenário, as demandas de saúde mental apresentam-se e constituem um desafio para os trabalhadores em saúde. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) estima que 3% da população necessitam de cuidados continuados em saúde mental por transtornos mentais severos e persistentes, 9 % necessitam de atendimento eventual por transtornos mentais leves e ainda de 6 a 8 % necessitam de atendimento em função do uso de álcool e outras drogas. Uma revisão sistemática sobre a prevalência de transtornos mentais na população brasileira adulta aponta que este índice varia entre 20 a 56% da população (SANTOS & SIQUEIRA, 2010). No cenário da Saúde da Família, Gusso (2009) mostra em pesquisa realizada no sul do país que questões psicológicas estão entre os problemas e motivos de consulta mais comuns, sendo que as perturbações depressivas são o quinto problema entre mulheres. No que

¹ No Brasil, atenção básica e atenção primária à saúde são utilizadas como sinônimos (BRASIL, 2012c)

concerne à atuação das equipes de saúde da família diante desta problemática, o Ministério da Saúde aponta que mais da metade das equipes de atenção básica referem realizar alguma ação de saúde mental (BRASIL,2003).

Isso significa que as equipes já lidam com o cuidado em saúde mental em seu cotidiano. Como será que elas lidam? Será que conseguem se utilizar de toda a potência que o primeiro contato e a perspectiva da longitudinalidade próprios da APS trazem para garantir a integralidade? Será que no contato com a rede conseguem exercer seu papel de coordenadores do cuidado? Será que os profissionais se consideram capazes de lidar com a complexidade de questões que aparecem em cada situação de saúde mental que se apresenta?

Visualizar a atenção básica como um cenário favorável e necessário para o cuidado em saúde mental acaba sendo um caminho percorrido tanto em função da consolidação do SUS quanto do processo de reforma psiquiátrica vivenciado no país. Ao considerar o sistema de saúde como um todo, ao colocar a integralidade entre seus princípios e eleger este nível de atenção como de suma importância para a reorientação do modelo de atenção, é impossível ignorar as demandas de saúde mental que aparecem todos os dias nas unidades básicas. Já sob o olhar do processo de reforma psiquiátrica brasileira, esse cenário pode desempenhar papel estratégico na superação do modelo asilar.

A constituição do campo da saúde mental e o debate sobre o mesmo no âmbito do SUS tem suas origens no processo de reforma psiquiátrica brasileira e na luta antimanicomial. O processo de reforma psiquiátrica a que nos referimos é aquele que surge do movimento de trabalhadores em saúde mental, no bojo das lutas do movimento sanitário e redemocratização do país, trazendo uma crítica consistente ao modelo manicomial hegemônico no Brasil até o período. Durante a ditadura cívico-militar, aprofundou-se no Brasil o modelo asilar privatista, chegando a existir manicômios do tamanho de cidades, como o de Juquery em São Paulo, que chegou a ter 16 mil internos (AMARANTE, 2007). Inspiradas no processo de reforma psiquiátrica italiana, surgem experiências diferenciadas, como é o caso de Santos. Intervenções em hospitais psiquiátricos e a chegada a público das atrocidades cometidas nestes verdadeiros campos de concentração também propiciam o crescimento da crítica ao modelo asilar na sociedade. Esse modelo segregou não apenas os que tinham a alcunha de loucos, mas todo tipo de indesejáveis: negros, pobres, prostitutas, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento, epiléticos. Longe de qualquer fim terapêutico, este modelo retirava a dignidade ao submeter as pessoas a fome, frio, torturas. Mesmo crianças eram confinadas. E ao morrer, seus corpos eram vendidos às faculdades de medicina (ARBEX, 2013).

Em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual será importante ator na consolidação do movimento antimanicomial brasileiro (AMARANTE, 1995). O movimento assume, no congresso dos trabalhadores em saúde mental em Bauru (1987), o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Isso configura uma nova estratégia no sentido de superar o caráter técnico-científico do movimento e configurar-se como um movimento social propondo mudanças na sociedade e transformações profundas no campo da saúde mental (AMARANTE, 1995). O país vive um momento de ascensão das lutas de massas, acontecem grandes greves e a luta pela retomada de direitos de cidadania perdidos com a ditadura militar, e ainda consolidação do movimento de reforma sanitária e reivindicação de um novo sistema de saúde, cujo marco foi a oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986. A luta na trincheira institucional, ou seja, buscando consolidar no arcabouço legal do país direitos de cidadania foi uma tática utilizada tanto pelo movimento sanitário quanto posteriormente pelo movimento de luta antimanicomial.

Nesse sentido, marco legal importante da luta antimanicomial brasileira é o projeto de lei do deputado Paulo Delgado que surge em 1989, o qual previa a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos e substituição por outras modalidades de cuidados. Ainda neste ano, acontece a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, que leva ao fechamento desse hospício privado e substituição por uma rede de serviços que ia desde Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24h horas a projetos culturais e artísticos. O projeto de lei leva doze anos para ser aprovado em função principalmente da forte oposição feita pelos donos de hospitais, os empresários da loucura (AMARANTE, 2013). É aprovado em 2001, instituindo-se a política nacional de saúde mental pelo estado brasileiro. Apresenta, porém, importantes modificações em relação ao seu texto original que comprometem o projeto de desinstitucionalização pensado por setores do movimento antimanicomial, sobretudo no que se refere à retirada do texto da diretriz da extinção de hospitais psiquiátricos e substituição pela progressiva diminuição de leitos.

As modificações no projeto de lei, assim como os rumos que a reforma vai adquirindo em diversos lugares do Brasil em função dos diferentes entendimentos das gestões do sistema e condições concretas locais, faz com que acabe tomando o caráter muito mais de um processo de desospitalização do que de desinstitucionalização na maior parte dos lugares.

A desospitalização acaba se resumindo ao fechamento de alguns leitos, na ótica da redução de custos, e o hospital psiquiátrico continua mantendo seu lugar privilegiado na assistência, especialmente para os momentos de crise e internações. Os serviços extra-hospitalares acabam alimentando o modelo asilar, na medida em que não são resolutivos e

servem de triagem para as hospitalizações. Constitui-se o fenômeno da porta-giratória que consiste nas inúmeras internações repetidas de curta e média duração de usuários crônicos na rede, em oposição às internações de décadas no manicômio do período anterior (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001).

Já o modelo da atenção psicossocial, como lembram Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político ideológicas e éticas com a aspiração de substituir o modelo asilar, pautando-se pelo paradigma da desinstitucionalização.

Desinstitucionalização é um conceito incorporado a partir da experiência da psiquiatria democrática italiana. Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 36), desinstitucionalização é caracterizada por três aspectos: 1. A construção de uma nova política de saúde mental que aconteça a partir da base e por dentro das estruturas institucionais, mobilizando todos os atores interessados; 2. Centralidade do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global e concreta dos pacientes; 3. Construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio. No Brasil, entretanto, dentro do jogo de forças que se opõe ao projeto de desinstitucionalização, a política nacional de saúde mental não garante a consecução destes três aspectos. A dificuldade de garantir o fechamento completo dos leitos psiquiátricos e a lenta implantação de serviços que conseguissem ser substitutivos ao manicômio tem, por vezes, aproximado mais a reforma realizada na prática no Brasil ao processo de desospitalização. Em um país de proporções continentais, é impossível que um processo social complexo como o proposto pela reforma psiquiátrica aconteça de maneira homogênea. Em muitos lugares, a adesão ao projeto acontece muito mais em função de haver financiamento para a implantação dos serviços substitutivos do que realmente por uma adesão política consistente ao projeto de desinstitucionalização. Isso tem gerado um trabalho dentro dos serviços substitutivos que reproduz práticas manicomial e limita sua resolutividade sem que haja concretamente a modificação no modelo de atenção e a desconstrução do paradigma manicomial que norteia as práticas (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006). Avançou-se na implantação de Caps I e II, mas a implantação de CAPS III foi muito lenta. Essa modalidade de serviço, por funcionar 24 horas e permitir curtas internações, é fundamental na real substituição do hospital psiquiátrico na rede, garantindo apoio a qualquer hora do dia e nas crises, mantendo a abordagem psicossocial em oposição ao modelo de isolamento trazido pela internação no manicômio. Dos 1742 CAPS existentes no Brasil em 2011, somente 68 são do tipo III (BRASIL, 2012a). Dos 75 totalizados na Paraíba, apenas 6 funcionam 24 horas (SES/PB, 2013). Isso criou um processo

parecido com o que aconteceu na Europa, em que os serviços territoriais ou comunitários convivem com a internação psiquiátrica sem a substituírem. A redução do tempo de internação vem acompanhada de aumento de altas e recidivas no mecanismo de “revolving door” ou porta giratória (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001), com usuários entrando e saindo dos hospitais psiquiátricos em inúmeras internações.

O processo de desinstitucionalização é muito mais complexo que o simples fechamento de hospitais, requerendo esforços de todo o sistema de saúde e mesmo ultrapassando seus limites posto que, como aponta Liberato e Dimenstein (2009), as experiências exitosas no campo da saúde mental tem se empenhado não só na construção de estratégias sanitárias, mas também de suporte social, moradia, geração de renda e outros. Para as autoras, “desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias, é enfrentar o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede, o que implica na adoção de modelos de atenção integral de base territorial” (LIBERATO & DIMENSTEIN, 2009,p9).

Por outro lado, para além da questão da reestruturação da rede assistencial, a concepção de desinstitucionalização defendida pelo movimento antimanicomial brasileiro a partir da experiência italiana da psiquiatria democrática é fruto de uma posição epistemológica e política diante da loucura diferenciada da psiquiatria. Enquanto a psiquiatria toma como seu objeto a doença mental (objeto fictício separado da existência concreta do sujeito), na saúde mental é necessário resgatar o sujeito em toda a sua complexidade, sua existência-sofrimento e sua relação com o corpo social.

Nesse sentido, a APS pode cumprir um papel estratégico para retomada da perspectiva da desinstitucionalização no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Na medida em que a atuação do profissional da APS acontece no território, no domicílio, junto à família, e de maneira continuada e não pontual como no caso do especialista, essa atuação pode contemplar a integralidade necessária no cuidado à saúde mental. Lancetti (2008) aponta que construções próprias da APS como atividades em domicílio, atividades no território e aproximação com organizações comunitárias são novos *settings* terapêuticos os quais podem ser mais potentes que os dispositivos tradicionalmente utilizados pela psiquiatria. O Ministério da Saúde também tem tido o entendimento da importância da atenção básica na saúde mental e tem estimulado uma maior articulação entre esses dois campos a partir do funcionamento em rede. Nesse sentido surge o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído pela Portaria GM nº 154 de 24 de Janeiro de 2008, como estratégia para apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e gestão na atenção básica a partir do apoio matricial. Um conjunto de profissionais que não tem relação direta com os usuários deve apoiar a equipe de saúde da família na

condução de problemas de saúde e no processo de educação permanente, apoiando-se em tecnologias advindas da clínica ampliada (BRASIL,2009b). A implantação de equipes de NASF tem sido bastante acelerada desde sua criação, enfrentando desafios como o de não assumir o papel da rede secundária, corresponsabilizar-se juntamente com as equipes da estratégia de saúde da família, vencer o especialismo e a pouca experiência em atenção primária de muitos dos profissionais componentes da equipe (SILVA et al, 2012)

Diante deste quadro em que se reconhece a APS como um cenário privilegiado para a atenção em saúde mental, o que pensam os profissionais da APS sobre isto? Como acontece esse cuidado? Quais as dificuldades, limites e possibilidades esse trabalho apresenta na visão dos profissionais? Como qualificá-lo? Estas questões se apresentaram no nosso cotidiano no trabalho na atenção básica e na formação de médicos na graduação e na Residência de Medicina de Família e Comunidade, levando a escolher este campo como objeto de pesquisa no mestrado.

Minayo (2010) aponta que a escolha do tema de pesquisa deve acontecer a partir de uma dada inserção no real, visto que o conhecimento não é espontâneo, apresentando suas determinações no mundo material. Diante das inquietações produzidas a partir da reflexão e militância sobre a luta antimanicomial e da minha inserção na atenção primária à saúde e formação de profissionais de saúde, resolvi pesquisar essa articulação entre saúde mental e saúde da família na visão de profissionais da atenção básica no município de Cajazeiras- PB.

Cajazeiras possui cerca de 58 mil habitantes, é localizada no semiárido paraibano, na nona regional de saúde do estado da Paraíba, distando 476 km da capital do estado, e é uma cidade considerada pólo no alto sertão paraibano por sua referência, principalmente, no comércio e educação. A renda *per capita* média na zona urbana é de 377 reais, enquanto para a população rural é 212 reais. Dentre as principais atividades encontramos a agropecuária, comércio, administração pública, educação e construção civil. É conhecida como a cidade que ensinou a Paraíba a ler, por despontar nas atividades educacionais, tendo sua origem a partir de um colégio ao redor da qual o vilarejo foi se conformando no século 19 (IBGE, 2010). Sua vocação para o campo da educação faz com que a cidade hoje tenha cinco instituições de ensino superior (*campi* da Universidade Federal de Campina Grande, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba e três faculdades particulares) tendo na área do ensino em saúde, por exemplo, dois cursos de medicina (um público e um particular).

Apesar de sua importância regional, sofre ainda com a dificuldade de alocação e qualificação de profissionais médicos para a consolidação da rede local de saúde. Possui apenas dois médicos que atuam formalmente em saúde mental (CADASTRO NACIONAL

DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2012b). Na verdade, até 2007, o município contava apenas com 47 médicos, número que irá mais que dobrar (96 médicos) após a chegada do curso de medicina da UFCG (CNES, 2012a). A cidade possui um hospital psiquiátrico particular com 62 leitos sendo 30 vinculados ao SUS e não há leitos psiquiátricos no hospital geral regional. A primeira residência terapêutica foi inaugurada no ano de 2013. Possui três CAPS, sendo um CAPS II (criado em 2001), um CAPS ad (2006) e um CAPS infantil (2009), o que colocaria este município na condição de bem assistido por serviços substitutivos considerando sua população. Porém, há ainda dificuldades para que esses serviços operem numa lógica diferente da manicomial e articulados em rede, especialmente com a rede básica de saúde. A atenção em saúde mental na cidade acaba seguindo o modelo asilar ainda, já que a rede substitutiva não consegue prescindir do hospital psiquiátrico local e este ainda é visto pelos profissionais como referência para o cuidado em saúde mental (OLIVEIRA et al, 2011).

A partir da minha prática profissional como médica da ESF e docente na UFCG, percebi que Cajazeiras e região apresentam número significativo de casos de transtornos mentais, inclusive com desfechos fatais como o suicídio, que chega a perfazer 10% das mortes por causas externas, alto índice quando comparamos com a realidade de cidades de grande porte como João Pessoa, capital do estado, que possui aproximadamente 3% de índice de suicídio (DATASUS, 2009a). Além disso, é percebido que a atenção básica apresenta dificuldades de lidar com essa demanda, havendo, muitas vezes, o entendimento das equipes que estes casos devem ser acompanhados exclusivamente nos CAPS ou hospital psiquiátrico (OLIVEIRA et al, 2011).

O panorama da saúde local muda um pouco com a chegada de novos cursos de graduação na área da saúde, notadamente do curso de medicina da UFCG em 2007, o que acaba dinamizando a economia local e atraindo novos profissionais para região. Tal curso vive o dilema de que para consolidar a formação do profissional generalista a partir da vivência em diversos cenários de prática é necessário que a rede de saúde funcione bem, mas por outro lado só com o avanço do curso é que a mesma vem se estruturando. A Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) surge em 2009. Esta residência tem duração de dois anos, as atividades dos residentes constituem em atuação como médico em unidade básica de saúde (UBS) do município, onde recebem preceptoria de docentes da UFCG. Também assistem a aulas teóricas semanais e tem atividades em ambulatórios de especialidades da rede municipal e ainda atividades de educação popular em saúde, conforme preconizado a fim de que possam adquirir habilidades para a prática da assistência e

promoção à saúde individual e em nível familiar e coletivo (BRASIL, 2006a). As UBSs em que atuam também servem de campo de prática para os estudantes da graduação de medicina. Inicialmente sem candidato, em 2010 conta com um residente. Para 2011 é solicitada ampliação das vagas de 2 para 6 entradas. Para 2013 há nova ampliação para 8 entradas. Tais vagas foram garantidas pelo Pro-Residência², programa do Ministério da Saúde que, partindo do diagnóstico da difícil alocação de médicos especialistas em áreas estratégicas nas regiões distantes dos grandes centros, estimula a ampliação de programas de residência que possam promover a fixação destes profissionais e suprir as necessidades regionais (BRASIL, 2009a). Em 2013, fruto de articulação junto a movimentos sociais e egressos de cursos de medicina, a RMFC conta com oito residentes (dois R1 e seis R2), sendo seis formados em Cuba a partir da Escola Latinoamericana de Medicina em parceria com movimentos sociais brasileiros.

Na ampliação do programa de residência, coloca-se a necessidade de pensar na formação destes profissionais e daqueles que já estão na rede a fim de lidar com as questões relativas à saúde mental. Em uma região com falta de especialistas e considerando o apelo crescente para que o cuidado ao portador de transtornos mentais aconteça no território, é evidente a importância no cuidado a essas pessoas que o profissional inserido na Estratégia de Saúde da Família vem a assumir. Por seu vínculo ao território, pela possibilidade de primeiro contato, coordenação do cuidado e perspectiva de cuidado integral, por constituir-se em um clínico qualificado cuja atuação é influenciada pela comunidade e tem na relação médico-paciente como algo fundamental (LOPES, 2012), o médico de família e comunidade pode ser um daqueles que venham a desempenhar mais importante papel nesta linha de cuidados. Afinal, concordando com o que diz Lancetti (2010), o PSF (hoje Estratégia Saúde da Família) é originalmente, por assim dizer, já um programa de saúde mental.

Diante disto, resolvi orientar a minha pesquisa a partir do seguinte questionamento: como acontece a atenção em saúde mental na atenção básica nas unidades em que se desenvolve a RMFC? Espero a partir desta pesquisa reorientar as práticas de formação na RMFC e graduação de medicina na UFCG campus Cajazeiras a fim de formar médicos voltados para a atenção integral e sensíveis às demandas de saúde mental no sentido da desinstitucionalização. Acredito que o atendimento em saúde mental só torna mais flagrante a distância entre a formação médica e as necessidades da população. Os médicos no Brasil têm sido, historicamente, formados para atender interesses corporativos e a um pensamento de classe hegemônico, comprometendo desta forma o direito à saúde de boa parte da população.

² Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

Mesmo com a consolidação do SUS, a formação médica tem sido um espaço de difícil intervenção pelos diversos interesses envolvidos e questões ideológicas implicadas. Isto fica evidente, por exemplo, na polêmica atual em torno do Programa Mais Médicos para o Brasil, o qual, além de abrir campo de atuação para médicos estrangeiros, pretende ampliar vagas em cursos médicos e reorientar a formação de especialistas nos próximos anos. Esse programa acaba por gerar forte oposição da categoria médica na medida em que incide no mercado de trabalho médico ao trazer milhares de estrangeiros para trabalhar sob autorização do Ministério da Saúde (MS) ao invés do Conselho Federal de Medicina (CFM) e ainda propor mudanças importantes na formação (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, torna-se importante realizar uma pesquisa que possa contribuir para a qualificação do curso médico da UFCG em Cajazeiras e da RMFC. Ao mesmo tempo, qualificar curso e residência também aponta para a melhoria da assistência na rede, na perspectiva tanto de fixação de novos profissionais, mas principalmente pela articulação e provocação de diálogos com os profissionais locais. Entendo que, ao propiciar a reflexão entre os profissionais, a pesquisa já começa a gerar seus frutos.

Nesse sentido, a pesquisa teve como objetivo geral investigar as práticas de cuidado em saúde mental no contexto de ESF e da RMFC do município de Cajazeiras a partir do discurso dos profissionais ali inseridos. Delimitam-se os seguintes objetivos específicos: 1. Conhecer as demandas de saúde mental atendidas em unidades onde acontece a RMFC a partir do discurso dos profissionais da equipe; 2. discutir as concepções e práticas de cuidado em saúde mental que são produzidos no cotidiano por membros de duas equipes onde se desenvolve a RMFC, 3. Discutir estratégias para qualificar a formação de médicos generalistas para o cuidado em saúde mental.

2. ASPECTOS ÉTICOS E METODOLÓGICOS

A partir do questionamento sobre como acontece a atenção em saúde mental na atenção básica nas unidades em que se desenvolve a RMFC, a pesquisa foi realizada debruçando-se sobre concepções e relatos das práticas dos profissionais destas equipes. Esta pesquisa não objetivou mensurações, obtenção de resultados quantificáveis, fugindo portanto de uma perspectiva de investigação quantitativa. Dada a subjetividade do tema e considerando os objetivos propostos apresentados anteriormente, optamos por trabalhar com uma abordagem qualitativa por ser aquela que se aplica ao estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões. Esse tipo de investigação tem como seu universo o cotidiano e as experiências do senso comum interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam (MINAYO, 2010). Essa mesma autora aponta, porém, a necessidade de não cair no erro de tomar os fenômenos estudados como totalidades reduzidas a si mesmas, sem contextualiza-los com questões históricas, estruturais e culturais. Diante disto, tomamos como referência a história da reforma psiquiátrica brasileira, a produção teórica a respeito deste processo e o papel da atenção básica como elementos norteadores da análise dos discursos produzidos na investigação.

A abordagem qualitativa com a qual foi desenvolvido o presente estudo volta-se para o conhecimento e o encontro com os complexos processos que produzem a subjetividade enquanto processo e, portanto, não tem como objetivos a predição, o controle de variáveis e a simples descrição dos fenômenos observados. Nesse sentido é que tomamos as ideias de Fernando Rey (2002), segundo as quais

A diversidade da natureza qualitativa dos processos subjetivos e a enorme complexidade dos processos implicados em sua constituição impedem, em termos epistemológicos, sua construção por meio de respostas simples do sujeito diante de instrumentos padronizados (p. 40).

Como a pesquisa acabou por ocupar-se das concepções dos profissionais sobre saúde mental, demandas e a repercussão disso nas suas práticas de cuidado, essa abordagem acaba sendo a mais adequada diante deste objeto de investigação.

Como procedimentos de investigação, optamos pela realização de grupos focais. Foi escolhido o grupo focal como ferramenta por permitir a captação de significados na emergência de múltiplos pontos de vistas e emoções na interação do grupo, que por vezes com outros instrumentos não é possível captar (GATTI, 2005). Entendemos que estes grupos gerariam as

informações necessárias diante da pergunta de pesquisa e seriam adequados ao contexto de pesquisa, possibilitando encontros e reflexões dentro das equipes que por si só já poderiam ser promotores de mudanças.

Os critérios de inclusão de participantes dos grupos foram serem médicos residentes, profissionais das equipes em que estes médicos atuam, estagiários de graduação atuando nestas equipes ou componentes do NASF. Foram excluídos estudantes que não estavam em atuação diária nestas equipes e profissionais de equipes em que não se desenvolvia a RMFC.

Foram realizados três grupos focais, sendo um primeiro com os residentes e dois outros com componentes de duas equipes de saúde da família onde se desenvolvem as atividades da residência. Nestes dois últimos momentos também fizeram parte profissionais do NASF. O primeiro grupo foi realizado nas dependências da UFCG. Os demais foram realizados nas próprias UBSs.

Os grupos foram realizados entre outubro e novembro de 2013. No primeiro grupo com os médicos e em outra reunião foi feita articulação para a realização dos demais grupos com suas equipes. O convite ao NASF foi realizado a partir de contato telefônico com um dos profissionais que se encarregou de estender o convite aos demais. Os grupos tiveram a seguinte composição:

Grupo 1: quatro médicas residentes compareceram, sendo três delas formadas em Cuba e uma formada no Brasil pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Grupo 2: foi composto pelos profissionais da equipe de uma UBS em que atua uma médica residente, e ainda por profissionais do NASF, em um número total de dezoito pessoas. Esta unidade tem apenas uma equipe de saúde da família atuando. A comunidade na qual está localizada a UBS é conhecida por ser o principal ponto de vendas e consumos de drogas ilícitas da cidade. Todos participaram voluntariamente. Estavam presentes médica residente, enfermeiro, agentes de saúde, auxiliar de enfermagem, estagiários de enfermagem (estudantes de graduação), psicólogo, fisioterapeuta e assistente social.

Grupo 3: foi composto pelos profissionais da equipe de outra UBS onde atua um médico residente. Nesta unidade também atua apenas uma equipe de saúde da família. A comunidade em que está inserida a UBS é uma comunidade muito religiosa e com muitos estabelecimentos comerciais na área. Este grupo contou com a participação do psicólogo do NASF, em um número total de doze pessoas. Todos participaram voluntariamente. Estavam presentes médico residente, enfermeira, agentes de saúde, estagiários de enfermagem (estudantes de graduação), psicólogo, auxiliar de enfermagem. O grupo foi realizado na própria unidade.

Foi utilizado um roteiro norteador (Apêndices A e B) a fim de trazer para o debate questões sobre as demandas de saúde mental no território e as concepções dos participantes sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica. O roteiro também estimulava o debate sobre as práticas idealizadas e propriamente realizadas pelos profissionais no seu cotidiano. Foi usado como elemento provocador do debate um caso clínico adaptado do Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI et al, 2011. P. 111). Os grupos tiveram duração entre uma hora e meia e duas horas. Os momentos foram gravados em áudio com a permissão dos participantes. As falas foram posteriormente transcritas e identificadas falas mais significativas que foram então divididas em eixos temáticos para análise. A fim de ajudar na identificação do enunciador da fala e ao mesmo tempo garantir o sigilo, usou-se a nomeação das falas por um código em que seria possível identificar a categoria profissional, o sujeito e o grupo que o mesmo participou. Ex: MedJ1 significa um(a) médico(a), inicial do nome J, participante do primeiro grupo focal realizado.

Os dados levantados nos grupos foram analisados a partir do referencial da análise do discurso. Ao considerar a construção histórica do paradigma manicomial e a perspectiva de ruptura trazida pelo movimento da reforma psiquiátrica, avaliamos ser essa abordagem a mais adequada a fim de identificar através das falas quais sentidos são produzidos no cotidiano das práticas de cuidado em saúde mental neste cenário (SPINK, 2000). Há uma diversidade de enfoques no estudo de textos que se denominam análise do discurso e diante dos objetivos propostos no presente trabalho, é feita a opção pelo alinhamento com aquelas abordagens que se encontram em uma perspectiva pós-estruturalista, sofrendo grande influência de Michel Foucault, visto este enfoque, mais do que estar interessado nos detalhes dos textos falados e escritos, preocupa-se em contextualizar historicamente os discursos (GILL, 2000).

Durante a análise das falas, além de se procurar questões comuns e que ganhavam ênfase no grupo, foi lançado o olhar também para pontos divergentes, os conflitos entre enunciadores, contradições entre as falas trazidas pelos diferentes atores, com o fim de atentar para que relação o discurso guardava com o lugar que cada ator ocupava, seja na comunidade, seja no trabalho em saúde. Em paralelo, a retomada da literatura da área munuiu a percepção para novas leituras e relações entre as falas, e interpretações sobre o material foram possíveis. No momento da escuta das falas e suas análises, também foi levada em conta as diversas experiências vivenciadas por mim na atuação na atenção básica e docência no município em questão. A abordagem qualitativa permite não desconsiderar a implicação ou envolvimento do pesquisador com o campo de estudo, possibilitando mesmo enriquecer as análises.

O material coletado foi dividido em grandes eixos com os principais sentidos explicitados nas falas, sendo eles: concepção de saúde mental, concepção de demanda de saúde mental, demanda atendida, práticas de cuidado em saúde mental e dificuldades enfrentadas. Foram divididos em subeixos a fim de facilitar a análise e diálogo com a literatura da área. Posteriormente, o cruzamento destes eixos e subeixos com a análise da literatura foi organizado nos capítulos 3 e 4 apresentados a seguir.

A pesquisa foi realizada com aprovação do comitê de ética e todos os participantes se submeteram voluntariamente mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Foi esclarecido que a não participação da pesquisa ou desistência em qualquer momento não implicaria em qualquer tipo de prejuízo aos profissionais ou estudantes. Também foi garantido o anonimato dos participantes.

3. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÕES, DEMANDAS E PRÁTICAS

3.1. SUS, Atenção Básica e Saúde Mental

Cravar a saúde como direito de todos e dever do estado na constituição de 1988 pode ser considerada uma das grandes vitórias que os movimentos sociais conseguiram no momento de transição da ditadura para a redemocratização. Desde então, tem sido um longo caminho para a consolidação do SUS e garantia do direito à saúde para todos.

O Sistema Único de Saúde traz em sua gênese uma concepção ampliada de saúde, intentando superar a ideia de saúde apenas como ausência de doença. O entendimento da determinação social do processo saúde-doença deve nortear as políticas de saúde a partir de então, fazendo com que as ações possam incidir nos diversos determinantes e não se restringirem apenas a aspectos curativos.

Ao partir dos princípios doutrinários da universalidade, da integralidade e da equidade (BRASIL, 1990), o SUS institui-se como um grande avanço em relação a como era organizada a assistência à saúde até então. Em relação ao acesso, apenas aqueles inscritos na previdência, com trabalho formal conseqüentemente, tinham direito à assistência à saúde, não sendo universal, portanto. Os que não contribuía para a previdência tinham a atenção à saúde em postos de saúde pública quando pertenciam ao público alvo de determinados programas (saúde materno-infantil, combate à tuberculose e hanseníase, etc), ou em serviços filantrópicos ou na rede privada para o restante da população, de acordo com seu poder aquisitivo (ESCOREL, 2011). A universalidade preconiza o direito à saúde a todos os cidadãos sem discriminação, sendo possível garantir o cuidado mesmo àqueles que estão fora do mundo do trabalho ou com um vínculo muito frágil.

A respeito da integralidade, o viés do modelo de atenção biomédico centrava as ações principalmente no aspecto curativo, colocando o profissional médico no centro da cadeia de produção da saúde, permitindo pouco espaço para outros saberes. Por consequência, uma concepção do processo saúde-doença com ênfase na determinação biológica, característica deste modelo de atenção, deixa pouco espaço para a abordagem da subjetividade e das questões sociais no cuidado em saúde. Por outro lado, o movimento da Reforma Sanitária concebeu a integralidade sob quatro perspectivas: 1) integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; 2) como forma ampliada de atuação profissional, extrapolando apenas o aspecto biológico e englobando as dimensões

psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade nos diferentes níveis de atenção; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a um projeto de mudança de sociedade (Reforma Urbana, Reforma Agrária) incidindo sobre as condições de vida e determinantes sociais do processo saúde-doença (GIOVANELLA et al, 2002).

E a equidade, entendida como a preocupação com os grupos mais vulneráveis, não foi uma preocupação dos governos anteriores ao SUS, restringindo-se essa atenção a ações focais. Vasconcelos e Pasche (2006) apontam a necessidade de que no SUS se exerça a discriminação positiva para os grupos sociais mais vulneráveis, garantindo a prioridade no acesso às ações de saúde aos grupos excluídos que vivem em condições de vida precárias decorrentes da organização social. No desafio de reorientar o modelo de atenção vigente até então, a organização do sistema através da atenção primária a saúde (APS) torna-se imperativa. Starfield (2002) define a APS como o nível do sistema que oferece entrada para todos os novos problemas e necessidades de saúde, centrando-se na pessoa, ofertando assistência ao longo do tempo e sendo capaz de coordenar a atenção que seja fornecida fora deste nível. Algumas ações nesse sentido já eram ensaiadas, porém a partir de uma concepção de APS seletiva, como uma "cesta básica" de serviços. Seria necessário, no entanto, estruturar a atenção básica (AB) como a porta de entrada e ordenadora de todo o sistema de saúde, pautada pelos princípios do SUS, sob o risco do novo sistema se tornar insustentável e ineficaz.

Nessa perspectiva, almeja-se com a ampliação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) para o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 a estruturação da atenção básica no país. Em seu surgimento, ambos se vinculam ao modelo assistencial sanitário como programas focalizados dirigidos aos pobres e excluídos. O PSF, porém, vai sofrendo reformulação e perde sua característica de programa no sentido de ação verticalizada paralela às atividades dos serviços de saúde (PAIM, 2011).

Após 20 anos do início do PSF, o que se vê é um panorama muito heterogêneo da atenção básica no país. Sendo um espaço onde o trabalho não se encontra fortemente normatizado como no ambiente hospitalar, os profissionais são o tempo todo desafiados pelas demandas provenientes do território, sofrendo influência das gestões municipais e das características socioculturais de cada território que geram diferenças significativas na estruturação da atenção básica nas diferentes regiões. Em alguns lugares se conseguiu impactar em indicadores como mortalidade infantil através da redução das mortes por diarreia (MACINKO et al, 2006), construir experiências junto ao saber popular em saúde, articular-se numa atenção em rede e intersetorial. Em outros, as unidades básicas são meros reprodutores

da lógica de consumo de medicamentos e exames em um ritmo de pronto-atendimento, contribuindo desta forma para medicalização e perda da autonomia das pessoas no seu cuidado à saúde, fenômenos importantes neste âmbito da atenção e que discutimos a seguir. Giovanella e colaboradores (2009), ao analisar algumas cidade em que a ESF conseguiu consolidar-se, apontam que o legado institucional de experiências de gestão municipal prévia foram importantes nesse processo e que a vontade política do gestor municipal foi fator fundamental para o fortalecimento da atenção básica através da ESF. Em Cajazeiras, historicamente a atenção básica tem sido negligenciada pelos gestores, pois o centro da assistência e do poder político local é o Hospital Regional. Tradicionalmente, as unidades de saúde eram ocupadas por médicos que atuavam durante dois ou três dias na semana, sem utilização de prontuários, realização de visitas domiciliares ou outras atividades em território, centrando a atuação médica na prescrição de medicamentos e solicitação de exames. Isso muda um pouco com a RMFC, gerando inclusive certo desconforto nos médicos locais, mas os novos médicos ainda se deparam com muitas dificuldades oriundas da estrutura precária das UBSs, equipes acostumadas com processo de trabalho centrado no médico e população muito medicalizada. Há esforços do governo federal em reverter esta situação que é comum a outras localidades, especialmente no que concerne à estrutura física das unidades básicas e provisão de profissionais de saúde através de iniciativas como o PMAQ³ e o PROVAB⁴. É cedo, porém, para avaliar o logro desses programas. O PMAQ tem como principal objetivo ampliar acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, criando um padrão nacional comparável e enfrentando problemas da AB como estruturas físicas ruins e más condições de trabalho (BRASIL, 2012b). Já o PROVAB vem tentando dar resposta ao problema crônico da provisão de profissionais, principalmente médicos, em regiões como interior do norte e nordeste e periferia das grandes cidades (BRASIL, 2013a). Por outro lado, há um investimento na consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como forma de garantir a integralidade, assumindo a atenção básica papel importante como porta de entrada e coordenação do cuidado. Atualmente as redes prioritárias que se encontram em estruturação são a rede Cegonha (atenção à gestante e à criança até 24 meses), rede de atenção às urgências e emergências, rede de cuidado à pessoa com deficiência e a rede de atenção psicossocial (RAPS), a qual será melhor explorada à frente (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA,s.d.).

³ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

⁴ Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

Nesse cenário tão heterogêneo, as demandas de saúde mental se apresentam quase que universalmente como um desafio à AB. Prova disso é que, por exemplo, no inquérito junto aos médicos do PROVAB questionando sobre qual tema necessitariam de maior suporte formativo, estes apontaram a saúde mental como o principal tema, tanto na Paraíba quanto nacionalmente (BRASIL, 2013a). Corroborando essa percepção estudo realizado no Rio Grande do Sul (FONTANIVE, 2009), a partir do apontamento de necessidades de educação permanente por médicos participantes do Telessaúde, o qual trouxe problemas associados à área de saúde mental (abuso de álcool e outras drogas, depressão e outros transtornos de humor e psicoses) como os mais demandados. No cuidado em saúde mental, a necessária orientação pela integralidade e a mais perceptível influência dos fatores sociais no processo saúde-doença encontram profissionais despreparados e inseguros, na maioria das vezes, para lidar com esta demanda (BALLESTER et al, 2005; PEREIRA,2006). Este é, porém, um cenário em disputa e estratégico também para a reorientação do modelo de atenção em saúde mental no país. Em disputa porque, ao mesmo tempo em que sofre forte regulamentação estatal, é cada vez mais permeado pela lógica do consumo em saúde, servindo de triagem para a saúde suplementar no atendimento por especialistas e exames de média complexidade e promovendo mais medicalização. Nesse espaço há, portanto, uma disputa de diferentes interesses políticos ficando evidente como as políticas estatais acabam atendendo a interesses privados. Também foi constatada no campo de pesquisa a influência de interesses político-partidários no trabalho em saúde através da gestão. Em Cajazeiras, por exemplo, todos os profissionais da rede de saúde mental foram demitidos em dezembro, para que alguns concursados fossem contratados, mas também para que houvesse nova seleção de funcionários, o que é uma forma de pagamento de promessas de campanha comum no interior. Isso gerou uma grave desassistência aos usuários, sobrecarregando a rede básica de saúde. Nesse sentido, é visível nos municípios do interior do país, como é o caso de Cajazeiras, como não há vontade política dos gestores na estruturação real deste nível de atenção, pois se a saúde for efetivamente garantida como um direito de todos deixa de ser um favor concedido a poucos em troca de votos.

Por outro lado, a APS pode ser um espaço estratégico de mobilização comunitária e política e troca de saberes. Ao mesmo tempo, a proximidade com o território e comunidade possibilita ao profissional construir uma abordagem mais integral, em que a questão da saúde mental encontra também o seu espaço no cuidado, desde que este profissional consiga fugir da acomodação e alienação do trabalho. E nesse encontro entre saúde mental e atenção básica, esse cenário desponta como estratégico para a consolidação do processo de reforma

psiquiátrica brasileira na medida em que se aproxima do território, da existência global da pessoa, contribuindo para a produção de saúde e vida. A desinstitucionalização supõe uma mudança paradigmática na saúde, na medida em que tira o foco da doença e recoloca no sujeito, sendo o espaço da atenção primária fundamental para isto.

Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), a desinstitucionalização deve ser entendida como um processo mais de invenção de saúde do que de cura. Ou seja, um processo de ampliação do olhar para além da doença, voltando-se para a vida concreta dos sujeitos em sua “existência-sofrimento” e sua relação com a vida social. Nos encontros com os profissionais, essa percepção ampliada foi possível perceber, como quando uma das profissionais coloca no grupo focal: “a doença não tem problema familiar, a doença não tem filho, a doença não tem pai, não tem mãe, não tem que cuidar” (MEDJ1). O que ela indica nesta fala é que se a ação em saúde reduz o olhar para a doença ela terá que se haver com um espectro muito menor de questões. Porém, quando se trabalha com este olhar ampliado, exige-se o manejo de outra ordem de questões que extrapolam o campo sanitário. Tomar como objeto de cuidado do profissional apenas a doença pode ser redutor, invisibilizando a pessoa que sofre e o que a faz sofrer. É necessário, no processo de cuidar, atentar e restabelecer os laços familiares, comunitários, gerar perspectivas de produzir possibilidades de vida que envolve aspectos econômicos, sociais, afetivos. Para considerar essa abordagem ampliada é necessário aproximar-se de onde a vida é gerada. E o melhor lugar para que isto se realize é no território, local onde as pessoas vivem e estabelecem suas relações.

Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização encontra-se em consonância com os próprios princípios e diretrizes do SUS, destacando-se aqui a integralidade, a descentralização e a territorialização do cuidado, na medida em que desloca o cuidado do manicômio para o território, e reassume a vida do sujeito em toda sua complexidade como seu objeto, e não mais uma pequena parte de sua existência concebida como a doença mental.

É na construção de novas possibilidades de reprodução social do sujeito, que a atuação na atenção básica, a partir de uma inserção no cenário real do território, pode contribuir para uma prática desinstitucionalizante, desconstruindo o paradigma solução-problema da psiquiatria. Para a psiquiatria, é necessário perseguir uma solução racional, ótima, a cura ou restabelecimento da dita normalidade (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001). Ao renunciar a essa busca por uma solução ideal para o problema da loucura, pode-se construir novas possibilidades junto com o sujeito que sofre as quais respondam às suas necessidades reais. A respeito disso, vale citar uma situação que vivenciamos em nossa prática clínica. Ao ser chamada para atender pai e filho, ambos com quadro psicótico, constatamos que os dois

não conseguiam trabalhar. O pai, pelo excesso de medicamentos que promoviam sedação. O filho, pela intensidade dos sintomas positivos da esquizofrenia (alucinações e delírio) que o faziam ficar recluso no quarto. Retirando medicamentos de um e ajustando doses para o outro, foi possível que ambos retornassem ao trabalho. Mas em uma consulta com o filho, ao perguntar se ele continuava apresentando os sintomas (delírios de referência) ele afirmou que sim. Ao ser questionado se gostaria que aumentasse a dose do antipsicótico para reduzir os sintomas ele preferiu manter como estava. E sua vontade foi respeitada, a partir de um entendimento de que o delírio não é um problema a ser suprimido. As questões concretas que naquele momento eram incômodas para o usuário e sua família estavam minimizadas, não sendo necessário insistir em uma conduta mais intervencionista. Além do que, a qualquer momento que houvesse necessidade, o usuário ou sua família poderiam procurar a unidade para rever a conduta (PIERETTI & GOMES, 2013).

Esse potencial da AB no cuidado em saúde mental vem sendo reconhecido pelo Ministério da Saúde. Em 1992, as unidades básicas de saúde já apareciam como cenário para o atendimento ambulatorial em saúde mental (BRASIL,1992). O documento ministerial *Atenção Básica e Saúde Mental: O vínculo e o diálogo necessários* (BRASIL,2001) apontava para a necessidade de uma maior articulação entre AB e saúde mental colocando como princípios fundamentais para esta articulação: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários, construção da autonomia possível de usuários e familiares. Para atingir os objetivos da reforma psiquiátrica, estar próximo à comunidade, considerar a família como unidade de cuidados, construir vínculos e procurar novas formas de intervir no território é essencial sendo a proximidade com o território uma das grandes potências da atenção básica no cuidado em saúde mental (SOUZA et al, 2012).

Espera-se que o acolhimento e a criação de vínculo e incentivo à responsabilidade compartilhada funcionem como forma de superar a lógica de encaminhamento à qual tradicionalmente se reduz a relação da AB com os demais dispositivos da rede (ONOCKO CAMPOS & GAMA, 2010). Como uma das estratégias prioritárias, tem sido colocado o apoio matricial que a partir de 2008 adquire corpo através do NASF. Os profissionais do NASF não tem necessariamente relação direta e contínua com os usuários, nem o NASF deve ser a porta de entrada do sistema, mas faz parte da rede que pode ser acionada pela equipe da AB para garantir a integralidade no cuidado de cada situação singular (BRASIL, 2009).

Já mais recentemente, a portaria MS 3088 (BRASIL, 2011) instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. A RAPS tem essencialmente como diretrizes o combate ao preconceito e estigmas, pautar-se pela redução de danos e pelo respeito aos direitos humanos e autonomia, desenvolvimento de atividades no território, diversificação das estratégias de cuidado, organização dos serviços em rede regionalizada com vias à integralidade. Dentre os componentes da RAPS, a atenção básica aparece tanto com as equipes das unidades básicas de saúde, quanto com outras atuantes na atenção básica, como equipes de consultório na rua e de apoio aos serviços de atenção residencial de caráter transitório e os Centros de Convivência. Já na atenção psicossocial especializada, o CAPS em suas diferentes modalidades é a referência. Para o atendimento a urgências e emergências, as unidades básicas de saúde voltam a serem arregimentadas, ao lado do SAMU, UPA, salas de estabilização, prontos-socorros e hospitais. Para a atenção hospitalar, ao lado do ainda presente hospital psiquiátrico, ganham ênfase as enfermarias em hospitais gerais (leitos de atenção integral). Há ainda a previsão de unidade de acolhimento, serviços de atenção em regime residencial (comunidades terapêuticas) e, como serviço para a estratégia de desinstitucionalização, cita-se o Programa de volta para a casa e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) destinado a pessoas vindas de internações de longa permanência em hospital psiquiátrico.

Em Cajazeiras, é perceptível um panorama contraditório a respeito da implantação da RAPS. Ao mesmo tempo em que existem diversos serviços potencialmente constituintes da rede, (um CAPS II, um CAPS AD, um CAPS infantil, três equipes de NASF, uma residência terapêutica, rede básica com 14 equipes de saúde da família), há fragilidades importantes. Uma delas é a alta rotatividade e conseqüente despreparo dos profissionais em função da falta de estabilidade nos empregos da assistência à saúde como um todo. Exemplo disso é que, após a realização desta pesquisa, todos os profissionais do NASF e CAPS foram demitidos nos meses de dezembro e janeiro até que se regularizasse a contratação dos profissionais aprovados em concurso público, o que corrobora a questão política já indicada. Nesse cenário político e institucional, como será o funcionamento desta rede, para além da implantação de serviços mediante fomento federal? Qual a concepção de saúde mental dos profissionais atuantes? Quais as práticas de atenção à saúde mental são desenvolvidas? Como são desenvolvidas? Conseguem superar a lógica manicomial? Essas são algumas das questões que nos orientam na discussão a seguir.

3.2. Concepções dos profissionais sobre demanda de saúde mental e desdobramentos práticos

Quando consideramos a realidade de Cajazeiras, observamos que enquanto a orientação do sistema de saúde pela APS propõe um modelo de atenção, na prática outro é implementado, ficando isto ainda mais evidente diante das demandas de saúde mental.

Um aspecto que pode servir para compreender esta distância entre o ideal e o real é perceber quais as concepções que os profissionais têm sobre a demanda⁵ de saúde mental que chega à atenção básica e que desdobramentos isso gera nas práticas de cuidado direcionadas aos usuários.

Na pesquisa realizada, os profissionais possuem diversas concepções sobre as demandas de saúde mental que chegam às unidades. A partir do que foi percebido no campo, essas demandas são concebidas em três tipos: 1) as demandas que incluem aquilo que consideramos como sofrimento psíquico difuso; 2) as demandas de saúde mental no sentido estrito que envolvem os transtornos mentais graves e crônicos e 3) as demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Apesar de não aparecerem de forma isolada, estas três ordens de demandas são percebidas pelos profissionais de modo diverso e, conseqüentemente, os desdobramentos práticos são também diferentes, resultando em modos de cuidar heterogêneos.

3.2.1. *Sofrimento psíquico difuso como demanda*

Problemas como “depressão”, “ansiedade”, “insônia”, sofrimento gerado pelas condições de vida e pelo trabalho, aparecem no discurso dos profissionais como uma demanda importante trazida pelos usuários. Essa representação da demanda, como sofrimento, “problema nos nervos”, somatização e transtornos mentais comuns foi bastante relatada por todos os profissionais.

Essa é uma faceta da demanda de saúde que historicamente tem sido negligenciado na atenção à saúde e também o campo da saúde mental não tem se ocupado dela tão intensamente. Esses usuários dificilmente são institucionalizados, vivendo outra ordem de estigmas que são diferentes dos vividos pelo usuário identificado como o “louco”. Aqui é o

⁵ Demanda entendida como a atitude de procura de um serviço pelo indivíduo para dar conta de uma necessidade percebida. É uma construção social forjada no cotidiano da relação entre as necessidades percebidas, os projetos de felicidade do usuário, o paradigma de atenção concebido por eles e os recursos fornecidos pelo sistema de saúde (PINHEIRO,2001).

lugar ocupado muitas vezes pela mulher “nervosa”, que tem “doença dos nervos”, são os desdobramentos, na forma de sintomas, dos mais diversos conflitos cotidianos. Esses usuários são escanteados, tidos como pacientes problema, poliqueixosos, indesejados no atendimento em saúde em geral. Há dificuldade de receberem um atendimento integral por parte dos profissionais de saúde, algumas vezes o seu sofrimento passando despercebido, outras vezes sendo encaminhados para serviços de saúde mental. A dificuldade que os profissionais de saúde demonstram no acolhimento a esta demanda acaba gerando problemas tanto para as equipes da atenção básica, que acabam não conseguindo agendamento para os profissionais “psi”, quanto para os serviços especializados que ficam sobrecarregados (CAMPOS FARIA & GUERRINI, 2012). O não reconhecimento pelos profissionais da AB dessa demanda como fazendo parte do cuidado em saúde propriamente dito, faz com que essas pessoas não encontrem acolhimento ao seu sofrimento, sofrimento que faz parte da vida e gera implicações no estado de saúde e doença, não sendo uma necessidade o atendimento por um especialista, mas devendo a escuta ser feita pelos profissionais que estão no território.

É ainda nessa apresentação da demanda que fica mais clara na fala dos profissionais a influência de fatores sociais no processo de adoecimento. Questões como conflitos familiares, trabalho, rede social precária, violência doméstica e questões ligadas à sexualidade são apontadas como desempenhando importante papel no adoecimento. Isso é compatível com o que Dutra e colaboradores (2006) apontam como representação social da “doença dos nervos” entre usuários em sua pesquisa. Estes relatam como causas para o adoecimento doenças físicas, falta de trabalho, dificuldades de acesso ao sistema de saúde e transporte público, perdas significativas, solidão, problemas familiares. Isso mostra a necessidade de uma abordagem profissional pautada pela integralidade, atenta a não redução ao especialismo psi. Deter o olhar e tratar apenas o sintoma insônia não será efetivo se ele é oriundo, por exemplo, do fato do marido forçar a esposa a ter relações sexuais. Neste caso, ignorar questões como a desigualdade de gênero determinando o adoecimento desta mulher é optar por não envolver-se realmente com o cuidado desta pessoa.

Essa capacidade de ampliação da clínica e de escuta demandada aos profissionais por esse tipo de atendimento gera angústia e uma tendência de procurar justificativas para que esta demanda não seja atendida na atenção básica como é visto na fala desta profissional a seguir:

Nós não temos condições estruturais pra tá (sic) atendendo os pacientes de saúde mental nos postos de saúde, eu penso assim, até porque demanda um tempo, se você

quer fazer um bom trabalho, se você quer tratar as pessoas como seres humanos e não como uma doença. Que é assim que são vistos hoje, todo mundo é visto como doença e não como ser humano. Ah, é uma doença então a gente bota um remédio, pra doença. Então tá (sic) sendo assim, não tá (sic) sendo visto o ser humano, tá (sic) sendo visto o doente, que não tem problema, o doente e a doença. O doente não, a doença, porque a doença não tem problema familiar, a doença não tem filho, a doença não tem pai, não tem mãe, não tem que cuidar. Então não vê essas questões, então trato com medicamento. (MEDJ1)

Ao mesmo tempo em que se percebe uma visão da profissional que compreende a necessidade de olhar o ser humano para além da sua doença, é notório que a mesma não vislumbra, com os recursos atuais que dispõem, a capacidade de lidar com a questão da saúde na perspectiva da integralidade na atenção básica, colocando a demanda do sofrimento mental no campo da saúde mental e dirigindo as mesmas ao especialista psi. Ela deixa de perceber esta demanda como de saúde tanto quanto as queixas mais biológicas trazidas pelos usuários no cotidiano da UBS. Esquece-se que as questões familiares, de trabalho, sociais, influenciam o estado de saúde tanto quanto as questões biológicas, sendo portanto também objeto de ação do profissional de saúde generalista quando pensamos em uma perspectiva de ampliação da clínica, na construção cotidiana de uma clínica centrada no sujeito que é marcado por uma biografia e uma dinâmica corporal que carrega uma enfermidade mas que não se reduz a esta (CAMPOS, 2007). Coloca-se o desafio para a saúde da família, diante de toda essa complexidade de fatores que é percebida pela profissional, de eleger um novo objeto de trabalho, diferente do que historicamente fez a psiquiatria e a psicologia situando o sofrimento psíquico como objeto específico e não como algo que compõem a vida. No território, cenário da saúde da família, é necessário colocar a doença entre parênteses, como propõem Basaglia (2005c) para voltar a olhar "a existência-sofrimento" e fazer o doente entrar novamente em cena, como preconiza Campos (2007). Tratar passa a ser ocupar-se para que transformar os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e transformar sua vida concreta cotidiana (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001).

Em outras falas, é enfatizada a escuta como uma ferramenta importante para lidar com esta demanda, sendo capaz até de evitar o uso de medicamentos. É conflitivo, porém, o entendimento sobre a quem cabe esta escuta. Enquanto algumas falas pontuam a possibilidade de que esta escuta seja feita pela própria equipe ou até membros da comunidade (uma ACS relata um caso que encaminhou ao padre, por exemplo), outras reforçam a necessidade de encaminhamento para um profissional da psicologia ou outro especialista "psi". Apontam

inclusive que uma saída para aumentar a resolutividade da atenção básica nessas questões seria a inserção deste profissional nas equipes.

Isso evidencia como, diante do sofrimento mental, a fragmentação dos saberes e práticas das diferentes profissões impede um cuidado integral. A redução do objeto da clínica a partir da fragmentação do olhar sobre o sujeito, muitas vezes colocando como seu foco os aspectos biológicos do adoecimento, autoriza a multiplicação de especialidades fragmentando o processo de trabalho em saúde e reduzindo mesmo a capacidade operacional do clínico (CAMPOS, 2007). Campos, Chakour e Santos (1997) apontam como há uma tendência de que as especialidades façam com que haja um maior encaminhamento aos especialistas mesmo daquelas situações que antes seriam resolvidas sem esses profissionais. Cria-se uma cultura de dependência em relação aos especialistas, o que desresponsabiliza a equipe pelo cuidado. Isso resulta em uma fragmentação das práticas e consequente desarticulação entre os profissionais e as equipes. Mais uma vez uma médica residente exemplifica a fragmentação do processo de trabalho:

Lembra do filme ‘tempos modernos’? Pois então, (risos) [...]eu acho que o pessoal fica muito assim. Por exemplo: eu mando verificar a pressão, aí fulano que é o técnico verifica, a enfermeira tira a glicemia (sic) e volta pra mim porque eu sou médica e eu mandei. Se eu não pedir pra alguém verificar uma pressão não verifica. (MEDJ1)

Ou seja, da mesma forma que a integralidade está ausente quando a queixa é no campo do sofrimento psíquico, ela também está comprometida no cuidado clínico em função da dificuldade da equipe trabalhar de maneira integrada.

Foi possível observar, porém, algumas tentativas de trazer a perspectiva da integralidade no cuidado. Como foi dito anteriormente, alguns profissionais consideram que é papel sim da equipe da atenção básica estar disponível para a escuta nestes casos em que o sofrimento mental se apresenta como demanda. Entre os médicos, também foram relatadas outras práticas que não se restringiam a encaminhamentos a especialistas ou prescrição de medicação como no discurso de uma das residentes: “Aí (sic) aqui eu fico mandando ir pra hidroginástica, chá de camomila, o povo lá ri é de mim, viu?” (MedAm1). Além da escuta, aparecem o uso de fitoterápicos, o estímulo à atividade física, a preocupação com a questão da sexualidade e o encaminhamento para rodas de terapia comunitária como práticas que estes profissionais lançam mão para lidar com esta demanda. Quanto a esta última prática,

particularmente, os residentes passam a ter contato a partir de projeto de extensão da UFCG que promove a realização de rodas de terapia comunitária integrativa (TCI) em uma das áreas de ESF em que se desenvolve a residência. A TCI consiste em um espaço de promoção de encontros interpessoais no espaço da comunidade, valorizando as histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, autoestima e confiança em si, ampliando a percepção dos problemas e possibilidade de resolução a partir das competências locais. Tem como base o pensamento sistêmico, teoria da comunicação, antropologia cultural pedagogia de Paulo Freire e o conceito de resiliência (BARRETO, 2010).

A visita domiciliar também foi apontada por uma das médicas, ACSs e pelo psicólogo do NASF como importante ferramenta para ampliar a compreensão da situação vivida pela pessoa em sofrimento. Isso é concernente com a perspectiva trazida por Campos (2007) de ampliação do objeto de saber da clínica, tradicionalmente a enfermidade, para incluir o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e práticas. Nesse sentido, a visita domiciliar constitui-se em um aproximar-se do contexto para escutar melhor o sujeito que sofre, o que aumenta a capacidade de resolver problemas sejam eles estritamente clínicos ou não. No entanto, a médica aponta a dificuldade da visita domiciliar entrar na rotina de trabalho em função da pressão pela assistência em consultório por parte da equipe e da comunidade que estão habituados a esse tipo de oferta. Percebe-se então uma dificuldade na organização do processo de trabalho que possibilite uma real pactuação dentro da equipe das práticas consideradas prioritárias e importantes no cuidado integral, podendo comprometer a execução de atividades fora da unidade de saúde e efetivamente ligadas ao território. Lancetti (2008) já aponta a riqueza do atendimento realizado em casa, propiciando o contato com as pessoas e a comunidade que estas convivem. Percebe-se então como esta ferramenta da saúde da família pode ser valiosa na busca de uma ampliação do olhar e da prática clínica. Como bem aponta Cunha (2005), o conhecimento biomédico hegemônico na clínica tradicional é predominantemente construído na lógica do hospital, sendo insuficiente e até danoso no contexto da atenção básica. Reconhecer que os sujeitos estão imersos em uma teia de forças em que a doença não é o aspecto principal, é reconhecer a singularidade de cada sujeito e abrir novas perspectivas de cuidado.

A partir de um olhar ampliado e de práticas no território, percebe-se melhor como as pessoas adoecem e enfrentam seus problemas de saúde e o desafio de viver no cotidiano. O território é um espaço dinâmico, em transformação, não limitado aos aspectos geográficos, mas vai se compondo pelas características das pessoas que ali vivem e que também sofrem as ações em função desse território e é no território onde o cuidado se faz (DELFINI et al,2009).

As duas áreas onde foi realizada a pesquisa com as equipes de saúde da família possuem unidade básica de saúde com equipe de Estratégia Saúde da Família. A área da equipe em que foi realizado o segundo grupo focal está localizada na periferia de Cajazeiras, diversas famílias vivendo em situação de extrema pobreza, algumas áreas de ocupação urbana. O tráfico de drogas se faz bastante presente nessa região, gerando inclusive dilemas para a equipe de saúde. Problemas como violência doméstica e exploração sexual de mulheres e crianças relacionada ao uso de drogas se faz presente ocasionando muito sofrimento na comunidade e angústias à equipe em como lidar com esse tipo de demanda. Por outro lado, a presença de um CRAS, o engajamento de uma escola pública local e da unidade de saúde na vida comunitária é notório, podendo ser um fator de enfrentamento aos inúmeros problemas sociais que produzem adoecimento na área. Já a área onde aconteceu o terceiro grupo focal localiza-se no centro da cidade, sendo bastante heterogênea, possuindo diversos estabelecimentos comerciais e residências que demonstram diferente poder aquisitivo de seus moradores. A influência religiosa nessa área é muito forte, ficando a unidade localizada na praça em homenagem a um religioso da região. Isso aparece no grupo focal quando, por exemplo, uma ACS menciona o padre como aliado no manejo de casos mais complexos.

A aproximação com o território vai permitindo que a equipe lide com as diferentes formas de sofrimento que se apresentam e que são heterogêneas mesmo em um campo de pesquisa pequeno como Cajazeiras. As equipes se deparam com diferentes formas de sofrimentos, pois diferentes são os problemas sociais em sua base. Há a necessidade da mudança da concepção da demanda do sofrimento como algo que deve ser dirigido para o especialista e compreendê-la como uma demanda que relaciona-se com a vida cotidiana das pessoas nestes territórios em suas peculiaridades. Necessário lembrar Basaglia (2005a) e fazer com que toda ação técnica tenha como finalidade o ser humano com suas necessidades e sua vida, superando o olhar focado na doença e sua cura, o que acaba por gerar respostas negativas ou redutoras às demandas trazidas muitas vezes sob a insígnia do sofrimento.

3.2.2. A loucura traduzida em transtornos mentais graves: o objeto da saúde mental

Outra concepção de demanda de saúde mental que apareceu fortemente nas falas foi aquela caracterizada mais propriamente pelo que a psiquiatria chama de “transtornos mentais graves”. Essa demanda é identificada com a ideia socialmente construída do louco e da loucura, que envolve fenômenos do excesso, do desvio, e estão associados à ideia de periculosidade e enquanto tais exigiriam a atenção especializada da psiquiatria e/ou da polícia.

Segundo Amarante (2007), o conceito de periculosidade surge junto com o de alienação mental construído por Pinel. O louco, na medida em que é alienado (passa a ser outro em relação a si mesmo), cria essa relação de alteridade, perdendo o juízo e a razão, e poderia então representar um perigo para si mesmo e para a sociedade, justificando o enclausuramento, que era tido como tratamento por Pinel. Os discursos de reforma psiquiátrica referem, de modos diversos, a este signo da alienação sobre o qual problematizam as formas de tratamento direcionadas à loucura e ao louco. Aqui o objeto alienação inaugura um conjunto de representações que dizem respeito ao fenômeno da loucura reduzindo-o, o que produz rupturas sociais importantes para os sujeitos “loucos” e para as quais o isolamento consiste na forma principal de tratamento. A objetivação do homem como síndrome operada pela psiquiatria, como aponta Basaglia (2005c), traz consequência para o portador de transtorno mental que este autor compara às causadas pelo confinamento e exclusão aos prisioneiros dos campos de concentração nazistas. Decorre disto a necessidade apontada por este autor de colocar a doença “entre parênteses” para vislumbrar o doente em todos os aspectos que constituem sua humanidade. Nesse sentido, o campo da saúde mental se configurou a partir da luta antimanicomial para tentar problematizar a redução da loucura à doença mental e as práticas de exclusão e violência decorrentes disto. Isso significa dizer que não é qualquer fenômeno que vai se tornar objeto de interesse desse campo, porque não é todo e qualquer fenômeno que foi historicamente encarcerado no manicômio. Ainda que o campo da saúde mental, fundado no princípio da desinstitucionalização, indique a necessidade de desconstrução de toda a cultura manicomial que atravessa a sociedade em sentido amplo, seu interesse é focado na relação que se tem com os fenômenos identificados como loucura e as práticas manicomiais destinadas ao louco. Há aqui uma delimitação de objeto no seu sentido político, demarcando um projeto e bandeiras específicas para o campo da saúde mental.

Apesar do processo de reforma psiquiátrica brasileira, a internação em dispositivos de caráter asilar continua se colocando como forma de lidar com esta demanda percebida pelos profissionais. Essa conduta é reforçada pela legitimidade social desta medida frente à pretensa periculosidade, justificando que lidar com esse sujeito deixa de ser um papel exclusivo dos serviços de saúde e passa a ser compartilhado com a polícia. Uma agente de saúde, ao relatar a internação de uma mulher após o furto de uma bolsa em um supermercado a descreve assim: “Ela não temia a ninguém, a única pessoa era a polícia (ACSC3)”. A visão que a ACS transpõe é que a agressividade da usuária só era passível de contenção pela força policial e não vislumbra outras possíveis estratégias de intervenção à demanda da usuária.

A partir de uma representação do louco como ser perigoso, o uso da violência nos momentos de crise justifica-se para estes profissionais. Basaglia (2005b) vai trazer como o tecnicismo cumpre o papel de mitificar a violência sem, no entanto, mudar o seu caráter. O discurso técnico a partir do paradigma da psiquiatria da periculosidade do louco é o que irá justificar as inúmeras práticas de violência dentro dos hospitais psiquiátricos. O modelo asilar é pautado na disciplina e no isolamento não havendo espaço para a vontade individual, uma vez que a loucura aqui é entendida sob o signo da alienação mental que retira do sujeito qualquer possibilidade de dizer de si (AMARANTE, 2008). Isso fica exemplificado na fala ainda desta mesma ACS sobre este episódio:

Parecia entender tudo, mas arrancaram ela (do supermercado). Ele (policial) disse: - pode ficar tranquilo que eu não machuco. Arrancou ela da mão da vizinha, botou lá dentro do camburão, levou lá pra Dr. P. (hospital psiquiátrico), chegou lá, ele foi medicar ela. Como? Só se fosse injeção, comprimido ela não tomava. - Eu não tomo que quem vai me curar é Jesus. Aí trancou ela (sic) no quarto e ela ficou lá. Ela (pausa) de cara logo ela quebrou uns dente, era dentadura, já quebrou uns dente, ficou sem poder se alimentar, e ficou lá. Ela passou 28 dias (ACSC3).

Mesmo com a limitação do tempo da internação, esta continua sendo a opção quando o sujeito com transtorno mental grave perturba a ordem social, ao mesmo tempo em que continua se utilizando da violência justificada em seu caráter disciplinador e normalizador. Aqui importa indicar que a internação vai ser também uma ruptura na vida do sujeito, pois marca o início do que Goffman (2008) chama de “carreira moral do doente mental”. Ele fará uma distinção entre a definição psiquiátrica e social da doença mental, interessando a este pesquisador a acepção social, em que ele vai mostrar que o diagnóstico psiquiátrico ganha importância na medida em que altera a função social do doente. Para este autor, a mudança da função social se dá a partir da internação hospitalar psiquiátrica e início da carreira moral. Goffman (2008) delimita uma fase na carreira, que ele chama de pré-paciente até a entrada no hospital e mudança de papel social. Normalmente, a intenção da internação se inicia a partir de uma transgressão realizada pelo louco. No caso relatado, a transgressão é o furto e a desordem ocasionada no supermercado que dá início na vida daquela mulher a uma “carreira” marcada pela violência e por práticas disciplinadoras do seu corpo, legitimadas socialmente pela psiquiatria e com a conivência da equipe de saúde do território. Aqui importa indicar esta conivência uma vez que o relato do ACS indica ao mesmo tempo um incômodo em relação ao modo de cuidar destinado a esta mulher pelo psiquiatra, mas também um distanciamento, uma

posição de quem não “pode” ou não encontra meios para interferir neste tipo de prática. Basaglia (2005b) irá apontar o papel que os técnicos desempenham na reprodução da violência mesmo a partir de ações técnicas aparentemente reparadoras e não violentas, suavizando os atritos, reduzindo as resistências, garantindo uma justificativa técnica para violência institucional. Aponta ainda que a ambiguidade da figura de terapeutas, entre o cuidar e o violentar, continua até nos darmos conta do papel de reprodutores da violência que nos é solicitado pela sociedade e o negarmos.

Que outro modo seria possível? As equipes na atenção básica podem interferir e produzir rupturas com práticas manicomialis como a descrita acima? E qual o papel da atenção básica no lidar com esta demanda? A mesma ACS aponta como tem sido esse papel evidenciando a reprodução de práticas manicomialis em relação ao mesmo caso:

Moral da história: todo mês eu pego a receitinha dela aqui, M. de L. P. (nome da paciente), ela toma a medicação bem direitinho, vive só, não dorme mais na casa do filho, ninguém mais dorme com ela, ela faz a comidinha dela, está altamente normal, mas precisou a polícia, porque ela não temia a ninguém, ela só escolhambava (sic) com todo mundo.(ACSC3).

No entendimento desta profissional, e isto foi comum principalmente na fala dos ACS, cabe à atenção básica garantir (mera reprodução) as receitas dos medicamentos para que estas pessoas estejam “normais” ou “altamente normais”. Essa redução do cuidado à reprodução da prescrição medicamentosa corrobora dados apontados por Bezerra e colaboradores (2014) entre profissionais e usuários no Ceará. No caso da nossa pesquisa, a usuária não chega nem a ir à unidade, ser avaliada, questionada sobre os efeitos terapêuticos ou adversos da medicação. A ACS, com a intenção de garantir o cuidado como compreende que deve ser, vai à unidade “renovar a receita”. E caberia à polícia lidar com a disciplinarização do comportamento agressivo da usuária, destituindo, desde o início da intervenção junto a ela, o lugar que poderia caber ao profissional de saúde de construção de vínculo e cuidado. Para Foucault (2006), a medicina e a polícia são algumas das instituições responsáveis pelo exercício do poder disciplinar na sociedade atual. Esse poder se apropria dos corpos e do tempo dos indivíduos, os sujeita, os submete a um sistema de vigilância e procedimentos de normalização. Diante da construção histórica de um discurso de periculosidade da loucura, polícia e manicômio são complementares nessa tarefa de controle dos desviantes estigmatizados pelo rótulo da loucura. E recuperando mais uma vez Basaglia (2005b), cabe

aos técnicos “adaptar os indivíduos a aceitar a própria condição de objetos de violência, dando como certo que ser objeto de violência é a única realidade a eles concedida, para além das diversas modalidades de adaptação que poderão adotar” (p.95). Neste caso, garantir que a usuária tome regularmente a sua medicação é o papel da ACS, para que ela não recaia na situação esperada de necessitar da violência policial e do manicômio para contê-la.

Corroborando isto, nos discursos analisados, o que mais aparece como forma de lidar com esta demanda na atenção básica é a manutenção da medicação prescrita pelo especialista. Para Dutra e colaboradores (2006), o remédio se coloca muitas vezes como uma alternativa para calar o paciente diante da falta de tempo ou disposição para ouvi-lo. A integralidade não é contemplada em suas várias acepções. Por um lado, prevalece uma visão biomédica de manejo das situações, assumindo o remédio papel central no cuidado. Por outro lado, percebe-se a dificuldade no acionamento de outros dispositivos da RAPS que poderiam cumprir importante papel no atendimento a este tipo específico de demanda e também no matriciamento da equipe da AB, produzindo assim práticas compartilhadas de cuidado. Pouco apareceu nos relatos a identificação da demanda e acionamento do CAPS por parte da equipe. Algumas falas apontam ainda que muitas vezes a família acaba procurando o hospital psiquiátrico antes mesmo de procurar as unidades básicas. Essa demanda então é invisibilizada, seja porque é atendida no manicômio, seja por que após a internação ou por outras vias chegam diretamente ao CAPS, indo à unidade só quando da falta de algum médico prescritor nestes estabelecimentos. Percebe-se uma ausência de envolvimento e de responsabilização da equipe frente a esta demanda, quando a oferta na atenção básica de atenção a este tipo de demanda poderia contribuir para a desconstrução da cultura manicomial.

Essa omissão da atenção básica no cuidado aos portadores de transtornos mentais graves pode ser um entrave ao processo de desinstitucionalização. A reforma psiquiátrica brasileira tem, historicamente, se preocupado com a perspectiva de reinserir esses sujeitos na sociedade, em contraponto ao modelo asilar, que era pautado na exclusão. Essa não pode ser apenas uma reforma assistencial. Amarante (2007) aponta como a reforma psiquiátrica brasileira trata-se de um processo social complexo, no qual, para além da dimensão técnico-assistencial, possui também a dimensão teórico-conceitual, jurídico-política e sociocultural. Pelas falas, vê-se ainda dificuldade da atenção básica trabalhar mesmo na dimensão técnico-assistencial, quando poderia ter imensas contribuições em outras dimensões, como a sociocultural, por exemplo, a partir de atividades que integrassem os portadores de transtornos mentais graves na vida da sua comunidade. E integrar-se na vida da comunidade às vezes

pode ser o fato de ser atendido na unidade de saúde como todos os outros moradores são atendidos, para lidar com problemas de saúde em geral, e não apenas aqueles relativos ao transtorno mental. Ao longo dos dois anos nos quais trabalhamos em uma UBS na cidade de Cajazeiras, uma das formas iniciais de inserção destes usuários na rotina da unidade foi a possibilidade de marcação de consultas e visitas domiciliares para esta clientela, em atendimentos que não tinham como único foco o transtorno mental. Sempre que possível, também envolvíamos os outros membros da equipe no cuidado. Isso possibilitou situações de usuários que fizeram opção de não serem acompanhados no CAPS, mas apenas na UBS. Aqui vale ressaltar também outro aspecto que observamos, seja no nosso trabalho na atenção básica, seja na escuta das equipes participantes desta investigação: a reprodução das marcas manicomiais pelos CAPS. Observamos que muitas vezes os usuários e suas famílias optam por não serem atendidos no CAPS por ficarem incomodados com o atributo de “usuários de CAPS” como semelhante a “interno de hospital psiquiátrico” e “doido”. Esta vinculação de significados indicada pelos usuários e familiares deles aponta a transferência de parte do estigma do manicômio para o CAPS, como bem é apontado na fala de uma das ACSs sobre como muitos pacientes reagem à intenção de encaminhamento para o CAPS: (ACS)- “Vai pro CAPS.(Usuária) - Não! Eu não tô (sic)... eu não sou doida (risos). Não, eu não sou doida”. Dimenstein e Bezerra (2008) chamam a atenção para o fato de que os serviços substitutivos não garantem por si só superação das práticas excludentes vindas do modelo manicomial. Na tensão entre o serviço e a cidade, essa muitas vezes não é ocupada pelos usuários e técnicos, há falta de articulação entre diferentes serviços e apoios sociais, culturais e assistenciais (DIMENSTEIN & LIBERATO,2009). Os usuários acabam cronificando no CAPS ou na rede de saúde mental como em um circuito que se retroalimenta (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001). Ou cronificam à margem da rede de saúde como os não infrequentes casos de cárcere domiciliar apontados pelas equipes e que fazem parte da realidade do seu trabalho no território. Durante a preceptoría da RMFC tivemos oportunidade de visitar uma família, em uma das áreas na qual foi realizada esta pesquisa, em que moravam uma senhora e seus dois filhos de meia idade, ambos psicóticos. Pela cronicidade do quadro, inúmeras internações onde, segundo relatos da senhora, um dos filhos (portador do quadro de maior gravidade) voltava machucado, sem melhora e cada vez mais agressivo, essa mãe acaba por reproduzir um manicômio dentro de sua casa. Reconstrói os quartos como celas e mantém os filhos cativos, visto que os vizinhos após tentarem inúmeras vezes retirar a família do bairro ameaçam matar os rapazes caso eles saiam de casa. E na falta de outras perspectivas de cuidado reconhecidas pela mãe, ela remonta dentro de sua casa a única forma que conhece

para lidar com a loucura que é o isolamento, encarceramento dos próprios filhos. Até então nem CAPS, nem ESF, nem NASF tinham se aproximado a fim de compartilhar o cuidado com esta senhora. Isso mostra que o modelo manicomial se reproduz para além de seus muros, seja no CAPS, seja na ESF, seja dentro de casa.

3.2.3. Problemas por uso de álcool e outras drogas

Algumas poucas falas trouxeram um terceiro tipo de demanda em saúde mental chegando às unidades que são os problemas devido ao uso de álcool e drogas. Isto aparece de maneira incipiente e ainda um tanto obscura nas falas, apesar de (e talvez por isso mesmo!) um dos grupos se desenrolar na equipe da área conhecida como principal ponto de venda e consumo de drogas na cidade. Neste grupo, porém, quando uma ACS falou desta questão, ela se lembrou da perspectiva de redução de danos, mas afirmava não ter melhor conhecimento da proposta nem apontava que fosse algo utilizado na sua prática.

A questão das drogas talvez seja a que na atualidade mais retoma o nexos construído por Pinel entre doença mental e periculosidade, na medida em que o usuário de drogas é submetido ao mesmo tempo a um discurso médico que o coloca como detentor de uma doença e dependente, mas também a um discurso moral e criminalizante. A relativa ausência nas falas leva a pensar que, mais uma vez, a equipe não se considera como responsável por essa demanda. Talvez considere a questão das drogas como incumbência da polícia, da segurança pública. Ou ainda, é possível que se sinta amedrontada de pautar esse assunto em função das atividades do tráfico na área. Mas consideramos necessário maior aprofundamento neste aspecto junto aos participantes, o que não foi possível no escopo desse trabalho.

Diante da análise das concepções de demanda de saúde mental e seus desdobramentos práticos observamos problemas relativos ao processo de desinstitucionalização em sentido amplo, que passa pela desconstrução da lógica manicomial e mudança da cultura, dos modos de ver e dizer da loucura, seja ela traduzida como transtorno mental ou como problemas relativos a drogas.

Ao invés de garantir o cuidado integral ao longo do tempo e com capacidade de coordenação do cuidado, as equipes promovem mais medicalização, mais isolamento pela via da internação psiquiátrica, muitas vezes não se responsabilizam e realizam encaminhamentos no sentido de “livrar-se” da demanda. Por que isto acontece? O que os profissionais pensam a respeito disto?

3.3 Atenção e Gestão do Cuidado na atenção à Saúde Mental

Aliadas às concepções de demandas da saúde mental estão as práticas de atenção relativas a estas demandas resultando em certas formas de atenção e gestão do cuidado em saúde mental. Ou seja, para além destas concepções, outro fator que irá influenciar no cuidado ofertado é qual o entendimento que estas equipes têm das suas responsabilidades nesse cuidado, o modo como gerem o mesmo na relação com os outros dispositivos da rede de saúde e como se relacionam com estes outros serviços na produção do cuidado.

Com relação à responsabilização entre os membros da equipe da ESF em relação às demandas de saúde mental, o discurso foi bem heterogêneo. Alguns colocam a necessidade de que a equipe se responsabilize ou mesmo demandam mais autonomia para realizar o “diagnóstico” em saúde mental. Esse é o caso da reivindicação de algumas ACSs de que teriam condição de identificar os casos e encaminhá-los diretamente ao serviço de saúde mental, aqui traduzidos como o NASF, CAPS ou algum outro serviço que cumpra o papel de atenção ambulatorial. Observamos assim a presença da concepção de que mesmo tendo capacidade de identificar, realizar o diagnóstico de problemas de saúde mental, o papel do cuidado em saúde mental seria responsabilidade ainda do psicólogo, do CAPS e do NASF.

A necessidade colocada pelo NASF de que a solicitação do apoio fosse feita através do médico ou enfermeiro é vista como mera burocratização. Percebe-se falta de compreensão e/ou disposição para o compartilhamento do cuidado em equipe e certo enrijecimento na relação com o apoio matricial, o qual poderia ajudar a trabalhar estas questões do processo de trabalho da equipe. O NASF é uma importante estratégia para, através do trabalho em equipe multiprofissional, aprimorar um novo modelo de atenção e fortalecer a ESF (ANJOS et al, 2013). Partindo da perspectiva da clínica ampliada, pode apoiar a equipe de referencia tanto em uma perspectiva assistencial quanto técnico-pedagógica, de modo a aumentar a resolutividade da atenção básica. Mas a responsabilidade é compartilhada, não perdendo a equipe da atenção básica seu papel de coordenadora do cuidado. Pelo que observamos na realidade de Cajazeiras, a construção dessa percepção junto às equipes apoiadas pelo NASF e dentro das próprias equipes do NASF ainda não é uma realidade.

Com relação à articulação com a rede de saúde é preciso levar em consideração a implantação da RAPS. São tempos em que a política federal preconiza a constituição de uma rede abrangendo desde as UBS ao SAMU, incluindo os dispositivos classicamente relacionados ao campo psicossocial como os CAPS e SRT (BRASIL, 2011). Saber como acontece hoje essa relação é fundamental para fazer com que esta rede realmente funcione.

As falas apontam uma relação conflitante da equipe de ESF com os outros serviços. Os dispositivos que foram citados foram o NASF, o CAPS, o hospital psiquiátrico e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) (que não faz parte da rede de saúde, mas apareceu como possibilidade de ser articulado em casos complexos)

Em relação ao NASF, talvez até pela presença dos profissionais nos grupos focais e por ter sido recentemente implantado no município (cerca de um ano), apareceram as maiores críticas pela totalidade dos profissionais, principalmente ACSs. O Ministério da Saúde aponta que esse núcleo deve ter responsabilidade compartilhada com a equipe de saúde da família e demais componentes da RAPS pelo cuidado em saúde mental no território, apoiando a equipe de saúde da família nos casos de transtornos mentais comuns, severos e persistentes. Deve romper com a lógica do encaminhamento e da não-responsabilização pós referência, podendo lançar mão de diferentes estratégia como reuniões interdisciplinares para discussão de casos, atendimento conjunto para avaliação do risco, manejo e elaboração de projeto terapêutico na perspectiva da educação permanente dos profissionais, planejamento e execução conjunta de atividades comunitárias e terapêuticas (BRASIL, 2009b). Na pesquisa ficou perceptível uma expectativa de que o NASF esteja pronto para realizar atendimentos individuais, ainda na lógica tradicional do encaminhamento. Alguns profissionais entendem que estes seriam para os casos mais graves, outros acreditam que seriam mesmo para os casos em que necessitam apenas de uma escuta por um psicólogo, especialmente identificados com a primeira concepção de demanda de saúde mental (sofrimento psíquico difuso). Uma das médicas até aponta o NASF como parceiro, mas coloca que ainda há muitos limites em termos de resolutividade. Qual seria esta resolutividade? Além do atendimento clínico, há a expectativa por parte dos profissionais ouvidos que o NASF pudesse atuar desembaraçando os nós que obstaculizam o acesso do usuário aos outros pontos da rede, como atendimento em consultas especializadas, por exemplo.

Por outro lado, ouvindo os profissionais do NASF, esses apontam como dificuldades na relação com as equipes o desinteresse e desconhecimento sobre o papel do NASF e ainda fatores ligados à gestão. A instabilidade causada por regime de contratação precário, as constantes mudanças, fruto das trocas políticas no município e mesmo a influência da política partidária nas contratações foram repetidamente apontadas pelos profissionais do NASF como interferindo no seu trabalho. Reflexo disso é que, por questões internas à gestão municipal, como já citado, todos os profissionais do NASF foram demitidos no mês de dezembro de 2013, posteriormente à realização dos grupos focais.

Já a relação com o CAPS foi mais criticada pelos médicos, com ênfase na conduta do psiquiatra daquele serviço. Há uma expectativa de que o atendimento no CAPS se constitua em outras medidas terapêuticas que não apenas as medicações, mas na percepção dos médicos a conduta se resume a isso. Quando se cruza esta impressão com o fato de que a maioria dos atendimentos no CAPS acontece em regime não intensivo, é possível inferir que talvez muitos destes encaminhamentos ao CAPS na verdade se constituíssem em demanda que deveriam ser atendidos predominantemente na rede básica. Campos (2007) aponta que diante de determinados contextos a clínica tradicional pode perder a sua potência transformando-se em uma clínica degradada como acontece nos pronto-atendimentos orientados pela lógica “queixa-conduta”. Parece que fatores como a sobrecarga de atendimentos aliada ao processo de trabalho que mantém a centralidade do cuidado em saúde mental na prescrição médica tem degradado a clínica exercida dentro dos CAPS. Isso é visualizado pelos médicos da atenção básica ouvidos, frustrando suas expectativas de que este fosse um espaço que pudesse contribuir mais fortemente no cuidado dos usuários em que estes médicos percebem limites para sua atuação.

Da mesma maneira, parece haver uma expectativa de que o CRAS possa lidar com aqueles casos em que as questões sociais se apresentam mais fortemente ou aqueles que necessitem de atendimento psicológico por este profissional fazer parte da equipe deste serviço. O papel do CRAS não será objeto de análise no escopo deste trabalho, no entanto merece referência uma vez que entendemos que se trata de uma articulação intersetorial possível, o que não destitui a necessidade do olhar sobre as questões sociais por parte da equipe da atenção básica.

Já o diálogo com o hospital psiquiátrico é inexistente, havendo apenas a percepção de que este é um dispositivo buscado pelas famílias muitas vezes a revelia do restante da rede. No retorno da internação, cabe na maioria das situações à atenção básica manter a prescrição da alta hospitalar, como evidenciado na história relatada pela ACS anteriormente. O hospital psiquiátrico, então, funciona em paralelo à rede e a despeito dela, mas produzindo demandas e problemas na atenção a saúde mental.

Percebe-se então, a partir da relação com o restante da rede, uma dificuldade de a atenção básica conseguir encontrar o papel que pode desempenhar e conseguir compreender a função dos demais serviços. Isso dificulta que o modelo manicomial seja superado e contribui para a cronificação dos usuários, que terminam por buscar o hospital psiquiátrico como referência principal de cuidado ou como usuários manicomializados no interior dos CAPS. É o que Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) chamam de funcionamento em circuito do sistema de

saúde mental. O usuário, que antes ficava “estático” no manicômio, passa a circular entre serviços especializados que fornecem uma atenção pontual e fragmentada. Os serviços se especializam em determinadas demandas, selecionam os problemas com base na própria competência seguindo uma lógica empresarial, não tendo responsabilidade com as situações que não se encaixam no seu “perfil”. A determinação desse perfil, na maioria das vezes, se dá a partir de categorias nosológicas, colocando mais uma vez a doença no centro do processo de cuidado, comprometendo a integralidade da atenção. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), ao falar da situação de Trieste, anunciam que dividir os doentes, entre agudos e crônicos, por exemplo, não favorece a desinstitucionalização. O parâmetro continua sendo a doença, criam-se fragmentações e conseqüentemente cronicidade nos serviços. Defendem que se assuma a demanda como uma totalidade indivisível. Trazendo esta visão para a nossa realidade do SUS, fica evidente como a atenção básica possui um papel estratégico para a desinstitucionalização. Ao pautar-se pela integralidade, pode olhar o sujeito como um todo, lidar com toda a complexidade de sua existência, colocar-se para construir formas de enfrentar os diferentes problemas de saúde junto com ele. Assumindo a responsabilidade de coordenar este cuidado, mesmo quando seja interessante ou necessária a colaboração de outros serviços da rede, a equipe não deixará de ser responsável, podendo realizar as conexões necessárias entre os diferentes pontos da RAPS, sem abandonar o usuário.

Porém, a partir da fala dos profissionais da equipe, é possível perceber não apenas as fragilidades da atenção básica, mas da rede como um todo em conseguir acolher o usuário e garantir a integralidade. Há, na verdade, uma sensação de desamparo por parte dos profissionais da atenção básica, que na angústia gerada pela demanda, ou se desresponsabilizam, encaminhando, ou vão tentando encontrar sua forma de lidar com estas situações sem partilhar o cuidado com outros dispositivos da rede de saúde. A fala da médica a seguir aponta a dificuldade que a mesma percebe no CAPS:

Pra onde a gente manda? Qual um lugar aqui, por exemplo, que não tenha aquela visão do CAPS, que já é mal vista pelos pacientes, né? E outra coisa, os pacientes que foram lá que eram menos problemas (sic), que não tinham necessidade de medicação, eu pedi na verdade pra ir exatamente por causa do psicólogo, foram tratados com medicamento, benzodiazepínico. Depois voltaram comigo: - ó doutora, ela passou tal coisa. Foi um benzodiazepínico e amitriptilina. Uma loucura a quantidade de amytril (amitriptilina) que o pessoal toma, mais benzodiazepínico. E aí eu perguntei assim: - Mas como é que foi a consulta né? Daí eles respondem: -

Não, nem olhou pra minha cara. Como é que a gente passa medicação e não olha? E não foi só de uma pessoa. (MedJ1)

A partir dessa fala é possível perceber que o modelo asilar do hospital psiquiátrico, centrado-se na doença com consequente resposta restrita à prescrição de medicamento, foi incorporado ao CAPS, fato que vimos acontecer cotidianamente nos atendimentos em atenção básica. Há uma expectativa, por parte da médica, de que a escuta seja realizada por um especialista (psicólogo) no serviço especializado. Esse manejo pouco contribui para a desinstitucionalização na atenção psicossocial e o enfrentamento às condições de sofrimento psíquico através do acionamento de dispositivos presentes na própria comunidade. O atendimento no CAPS, por sua vez, é descrito também como simplificado, centrando-se no uso de medicamento em detrimento da escuta, levantando outra questão bastante apontada nas falas que é a medicalização excessiva nos atendimentos em saúde mental.

Na fala desta profissional, fica evidenciado o distanciamento entre o modelo de saúde integral esperado a ser realizado na rede de saúde e o que efetivamente é construído. Foi apontada nas falas uma excessiva medicalização se opondo a ideal de prática integral. Illich (1975) foi um dos primeiros a cunhar o termo medicalização para falar da invasão da medicina em diversos aspectos da vida humana. Passa-se a ter uma ampliação dos limites da medicina não apenas na descrição de doenças e em critérios diagnósticos cada vez mais fluidos e abrangentes, mas também aspectos normais da vida humana são medicalizados, como a menstruação, a gestação e a velhice.

Esse mesmo autor traz como um dos principais malefícios dessa medicalização excessiva a redução da autonomia das pessoas no restabelecimento da sua saúde. Isso acaba por gerar uma dependência em relação à intervenção profissional, diminuindo a capacidade orgânica e psicológica de luta e adaptação que as pessoas comuns possuem (ILLICH, 1975). Tal processo é inúmeras vezes relatado pelos participantes da pesquisa, principalmente na fala dos médicos, que apontam a demanda pela prescrição de receitas de psicofármacos como a principal demanda: "A primeira (demanda) é a receita. As pessoas não vão lá por que querem falar de seu sofrimento." (MEDAm1). Percebe-se que essa excessiva medicalização inflaciona a demanda por consultas médicas, dada a obrigatoriedade da receita para a venda ou recebimento do medicamento, sem haver a construção desse momento como um espaço de escuta. Essa redução do ato médico a mera prescrição é motivo de angústia para os residentes, sem, no entanto, eles encontrarem outras formas de lidar com essa demanda gerada pela cultura da medicalização. Bezerra e colaboradores (2014) apontam que a dificuldade de

acesso aos serviços de saúde e precariedade na assistência aos portadores de transtorno mental associa-se à medicação como única alternativa terapêutica em seu contexto de pesquisa, o que corrobora as informações obtidas nesta pesquisa.

Illich (1975) já apontava, na década de 70, como os “tranquilizantes” lideravam a chamada “invasão farmacêutica”, termo que utiliza para definir o consumo cada vez maior de medicamentos pela população, tanto a partir de prescrições médicas quanto da automedicação. Mesmo panorama se observa na fala da ACSs que diz que a principal demanda é “a receita azul” (receituário especial B1, para ansiolíticos). Mas o que explica esse uso excessivo de medicamentos?

Illich vai usar o conceito de iatrogênese social como a crescente dependência da população em relação às prescrições médicas, gerando pessoas passivas e dependentes da autoridade médica. Isso se alia à invasão farmacêutica, com a proliferação de medicamentos no mercado e uso cada vez maior pelas pessoas, intermediadas pela prescrição médica ou não. Soma-se a isto o que o autor chama de controle pelo diagnóstico, fruto da medicalização de categorias sociais, levando a que fases da vida sejam tidas como necessárias de sofrerem intervenção. Esse último aspecto pode estar por traz de inúmeras prescrições de benzodiazepínicos a idosos por insônia, desconsiderando-se que neste momento da vida há uma redução fisiológica da necessidade de sono. Podemos pensar que o mesmo aconteceria com as demandas de sofrimento psicológico em geral, sejam elas graves (referindo-se aos transtornos mentais graves) ou não.

Por fim, Illich (1975) irá falar da iatrogênese estrutural ou cultural, que seria o fato da medicina retirar do sofrimento seu significado pessoal, reduzindo-o a uma questão técnica. Isso acaba por diminuir a resiliência dos indivíduos, a capacidade de diante do sofrimento se reinventarem em busca da sua saúde. Para este autor, acima de determinado nível de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas, o nível global de saúde é diminuído pela redução do principal fator que constitui a saúde de cada indivíduo: a autonomia. Há a construção da ideia de que o profissional de saúde, especialmente o profissional médico pela centralidade historicamente dada a esse profissional, será o principal promotor da saúde das pessoas, gerando uma dependência e mesmo adoecimento em função de intervenções desnecessárias e menor capacidade de resposta dos sujeitos ao sofrimento, ou seja, sua resiliência.

Percebendo a iatrogenia em diversos níveis que pode ser fruto da cada vez mais intensa medicalização, dentro do campo da saúde da família discute-se o conceito de prevenção quaternária que seria a prevenção de intervenções médicas desnecessárias e da medicalização. A criação de rótulos somáticos para sintomas médicos inexplicáveis e outras

condições psicossomáticas tão comuns na prática da saúde da família pode ocasionar danos, indo contra o princípio ético da medicina de “primum non nocere”. Nesta perspectiva, a prevenção deste tipo de atuação também estaria entre as atribuições do médico de família (KUEHLEIN, 2009).

Na presente pesquisa, foi possível perceber no discurso dos profissionais concepções diversas sobre a demanda de saúde mental as quais resultam em práticas também diversas, ainda atravessadas pelo paradigma manicomial e também medicalizadoras, mas também apresentando algumas iniciativas promissoras de trabalho no território e ampliação da clínica. Diante deste panorama e considerando o campo de pesquisa, ou seja, as unidades onde se desenvolve a RMFC, refletimos sobre que papel a formação vem desempenhando na reprodução do modelo asilar e como pode contribuir para sua superação e oferta de um cuidado integral. Estas reflexões sobre a formação em saúde, mais detalhadamente a formação médica, provocadas pela análise do cuidado em saúde mental são apresentadas no próximo capítulo.

4. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA E A FORMAÇÃO MÉDICA EM QUESTÃO

4.1. Formação em saúde em mudança

Ao considerarmos o que foi apontado no capítulo anterior, é possível levantar que os profissionais ouvidos têm encontrado muitas dificuldades em realizar o cuidado em saúde mental na perspectiva da integralidade. O cuidado ofertado reflete ainda a lógica asilar e a predominância do paradigma biomédico que funciona a serviço do sistema liberal que norteia a atual política de Estado. Isso acaba gerando diversas angústias em função das demandas que se apresentam no trabalho na atenção básica. Toma-se também a demanda em saúde mental como referência para a capacidade das equipes realizarem um cuidado integral. Percebe-se que este cuidado, objetivo do modelo de atenção proposto na ESF, não tem sido realizado plenamente. Há uma atenção que ainda traz uma compreensão de saúde como ausência de doença, enfatizando aspectos biológicos, gerando como principais intervenções aquelas restritas a farmacoterapia, promovendo medicalização. Por outro lado, a prática asilar persiste como opção para os casos de transtornos mentais graves, sendo limitada a incorporação do paradigma da desinstitucionalização como referencial para a prática profissional.

Esse panorama nos leva a olhar a formação dos profissionais em saúde a partir do questionamento de como essa formação hoje acontece e como ela pode auxiliar a modificar este quadro. Na perspectiva da desinstitucionalização e da construção do SUS, a questão da formação de profissionais que tenham perfil para atuar na atenção primária à saúde é fundamental.

Para os objetivos dessa pesquisa, focou-se, a partir da perspectiva da atenção psicossocial, no problema da formação do profissional médico, mais especificamente o médico generalista, no cenário da residência de medicina de família e comunidade. Essa opção foi feita a partir do lugar que ocupo na formação de profissionais médicos através da graduação e residência, mas também a partir de inquietações vinda dessa prática em uma localidade onde o médico ainda é colocado como assumindo papel central no cuidado em saúde.

A formação em saúde tem passado por uma reorientação com o objetivo de superar a influência flexineriana⁶ e a centralidade na especialização e no hospital, mas ainda não

⁶ Por modelo flexineriano entende-se aquele forjado a partir das recomendações sobre o ensino médico do relatório Flexner (1910) que dividem a formação em ciclo básico (em laboratórios) e ciclo clínico (no hospital),

consegue dar conta de responder às necessidades de formação colocadas pelo sistema de saúde. Os diversos movimentos de mudanças das graduações são impulsionados pelas iniciativas de integração ensino-serviço, experiências internacionais de integração docente-assistencial e pela crítica à formação até então posta. Marco importante é a constituição da CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) em que diversos atores, inclusive estudantes, vão lançar a crítica à formação médica hegemônica. Fruto de todo este movimento é a aprovação entre 2001 e 2004 das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, as quais colocam que a formação profissional deve ser voltada para as necessidades sociais de saúde e contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (CARVALHO; CECCIM, 2009).

Como desdobramentos em termos de políticas governamentais, surgem diversos projetos de fomento às mudanças curriculares lançados pelo ministério da educação e/ou saúde (PROMED, PRÓ-SAÚDE, APRENDERSUS, PET-SAÚDE)⁷, ora focando na profissão médica, ora abrangendo outras categorias. Isto sem dúvida resultou em diversas “reformas curriculares”, mas o impacto no perfil do egresso ainda é considerado insuficiente e não consegue dar resposta à necessidade de provisão de profissionais e qualificação dos mesmos, especialmente para regiões como o norte e nordeste do país, periferia das grandes cidades, zonas rurais e pequenas cidades do interior, como é o caso de Cajazeiras.

A aprovação das DCN possibilitou uma demarcação de que se deseja um médico de formação humanista, crítico, capaz de oferecer uma atenção integral, voltado para o SUS. Sem amarrar disciplinas ou horas, as DCN permitem uma grande liberdade para as instituições formadoras, o que, aliado ao processo extremamente heterogêneo de assimilação dessas diretrizes em cada escola, fruto da correlação de forças local, faz com que a formação médica hoje no Brasil seja bastante heterogênea. Convivem cursos nos moldes tradicionais, divididos em ciclo básico e clínico, formação eminentemente hospitalocêntrica, com cursos inteiramente orientados pela aprendizagem baseada em problemas ou sem hospital universitário, de orientação mais comunitária.

assume uma visão positivista e considera a doença como fenômeno natural e biológico (PAGLIOSA & DA ROS, 2008).

⁷ PROMED: Programa de Incentivo à mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina (2002).

PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (2005);

APRENDERSUS: Política do Ministério da Saúde que visa estreitamento de relações entre a rede de saúde e instituições de ensino.

PET-SAÚDE: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

A incorporação da atenção primária à saúde na formação médica acaba sendo uma forma de atingir os propósitos da DCNs. Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) elaboraram diretrizes para a incorporação da APS nos cursos (DEMARZO et al, 2011). Defendem essa incorporação visto que o aprendizado orientado pela APS possibilita ao estudante o desenvolvimento de uma prática clínica integrada e contextualizada, centrada nas pessoas e permitindo a interdisciplinaridade. Esse aprendizado deveria acontecer de forma longitudinal no curso médico e preferencialmente nos cenários da APS. Sem dúvida, o processo de construção desse documento bem como a síntese são fundamentais na sensibilização dos diferentes atores envolvidos na formação médica Brasil afora. Mas percebe-se que a execução dessas diretrizes tem sido limitada.

Apesar do movimento de transformação na formação, os cursos médicos são resistentes à mudança e em parte ainda apresentam forte influência do modelo flexneriano (LAMPERT, 2008). Feuerwerker (2002) aponta como sendo alguns dos fatores que atravancam o avanço das mudanças nas graduações de medicina a forte influência da corporação, a capitalização da saúde e a dificuldade de que os coletivos sensibilizados para as mudanças ocupassem papéis de direção nos cursos. A respeito da influência da corporação, a autora apresenta dois mecanismos principais. O primeiro seria a conformação de um ideal de prática médica pelo qual se orientam os médicos e estudantes, mesmo que esse não corresponda à realidade encontrada pela maioria deles no mundo do trabalho. Esse ideal seria o que se aproxima de uma prática liberal, em consultório ou em hospitais, normalmente protegido pela demanda organizada de uma especialidade. A imprevisibilidade de um posto de saúde ou de um plantão de urgência estaria no lado oposto a esse ideal.

Um segundo mecanismo de influência na formação seria o controle sobre a residência médica. Feuerwerker (1998) aponta a centralidade que hoje a residência possui na formação médica. Apesar de tentativas de garantir a terminalidade do curso médico, diante do volume de informações geradas pelo desenvolvimento das especialidades e multiplicação de procedimentos a serem aprendidos pelo jovem médico a residência tem se constituído como o espaço onde, através do treinamento em serviço, é possível articular conhecimentos teóricos com a prática clínica. A dificuldade, porém, do Estado regular tal momento da formação faz com que a residência tenha seus rumos ditados pelas instituições proponentes e pelas sociedades de especialistas. Isso é reflexo também do fato de que a própria Comissão Nacional de Residência Médica, até pouco tempo atrás, contemplava essencialmente representações das entidades da corporação médica, fazendo com que a Residência Médica,

historicamente, operasse segundo a lógica da corporação e não em sintonia com um modelo de formação médica voltado para as necessidades de saúde da população e estruturação dos serviços de saúde (FEUERWERKER, 2002).

O Ministério da saúde recentemente tem compreendido o papel estratégico da residência médica não apenas na formação de especialistas, mas também na ordenação do mundo do trabalho médico. Tentando incidir sobre esta questão e buscando a fixação de médicos em regiões de difícil alocação de profissionais e contribuir com a construção de redes de atenção no território brasileiro, em 2009 é criado o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA), uma parceria do Ministério da Educação e da Saúde. Dentre as áreas estratégicas estão as relacionadas à mudança do perfil epidemiológico da população, especialmente ligadas ao envelhecimento e mortalidade por causas externas, e áreas cujas exigências técnicas para instituição da rede de saúde necessite de especialistas, notadamente na alta complexidade. Algumas das especialidades médicas foco do programa são cancerologia, neurocirurgia, neonatologia, medicina de urgência e emergência, medicina intensiva, geriatria e medicina de família e comunidade (CAMPOS et al, 2011.).

Esse cenário institucional leva à criação de vagas de residência em lugares como Cajazeiras, município do interior do nordeste brasileiro com rede de saúde apresentando diversas carências, entre elas a falta de profissionais médicos, sejam generalistas, sejam especialistas. Neste município, a ampliação das vagas da RMFC através do pró-residência tem garantido uma melhoria no atendimento na atenção básica reconhecida pela população e gestores, visto que tradicionalmente o atendimento médico nas UBSs era deficiente. Essa ampliação de vagas também é de suma importância para a consolidação do curso de medicina da UFCG, visto que garante mais um cenário de práticas para os estudantes desta graduação e ajuda na fixação de médicos que podem ser preceptores ou professores no município.

Ainda nesse contexto, percebe-se que há um investimento ministerial especial nas residências de Medicina de Família e Comunidade como forma de suprir a necessidade de formação de médicos para a atenção básica. Feuerwerker (1998), porém, aponta o limite dessa estratégia ao se restringir a um pequeno número de egressos dos cursos de medicina, a semelhança do que ocorreu anteriormente com as residências de medicina preventiva. Esse panorama pode mudar, porém, diante das novas iniciativas como PROVAB e o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM).

O PROVAB é instituído em 2011 com o objetivo de valorizar e estimular os profissionais de nível superior a comporem as equipes de saúde da família prioritariamente

em municípios com maior percentual de pobreza, áreas remotas e locais com dificuldade de provisão de profissionais (BRASIL, 2013a). Esta não é a primeira iniciativa federal para lidar com a questão da provisão de profissionais, especialmente médicos, em áreas de difícil alocação (CARVALHO,2013). Porém o grande diferencial que se dará a partir do PROVAB e aprofunda-se com o PMM é que essa questão passa a integrar a agenda do Estado, ultrapassando os limites da pauta do Ministério da Saúde ou da Educação, arcando com o ônus do enfrentamento com os interesses da categoria médica.

Esse enfrentamento acontece na medida em que, além de supervisão em território, especialização em AB e incentivo financeiro (pontos que assemelham o PROVAB ao PITS⁸), aos participantes do programa é fornecido bônus de 10% de pontuação nas provas de residência médica. Isso gerou uma forte reação da categoria, especialmente dos grupos ligados às residências principalmente do sudeste do país (onde se concentram a maioria das vagas dessa modalidade de pós-graduação). Até então, a capacidade de interferência do sistema de saúde no perfil dos ingressantes é inexistente, sendo folclóricos os relatos do privilegiamento dos estudantes egressos das faculdades nos seus próprios programas de residência. Ao valorizar o processo educacional e a experiência de trabalho na AB ofertados pelo PROVAB na seleção, essa iniciativa abre uma ampla discussão sobre a residência e a educação médica no país.

O enfrentamento com a categoria e a tentativa de reestruturação ao mesmo tempo do trabalho médico e formação se aprofundam com o Programa Mais Médicos para o Brasil. Instituído por medida provisória e posteriormente transformado em lei (BRASIL, 2013b), traz como ações a reordenação da oferta para cursos de medicina e residência médica, estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país e promoção do aperfeiçoamento de médicos na área da atenção básica à saúde, inclusive por meio do intercâmbio internacional (neste caso abrindo para a atuação de médicos estrangeiros, em que o maior contingente tem sido de médicos cubanos devido a negociação feita entre os governos brasileiro e de Cuba em função da formação dos médicos cubanos ser orientada para a atenção primária à saúde e pela experiência em missões internacionais).

No que diz respeito à residência médica, além de colocar a oferta obrigatória de vagas suficientes para todos os egressos, estabelece que o acesso às especialidades Medicina Interna (Clínica Médica), Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Psiquiatria e Medicina

⁸ Programa de Interiorização da Saúde – Programa surgido na década de 90 com a finalidade de fortalecer o PSF ofertando incentivo financeiro, educacional, moradia e transporte e outros atrativos atingiu 300 municípios com 181 médicos e 240 enfermeiros tendo concluído o programa (CARVALHO, 2013).

Preventiva e Social se fará mediante realização de pelo menos um ano da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, como passa a ser denominada a Residência de Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2014). A intenção é que com isso os especialistas focais sejam inicialmente expostos ao cenário da atenção básica no SUS, tentando reduzir os impactos da especialização na formação médica. Repletas de pontos delicados e polêmicos, ainda sofrendo mudanças em função das correlações de forças no jogo da política, a grande potência dessas iniciativas é tentar agir de maneira combinada no mundo do trabalho médico e da formação, superando a lógica de programas focais ou limitados que vinham acontecendo desde antes do SUS na tentativa de intervir na formação de médicos reorientado-a para as necessidades de saúde da população.

4.2. No sertão paraibano, dois modelos de formação médica se encontram

Nesta pesquisa, nos deparamos com várias peculiaridades do contexto do território em que desenvolvemos o campo de pesquisa. Dentre estas peculiaridades está aquela relativa ao cenário da construção da RMFC em Cajazeiras. Esta Residência surge em 2009 inicialmente sem nenhum candidato. Em 2010, tem uma das suas duas vagas preenchida por médico que hoje é coordenador do curso de graduação em medicina da UFCG. Em 2011, através do Pró-Residência (BRASIL, 2009a) tem ampliação das vagas de 2 para 6 (preenchidas três vagas, posteriormente há uma desistência), sendo que em 2013 nova ampliação leva a 8 vagas. Além do pagamento da bolsa federal, é feita articulação com a prefeitura para complementação financeira através de contrato de prestação de serviços, estratégia utilizada em muitos lugares para tornar essa residência mais atrativa aos egressos do curso médico. A instabilidade dessa relação com a prefeitura, em função das questões políticas que tangenciam o trabalho em saúde nos municípios de interior como já apontado, tem sido fruto de diversos problemas, mas sem dúvida é fator primordial de atração aos médicos. Na última seleção, 7 das 8 vagas foram preenchidas, índice muito bom quando comparado a outras residências pelo país. Isso acontece em função de articulação feita com movimentos sociais e egressos de universidades brasileiras. Foi feito o convite a diversos egressos e explicada a proposta da RMFC, que se insere em uma conjuntura de consolidação de um curso de medicina em uma cidade com rede de saúde ainda deficiente, mas em crescimento, ofertando qualidade de vida e boas perspectivas de trabalho com um baixo custo de vida quando comparado às capitais. De maneira semelhante, foi realizada conversa com lideranças de alguns movimentos sociais do

campo popular que sabidamente tinham médicos brasileiros formados em Cuba, quando foi reforçada a importância da formação em Saúde da Família para a oferta de uma atenção à saúde de qualidade às populações que compõem a base desses movimentos (movimentos camponeses em sua maioria). Isso fez com que procurasse pelo processo seletivo da residência um grupo de candidatos diferenciado em relação ao que normalmente acontece nos processos de seleção de residência médica.

No contexto da RMFC, em função desse processo divulgação, nos deparamos com médicos brasileiros oriundos de dois sistemas de formação diferentes: o do Brasil e o de Cuba. Isto porque dentre os participantes da pesquisa, tínhamos quatro brasileiros formados em Cuba e uma médica egressa da UFRN.

No que se refere à formação médica no Brasil, representada aqui pelo curso médico da UFRN, é possível trazer reflexões a partir do encontro com a profissional inserida na pesquisa e da minha própria vivência enquanto estudante participante do Centro Acadêmico, Núcleo de Educação Médica e Colegiado de Curso dessa instituição. O curso médico da UFRN surge em 1956, anterior mesmo à constituição da Universidade. Sob a influência dos movimentos da educação médica brasileira, o curso tem sua última reforma curricular em 2002 com a finalidade de adequar-se às DCN. Este é um processo lento, porém, considerando tratar-se de um curso de forte orientação hospitalocêntrica (possui 4 hospitais universitários e se utiliza de pelo menos mais dois da rede pública e particular de Natal) e dividido em mais de dez departamentos, o que dificulta a integração preconizada pelas DCN. Só em 2010, por exemplo, a atenção básica passa a incorporar-se como cenário de prática clínica do internato (estágio supervisionado), apesar da existência há bastante de um estágio em saúde coletiva.

Por outro lado, a educação médica em Cuba, tal como o acompanhamento de médicos residentes na RMFC formados neste país nos permite observar e a partir da literatura sobre o tema, percorre outro caminho que merece discutirmos aqui tendo em vista a atualidade do tema. Em Cuba, a partir da revolução socialista de 1959, o governo revolucionário se vê com o desafio de garantir o direito à saúde para a população, mesmo com o êxodo de médicos e embargo econômico que se consolida nos anos seguintes. A necessidade de reorientar e intensificar a formação médica torna-se premente. Cuba salta de pouco mais de 6000 médicos no início da revolução para mais de 70000 em 2010 (MADUREIRA, 2010). Outro aspecto interessante é que, a partir do valor revolucionário do internacionalismo, Cuba além de enviar médicos em missões internacionais, contribui com a formação de médicos para outros países, seja com professores atuando nestes lugares, seja através da Escola Latinoamericana de Medicina (ELAM). A Escola Latinoamericana de Medicina surge em 1998 e hoje acolhe

estudantes de 24 países entre América Latina, África e Estados Unidos, possuindo mais de 8 mil estudantes (MADUREIRA, 2010). A iniciativa de criação desta escola para garantir formação médica integral a estudantes latinoamericanos surge após dois grandes furacões que atingiram Caribe e América Central (CELIS & GONZÁLEZ, 2005). A formação médica nesta escola é de acordo ao programa docente das faculdades médicas cubanas, com o objetivo de formar um médico de alta qualidade e sensibilidade humanística (BRASIL, 2004a). Para acessar essa escola, têm sido priorizados jovens de até 25 anos os quais são indicados pelos países de origem. Devem preferencialmente pertencer a classes mais pobres. No Brasil, tem sido corriqueiro o acesso via movimentos sociais e partidos políticos. É o caso dos residentes que fizeram parte da pesquisa, indicados por movimentos camponeses e pelo PC do B. Em 2004, uma comissão de especialistas brasileiros do MEC foi em missão a Cuba para avaliar o ensino médico na ilha com a finalidade de estudar a proposta de revalidação automática de diplomas entre as duas nações (BRASIL, 2004a). Segundo o relatório da missão, à luz das diretrizes curriculares brasileiras, as orientações das DCN estariam em grande parte contempladas pelo ensino médico cubano. Esse visa à formação do médico geral, a integração entre ciências básicas, ciências básicas para a clínica e ciências clínico-higiênico-epidemiológicas. Objetiva ainda o desenvolvimento das seguintes competências profissionais na APS: atenção médica integral, pesquisa, ensino e administração. Há a valorização de aspectos como a educação em saúde e o uso do que no Brasil chamaríamos de práticas integrativas em saúde (BRASIL, 2006), lá denominadas como medicina natural. Essa comparação é possível, pois o ensino em Cuba é uniforme em todas as escolas, inclusive na ELAM, excetuando que esta última possui um curso pré-médico a fim de nivelar os estudantes estrangeiros aos conhecimentos fornecidos no segundo grau em Cuba. É óbvio que uma diferença importante será o fato de que os médicos formados em Cuba não contemplarão em sua formação o conhecimento sobre o SUS e perfil epidemiológico brasileiro preconizado pelas DCN. A respeito do cuidado em saúde mental em Cuba, a literatura mostra que Cuba passa por um momento de adaptação do período pré-revolucionário, com a assistência ofertada por asilos públicos e privados sem universalidade de acesso, para após a revolução a incorporação dos hospitais psiquiátricos ao sistema nacional de saúde e extensão da assistência a toda a população. A orientação dessa assistência, porém é biomédica. A partir de 1995, há uma reorientação na perspectiva da psiquiatria comunitária, com ênfase nos serviços extra-hospitares, mais inserção de ações no território e junto à rede de atenção primária à saúde (GARCÍA et al, 2004).

Diante do exposto, como os médicos oriundos destes dois modelos conseguem lidar com as demandas de saúde mental na prática de saúde da família? É possível perceber diferenças importantes? Podemos dizer que há diferenças na atenção em função das diferentes políticas de formação?

Percebeu-se que, independente da formação que tiveram, a grande demanda de saúde mental foi motivo de angústia para todos estes profissionais no contexto de Cajazeiras. Seja pela quantidade de consultas, em sua maioria tendo como centro “a renovação da receita” de psicotrópicos, seja pela complexidade de atendimentos em que transtornos mentais graves ou situações sociais se apresentam como principais problemas, a atenção em saúde mental tem se mostrado a estes residentes como algo que gera ansiedade e é visível a expectativa de que fosse abarcada por outro profissional ou dispositivo da rede.

Independente da formação a que tenham sido submetidos na graduação, as dificuldades que estes médicos encontram no campo de trabalho são inúmeras.

Dentre as dificuldades, estão equipes desmotivadas e que acabam tendo o caráter vivo do seu trabalho em saúde capturado e invisibilizado (MERHY, 1997), sentindo a falta de atenção por parte da gestão para a questão da saúde mental, como é mostrado pela fala de um profissional do NASF em que coloca que a negligência por parte do gestor e da família em função do preconceito em relação às questões relativas à saúde mental dificulta o trabalho, gerando sofrimento, falta de motivação:

A primeira delas (dificuldade) é o preconceito, e esse preconceito ele vai desde a família do próprio usuário até o gestor. [...] Toda essa angústia que vocês sentem, a gente sente, eu sinto dobrado, porque eu sou um profissional que trabalha diretamente com uma situação dessas. Isso pra mim é angustiante entendeu, e eu tiro isso em terapia, tá certo? (PsiY3)

Outra dificuldade que enfrentam é uma população em franco processo de medicalização e acostumada a um atendimento médico do tipo pronto-atendimento na atenção básica, sendo resistente tanto a práticas integrativas ou menos medicalizadoras, quanto à negociação de sua terapêutica com o médico generalista. A fragilidade do recente apoio matricial e influência da política partidária associada ao patrimonialismo⁹ na gestão da saúde também é outro fator que dificulta o trabalho no cenário dos pequenos municípios brasileiros.

⁹ Patrimonialismo aqui entendido como característica dos grupos dominantes ao ocupar o estado que se apropriam e se utilizam do que é público como se fosse patrimônio privado (PLENÁRIA NACIONAL DOS MOVIMENTOS SOCIAIS, 2013)

No geral, os trabalhadores que ocupam a função de apoiadores no NASF vêm de uma formação que pouco os preparou para isso por ter sido pautada na especialização e divisão técnica do trabalho. O trabalho de apoiador no SUS, também por ser algo relativamente novo em termos de política pública na cidade de Cajazeiras, faz com que a maioria deles não tenha experiência com este tipo de prática e encontre dificuldades na construção da prática do apoio, tendo como referência principal o atendimento profissional individual ao invés do trabalho em equipe e práticas no território construídas em conjunto com a população (ELLERY, PONTES & LOIOLA, 2013), reproduzindo o fenômeno já indicado de “ambulatorização” dos NASF. A política partidária aliada aos vínculos trabalhistas precários também os coloca em situação de instabilidade, estando a mercê da conjuntura política-eleitoral. É usual que ao mudar o partido político administrador da cidade, os profissionais contratados pelo outro partido sejam demitidos. E quais ferramentas os médicos possuem para lidar com todos estes problemas políticos e assistenciais colocados pelo mundo real?

Percebe-se uma fragilidade destes profissionais em conseguirem negociar com suas equipes, serem sujeitos no sistema de saúde, capazes de problematizar o processo de trabalho em suas unidades. Feuerwerker (2002) aponta que, no distanciamento entre o ideal e o real da prática médica, muitos médicos acabam por encontrar mecanismos de resistência como faltas e não cumprimento de carga horária. Não identificamos esse mecanismo, pois não era objetivo da pesquisa, mas é visível uma atitude de pouca responsabilização com esta demanda, utilizando todos os problemas anteriormente apontados como justificativa. Esse cenário de dificuldade de atuação do profissional na realidade associada a uma ordem neoliberal que leva os governos a adotar políticas sociais restritivas, setoriais e focalizadas, reduzir os gastos estatais, gerar superávit primário e desregular as relações trabalhistas aprofunda o distanciamento entre o modelo de atenção pensado para a ESF e o que é realizado na prática (PIRES & DEMO, 2006).

Diante de médicos que tiveram em grande parte uma formação em sintonia com a proposta pelos movimentos de educação médica no Brasil, mas que ainda apresentam dificuldade no cuidado integral e atenção psicossocial, surge o questionamento: como então formar médicos para o cuidado em saúde mental na atenção básica?

Tão importante quanto os movimentos de transformação da graduação são as iniciativas de garantir que, ao chegar ao mundo do trabalho, os trabalhadores possam se educar a partir das demandas que o mundo real lhes apresenta. Superando uma lógica de a formação preceder a prática, é necessário pensar processos em que prática e educação se

articulem de maneira dialética. Nessa perspectiva, a educação pelo trabalho e a educação permanente se colocam como caminhos possíveis e desejáveis.

Ceccim (2010) coloca que a perspectiva da educação permanente realiza uma torção no sentido de atravessar o trabalho pela formação, ao invés de formar para ajustar a qualidade do trabalho. Ceccim e Feuerwerker (2004) trazem que, enquanto a educação continuada parte da ideia do acúmulo sistemático de informações tendo o cenário das práticas como território de aplicação da teoria, para a educação permanente são as práticas que geram as questões que acabam por recriar a própria teoria e modificar as práticas. Esse seria um caminho para a formação não apenas dos médicos, mas de todos os profissionais da saúde a fim de garantir um cuidado integral. A perspectiva da educação permanente, ao criticar as tendências clássicas da educação, traz a possibilidade de se pensar o espaço de trabalho também como formação, incorporando o ensino-aprendizagem no cotidiano dos serviços. Na atenção psicossocial na atenção básica, essa perspectiva também teria grande potencialidade, na medida em que poderia articular-se ao apoio matricial realizado pelo NASF e CAPS, fortalecendo as conexões da RAPS. É necessário, porém, não esperar que apenas mudanças na metodologia de formação sejam responsáveis por alterar estruturas, instituições e práticas sociais, como bem lembra Campos, Cunha e Figueiredo (2013). Para esses autores, o êxito da educação permanente em produzir transformações dependerá da imbricação entre processos educativos e de intervenção institucional de forma a atuar nos diversos vetores que incidem na coprodução dos modos de fazer saúde. É preciso forjar novas subjetividades e resultar em mudanças organizacionais e nas relações de poder para que efetivamente se modifiquem as práticas de atenção à saúde.

Já a Residência Médica, para Feuerwerker (1998), deve ser entendida como parte integrante e fundamental da formação médica, ao mesmo tempo em que está ligada à produção dos serviços de saúde. Traz eminentemente a questão do treinamento em serviço com vias à especialização. A autora aponta a importância da formação em serviço como momento em que é dado sentido à formação científica, sendo na prática, no encontro com as pessoas reais para além de suas doenças, que o jovem médico pode construir sua experiência clínica e a ética de suas relações com os pacientes. Um dos médicos participantes relata:

Deveria primeiro saber como trabalhar com a paciente, qual a maneira de abordar ela, tudo isso, mas a gente teria como fazer um trabalho sem ter a presença mesmo de um psicólogo sempre ou de um, de um profissional que sempre tá (sic) lidando

com esse tipo de, de problema, sabe? Acho que no caso falta pra gente é estar se capacitando melhor, e ao mesmo tempo estar fazendo, sabe? (MedW3)

Nessa fala, o profissional mostra compreender que necessita desenvolver competências para lidar com as pessoas que trazem demandas de saúde mental que são compartilhadas com o profissional da psicologia, mas este cuidado não deve ficar restrito a esse profissional. Traz a questão da capacitação e o fazer como articuladas em uma mudança na sua prática. Esta é uma possibilidade pedagógica real trazida pela residência onde se parte da educação pelo trabalho. A prática coloca novos desafios ao jovem médico que podem ser promotores de aprendizagem significativa.

Para Feuerwerker (1998,2002), mudanças na educação médica que não estejam articuladas com a residência médica perdem muito de seu impacto. É necessário que o Estado regule a residência médica, podendo com isso controlar a formação de especialistas, saber quantos especialistas são necessários ao sistema de saúde. E para além de reordenar vagas, é necessário rever programas e conteúdos. Na medida em que propostas como o Pró-Residência e Programa Mais Médicos tentam incidir nesse ponto da formação, trazendo a preocupação de garantir uma formação prévia mais geral e centrada na atenção básica mesmo aos especialistas focais, espera-se a conformação de um novo cenário na formação de médicos no Brasil para os próximos anos.

E quais as implicações que este quadro da educação médica pode ter para a atenção psicossocial? A construção de médicos críticos e que tenham compromisso ético com a população será o ponto de partida para a qualificação da atenção psicossocial, da atenção básica à especializada.

4.3. Mudanças da formação médica e impactos na atenção psicossocial: discutindo possibilidades

Quando olhamos para a categoria médica, percebemos que hoje a formação destes profissionais para lidar com questões do campo da saúde mental, sejam generalistas ou especialistas, encontra-se em grande parte mediada pelo paradigma psiquiátrico-asilar, com a ênfase na farmacoterapia e na doença.

A psiquiatria, especialidade médica oriunda do alienismo, tenta constituir um discurso de verdade sobre a loucura e tem parte de sua legitimidade junto à sociedade respaldada pela

ideia de periculosidade do louco (FOUCAULT, 2006). Ao mesmo tempo, vem tentando aproximar-se da medicina em sua face mais cientificista, seja na busca de uma causalidade material através da anatomia patológica ou da genética (FOUCAULT, 2006), seja no anseio de constituir-se enquanto ciência natural incorporando os avanços das neurociências na compreensão do funcionamento cerebral, almejando extrapolar as evidências funcionais para os comportamentos humanos em uma releitura da busca inicial do alienismo pela lesão causal da loucura.

Neste panorama, no que concerne à pós-graduação médica voltada para a saúde mental, ganha destaque o papel das residências em psiquiatria. Estas são pautadas em grande parte ainda por uma formação que não abre mão dos manicômios como *locus* de saber e que tem dificuldade de incorporar o discurso da reforma psiquiátrica a fim de formar profissionais para atuarem de modo coerente com o paradigma da desinstitucionalização. Por outro lado, ao considerar a política nacional de saúde mental, orientada por esse paradigma, Tikanori (2010) aponta a defasagem de formação de psiquiatras e a necessidade dos serviços substitutivos e da rede como um todo destes especialistas. Historicamente, como indica Feuerwerker (1998), as residências médicas têm se pautado muito mais pelos interesses da categoria médica do que do sistema de saúde, o que neste caso é demonstrado pelo lento aumento das vagas em descompasso com as necessidades do sistema e pelo distanciamento ideológico entre programas de residência em psiquiatria e a formação e estruturação da rede de saúde mental e atenção psicossocial.

É necessário pensar outra forma de tornar os médicos capazes de lidar com as questões de saúde mental que não seja necessariamente através da psiquiatria. No modelo de atenção psicossocial no SUS, pautado pela integralidade, a psiquiatria, como saber isolado e único legítimo para lidar com estas questões, não tem lugar e acaba sendo contra-producente. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p.27) afirmam que “o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global, complexa e concreta’ dos pacientes e do corpo social”. Essa tem sido a abordagem transmitida pelos psiquiatras aos estudantes de medicina e novos psiquiatras em formação, e orientado a formação médica em saúde mental, mesmo para os não-psiquiatras. Isso acaba se capilarizando para os médicos que estão nas UBSs e nos diversos pontos da rede de saúde que por ventura venham ser a porta de entrada do usuário com uma demanda de saúde mental. Em pesquisa realizada no sul do país, Ballester et al (2005) mostram que os médicos apontam a formação que tiveram na graduação como voltada para a formação de especialistas, produzindo um imaginário de que para o atendimento em saúde mental sempre são necessárias longas consultas e o suporte de

um time de especialistas. Isso acaba gerando insegurança e não produz as competências necessárias para o cuidado em saúde mental na atenção básica. Mesmo aqueles profissionais do campo psi (psiquiatras, psicólogos e psicanalistas) têm uma formação acadêmica descontextualizada da atenção básica, dificultando o trabalho neste cenário (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2010). Essa inadequação da formação do especialista para atender às demandas de saúde mental provenientes da atenção básica se materializa no campo de pesquisa na tensão existente entre as condutas do profissional na atenção básica e o especialista como nos mostra a fala da médica:

[...] eu to (sic) arrependida de mandar para o psiquiatra viu? Porque volta com mais dois, três remédios... Entende? E às vezes as pessoas ficam meio que te confrontando. Mas Dr P., Dr. Não sei quem (cita especialistas para referir a discordância de conduta com eles) [...] ¹⁰ Então, para quem tá (sic) na medicina de família, você enfrentar o especialista, né (sic)? Porque para eles (os pacientes) você me manda para um psiquiatra porque ele tá mais adestrado em me tratar. (MedAm1)

Por outro lado, a dificuldade dos profissionais de ultrapassarem uma conduta extremamente técnica em busca de uma escuta acolhedora pode esconder angústias e defesas não elaboradas em relação ao trabalho em saúde. (ONOCKO CAMPOS & GAMA, 2010). Isso demonstra a limitação que o atual modelo de formação tem para desenvolver competências que não sejam de ordem apenas cognitiva, mas também relacionais, políticas, entre outras que são necessárias no trabalho em saúde mental.

A Saúde da Família, porém, pode ser um campo potente na desconstrução do paradigma psiquiátrico, sendo capaz de responder às demandas que concretamente aparecem no território e que produzem as diversas formas de sofrimento. Pode, através da clínica ampliada e da integralidade do cuidado, fornecer ferramentas para o médico na atenção básica lidar com a singularidade e complexidade de cada situação. Lancetti (2010) aponta como a atuação no território pode engendrar maior complexidade:

Na Saúde Mental a pirâmide é inversa: quando o paciente está internado em hospital psiquiátrico, quando está contido, a situação se torna menos complexa e quando mais se opera no território, no local onde as pessoas moram e nas culturas em que as pessoas existem, quando há que conectar recursos que a comunidade tem ou se deparar com a desconexão de diversas políticas públicas, quando se encontram

¹⁰ Retirado trecho para garantia do sigilo pois pela descrição tornaria possível identificação do profissional especialista.

pessoas em prisão domiciliar ou que não procuram ajuda e estão em risco de morte, quanto mais se transita pelo território a complexidade aumenta. (p1)

A fala de uma das médicas aponta as dificuldades de lidar com essa complexidade, sobremaneira quando questões sócio-econômicas e outras vulnerabilidades se colocam:

É muito boa como a questão de saúde mental super tem um recorte de classe bem claro. Às vezes, é muito doido, assim, você tratar o mesmo transtorno mental de uma pessoa que é de classe média e uma pessoa que é extremamente pobre, por exemplo, uma mulher, sei lá, dar um exemplo bem hipotético, assim, uma mulher... que nunca gozou na vida. Você se pergunta assim, a mulher tá lá (sic), de classe média, beleza com toda sua estrutura bacaninha e tal, só o problema dela é gozar mesmo. Agora você vai falar com uma mulher que tem 30 filhos, que o esposo está desempregado, que o vizinho é traficante, a bicha tá (sic) com medo de levar um tiro na testa o tempo todo. Fala: - mulher você tem que gozar. Caramba, o sentido é super diferente, assim, tem um recorte claríssimo, é muito mais difícil você tratar uma pessoa de classe menos favorecida, porque é muito mais complicado, os transtornos são muito mais complexos, a determinação do transtorno mental é muito mais complexa, muito mais, é muito mais ampla. Tem um recorte claríssimo, assim, que dificulta muito o tratamento. (MEDG1)

Esta fala contextualiza a ideia de Lancetti (2010) na medida em mostra a complexidade das demandas e como questões não sanitárias atravessam e contextualizam demandas médicas, fazendo com que a atenção a essas outras questões seja uma premissa importante para a atuação no território. A partir desse fragmento é possível refletir sobre algumas questões que Amarante (2008) faz sobre a formação em saúde mental: Quem estamos pretendendo formar? Para quê estamos pretendendo formar? Para quem estamos formando? Qual o objetivo de nossa formação? O que pretendemos mudar ou introduzir a partir de nossa formação?

Mesmo vindo de uma graduação que tenta se referenciar na integralidade (seja no Brasil ou em Cuba), ainda estamos formando médicos e médicas que tem dificuldades em lidar com o diferente, com a pobreza adoecendo pessoas, com equipes em que o conflito existe. Esses médicos ainda tem dificuldade de converter uma concepção ampliada de saúde em clínica ampliada. Isso corrobora percepção apontada por Ballester e colaboradores (2005) entre médicos do sul do país em que os participantes sentem dificuldade de lidar com situações complexas envolvendo contexto o social e familiar, levando a crer que, apesar das peculiaridades do campo da presente pesquisa, as dificuldades encontradas por médicos generalistas no cuidado em saúde mental são parecidas.

Queremos, porém, formar médicos e médicas para atender ao povo brasileiro, em todas as suas cores, classes e singularidades. Que possam ajudar essas pessoas a lidar com o seu sofrimento sem perder sua autonomia, e não para entorpecê-los com psicotrópicos para que não percebam a exploração e opressão que vivem no dia-a-dia. Zioni e Westphal (2007) apontam que, considerando a determinação social do processo saúde e doença, a participação popular para a transformação das condições adversas de vida é condição fundamental para a promoção da saúde. Essa perspectiva ética e política precisa ser incorporada à formação em saúde sob risco de qualquer tentativa de mudança na formação ser apenas superficial.

Considerando o contexto atual de perspectivas de mudança da educação médica e mundo do trabalho médico, a RMFC, ou Residência de Medicina Geral, de Família e Comunidade como passa a ser denominada pelo PMM (BRASIL, 2014), pode ser uma ferramenta importante a ser disputada para garantir a atenção psicossocial e a integralidade do cuidado. Caso as expectativas governamentais se concretizem, essa será a principal porta de entrada dos médicos no mundo do trabalho e pós-graduação, tendo como cenário primordial de aprendizagem a atenção básica. Esses médicos irão se deparar com as mesmas demandas de saúde mental que os residentes participantes dessa pesquisa encontraram, possivelmente com angústias muito parecidas. Pensar como a questão da atenção psicossocial será trabalhada dentro destes programas é fundamental para garantir que o maior número de médicos possa ser sensibilizado para essa questão.

A formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pressupõe o desenvolvimento de competência em termos de abordagem individual, familiar e comunitária (DEMARZO et al, 2012). Na abordagem individual, espera-se que o médico seja capaz de apreender a pessoa em toda a complexidade de sua existência, extrapolando os limites do biológico. Seja capaz de estabelecer o primeiro contato, desenvolvendo uma relação médico-paciente em que a autonomia do paciente seja respeitada, conseguindo manejar simultaneamente múltiplas queixas, problemas agudos e crônicos, promovendo saúde e bem-estar. Na abordagem familiar espera-se que seja capaz de reconhecer e lidar com as distintas fases do ciclo vital, conhecendo a estrutura e dinâmica familiar percebendo a influência desta no processo saúde-doença. Já perspectiva da abordagem comunitária pressupõem que o médico seja capaz de perceber os determinantes sociais do processo saúde-doença presentes na comunidade, bem como a organização e diversidade cultural da comunidade, respeitando esses aspectos e valorizando o saber popular. Percebe-se que as competências da MFC contribuem para a construção da perspectiva do cuidado integral, necessária para a incorporação da atenção psicossocial na prática destes profissionais. O desenvolvimento

destas competências e de outras mais nucleares ao campo atenção psicossocial pode aumentar imensamente a capacidade da atenção básica de ser continente em relação aos problemas trazidos pelos usuários que costumeiramente são encaminhados aos serviços de saúde mental. A assunção do compromisso ético-político das abordagens psicossociais, como apontado por Vasconcelos (2009), com as necessidades, interesses, projetos e lutas dos movimentos sociais e da maior parte da população de maneira geral e em particular com a produção da atenção psicossocial em políticas, programas e serviços de saúde mental, assistência social, trabalho e educação, faz parte do desafio de formação desses profissionais que passam a serem atingidos pelos programas de reorientação da formação (PROVAB e PMM) fortemente influenciados pelo campo da medicina de família e comunidade.

Sabe-se que hoje o número de médicos que dão sustentação ao PROVAB e PMM são muito poucos, tendo em vista o rechaço da maioria da corporação médica a estas iniciativas. Muitos se dividem entre gestão local do programa, supervisão ou tutoria, e ainda desempenham papel importante na formação médica, seja nas residências ou nos cursos de graduação. Uma tarefa importante então para influenciar a formação nestes programas com vias a contribuir para a aquisição de competências para o cuidado em saúde mental é a sensibilização e multiplicação destes atores que muitas vezes tem imprimido a seu trabalho um caráter político, para além da dimensão meramente técnica. Isto é concernente com o tamanho do desafio que se coloca de transmutar a formação e o trabalho médico para garantir a integralidade no cuidado à população brasileira onde quer que ela esteja.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: REFLEXÕES SOBRE O ESTUDO E APONTAMENTOS PARA A PRÁTICA

Para Minayo (2010), “ser pesquisador é ser integrado com o mundo: não existe conhecimento científico acima ou fora da realidade” (p.19). É exatamente a partir do mundo real em que estou inserida, do meu campo de trabalho, elaborando questões oriundas da prática assistencial, docente e política que desenvolvi essa pesquisa de mestrado.

Inquietações que surgem ao deparar-me com a dificuldade assistencial que ainda vive a população brasileira longe dos grandes centros. No sertão brasileiro ainda faltam médicos, faltam médicos com as competências necessárias e que pautem sua prática na ética do cuidado, falta integração com os outros profissionais, falta funcionamento da rede de saúde, falta compromisso político de gestores. No campo da saúde mental, o cenário não é diferente. Os ventos da reforma psiquiátrica chegam transformados em brisas suaves na aridez do sertão. Mudam-se os nomes dos serviços sem que isto represente e garanta mudança nas práticas. O modelo manicomial do isolamento ainda está presente nas vidas das pessoas, nas práticas dos profissionais, e só espera a oportunidade de se colocar em cena, proporcionada muitas vezes pela fragilidade da rede de atenção que não consegue atender as necessidades de seus usuários, famílias e comunidade.

Desde o começo não intentava realizar uma pesquisa que fosse apenas para cumprir uma etapa acadêmica. De alguma forma deveria ter impacto na realidade que me cercava. Uma visão dialética da produção do conhecimento não dissocia teoria e prática, não sendo necessário nos atermos a uma visão estanque de que a pesquisa irá produzir um conhecimento que posteriormente irá modificar uma prática. Diante da realização dessa pesquisa foi possível perceber como o ato de problematizar sobre o meu mundo do trabalho pode trazer, além de reflexões importantes, algumas mudanças desde já. Nesse sentido, consideramos que conseguimos cumprir os objetivos de investigar as demandas e práticas de cuidado em saúde mental no contexto da RMFC de Cajazeiras a partir do discurso dos profissionais e discutir estratégias de qualificação do cuidado em saúde mental neste contexto. Ampliar o conhecimento sobre as potencialidades e dificuldades dessa articulação entre saúde mental e saúde da família é fundamental para que possamos, no caso em questão através da RMFC, qualificar o cuidado fornecido na atenção básica e consolidar o paradigma da desinstitucionalização trazido pelo movimento de luta antimanicomial. É importante lembrar que esta pesquisa teve uma amostra muito peculiar de participantes, pois entre os médicos residentes tínhamos vários que tiveram sua graduação em Cuba. A formação neste

país foi considerada pelo MEC como em grande parte em sintonia com o perfil médico esperado para o sistema de saúde brasileiro, perfil materializado nas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina (BRASIL, 2004a). Tal visão é endossada pelo convênio entre o Estado brasileiro e o governo cubano para a vinda de milhares de médicos deste país a fim de fortalecer a atenção básica de nosso país. Pudemos então perceber como médicos com esta formação diferenciada lidam com os problemas impostos pela realidade e que concepções construíram sobre o cuidado em saúde mental no cenário da atenção básica.

Foi possível ver que os profissionais de saúde possuem uma concepção variada sobre a demanda de saúde mental, esboçada em três apresentações principalmente: sofrimento mental difuso, transtornos mentais graves e problemas pelo uso de álcool e outras drogas. Essas diferentes percepções se relacionam a diferentes conjuntos de práticas profissionais que em sua maioria admitem que a responsabilidade por essa demanda seja dos especialistas ou mesmo da polícia, como evidenciado para algumas situações de transtornos mentais graves. Os médicos possuem, porém, uma concepção ampliada de saúde, percebem a influência das questões sociais no processo de desencadeamento do sofrimento psíquico, angustiam-se com a excessiva medicalização das demandas de saúde mental por parte dos outros profissionais. Mas apesar disto, estes médicos não conseguem converter essa concepção ampliada sobre a saúde em uma prática de clínica ampliada, entendida como uma clínica centrada no sujeito, em sua existência concreta, considerando a doença como parte dessa existência (CAMPOS, 2007) ou mesmo incorporar plenamente a abordagem centrada na pessoa na perspectiva de explorar a doença e a experiência da pessoa com a enfermidade, entender esta pessoa em sua totalidade, intensificar a relação médico paciente e elaborar um projeto em conjunto para manejar os problemas trazidos para a consulta (LOPES, 2012). Tanto médicos, quanto demais profissionais da equipe ainda não conseguem se colocar como atores centrais no processo de cuidado em saúde mental. Vislumbram outros dispositivos que não a atenção básica, outros profissionais, a exemplo dos psicólogos, como os responsáveis pelo cuidado desses usuários que portam quaisquer das demandas que entendem como de saúde mental. Entendem a escuta como um elemento importante da integralidade, mas não se consideram capazes de promovê-la no seu espaço de cuidado. Ensaiam práticas como a visita domiciliar a fim de entender melhor o contexto da pessoa que sofre, mas não conseguem articular essa ação à formulação de um projeto terapêutico singular que envolva outros profissionais da equipe e outros elementos da rede de atenção psicossocial.

São tempos em que as mudanças na educação médica no Brasil se colocam como um discurso popularizado (claro que encontrando resistências, principalmente nas faculdades

mais tradicionais). As diretrizes curriculares completam treze anos e estão sendo revistas à luz das novas políticas governamentais para a área. Isso faz com que, a cada dia, mais médicos sejam lançados em um mundo que ainda não aprenderam a transformar, mesmo tendo em seus cursos horas de teoria sobre o sistema de saúde, sobre a necessidade de reorientação do modelo assistencial e sobre a necessidade de garantir a integralidade na assistência. Tenta-se com os novos currículos construir um novo ideal de prática médica, diferente do modelo liberal anterior, mas este ideal ainda não existe no SUS, nem tampouco na maioria das escolas médicas do país. A partir da nossa prática docente, assistencial e através de supervisão do PROVAB, percebemos que o médico que chega a regiões mais precarizadas em termos assistenciais, como é o caso da maior parte do interior do país em municípios como Cajazeiras (PB), encontra gestões municipais descompromissadas, vínculos empregatícios precários, resistências da equipe para que use prontuários, realize acolhimento, organização da demanda e uma prática menos medicalizadora. A pressão pelo pronto atendimento e prescrição e a sensação de impotência para lidar com essas questões faz com que sejam empurrados de volta ao ideal de atendimento centrado na especialidade, hospitais, rodeados de tecnologia dura, entendida como aquela que está inscrita nos instrumentos, já estruturada para elaborar certos produtos em saúde (MERHY & FRANCO, 2003). Será que as novas iniciativas governamentais para a educação médica podem mudar este panorama?

Essa pesquisa, no nosso entender, ratifica a construção de uma agenda governamental de mudança na educação médica e mundo do trabalho que elege a Residência de Medicina Geral, Familiar e de Comunidade como estratégica. Consideramos o campo da saúde da família como muito mais promissor de garantir um cuidado integral a ser realizado pelos médicos generalistas do que o da psiquiatria. Por outro lado, é no mundo real que as pessoas se formam e se deformam. Por isso, a perspectiva da educação permanente em saúde não deve ser esquecida. Deve ser encarada como caminho para a formação dos profissionais de saúde, tanto na atenção psicossocial, quanto na saúde da família.

Importante não esquecer também, a necessária militância política dos profissionais de saúde como bem aponta Merhy (1997):

Nestes muitos anos de militância e de acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de se produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão de nada. (MERHY, 1997, p. 2)

Em tempos de propostas governamentais que geram mudanças importantes na formação e trabalho médico, arregimentando diversos interesses contra e a favor, essa reflexão continua atual e necessária. Soluções técnicas ou organizacionais só ganharão conteúdo, vida no mundo real, a partir do comprometimento e crítica dos trabalhadores.

Como a transformação das práticas não segue a lógica positivista de conhecer primeiro para transformar depois, a realização dessa pesquisa alimentou e foi alimentada pela minha atuação ao longo destes dois anos como médica de família, docente de curso médico em saúde da família e psiquiatria, preceptora da RMFC, supervisora e por fim consultora pedagógica do PROVAB e do PMM, que correram em paralelo à construção deste trabalho de dissertação. Acho pertinente então apontar que aspectos que foram modificados em minha prática docente em função das reflexões e conexões desencadeadas pela pesquisa.

Na graduação, a partir das reflexões trazidas da leitura de Lancetti (2008) sobre a potência da atuação no território, foram incorporadas às práticas da disciplina de psiquiatria visitas domiciliares no cenário da Estratégia de Saúde da Família. Nas aulas teóricas foi introduzida a discussão sobre redução de danos como outra abordagem nas situações de problemas pelo uso de álcool e outras drogas. Tem sido dado apoio a iniciativa de estudantes de constituir uma vivência em saúde mental com o objetivo de conhecer a RAPS e debater sobre a reforma psiquiátrica brasileira. Foram ainda realizadas atividades de integração entre as disciplinas de saúde da família e psiquiatria para a discussão da reforma psiquiátrica, seja a partir de filmes, seja com debate auxiliado por usuários. Essas são inovações metodológicas necessárias à formação que vislumbro.

Essa última atividade de integração foi realizada também em conjunto com a RMFC. Foi convidado um militante do movimento de luta antimanicomial de Natal que tem histórico de atuação no controle social e associação de usuários para ser facilitador desse momento. Foram convidados também para este momento os profissionais da RAPS, assim como em outros momentos promovidos pelos estudantes da graduação. Esses momentos de debate e pensamento coletivos e a articulação com profissionais da RAPS em função da RMFC tem propiciado um maior diálogo com a rede.

Na RMFC, além da discussão sobre reforma psiquiátrica ser incorporada, o módulo sobre saúde mental foi elaborado e implementado. Inicialmente partindo de tópicos teóricos em saúde mental, depois se estruturando a partir da dinâmica de os residentes escolherem e apresentarem para discussão casos que tenham despertado angústia e que tenham dificuldade para a condução. Esta perspectiva de trabalhar os casos escolhidos pelos residentes como

aqueles que mais os angustiam está em consonância com o pensamento de Lancetti (2010) que aponta “O fio condutor de uma prática de saúde mental é a angústia que provoca o contato da loucura, da doença mental e da violência nas equipes de saúde da família.”(p.1). Para este autor, as equipes de saúde mental que apoiam as equipes de saúde da família devem auxiliar na condução destes casos considerados por elas mais graves, ou não conseguirão conquistar estas equipes para o cuidado em saúde mental. Nesses momentos na residência são discutidos aspectos das dificuldades da relação médico-paciente e aspectos técnicos relacionados aos quadros psicopatológicos propriamente ditos. Interessante notar que os residentes, na maioria das vezes, trazem casos principalmente no campo da ansiedade e não transtornos mentais graves, o que faz pensar que o que mais gera angústia não é necessariamente a gravidade do caso, mas os sentimentos de impotência que este gera, tão comuns de serem despertados no encontro com paciente ansiosos e que somatizam. Também a angústia de lidar com casos de risco de suicídio aparece repetidamente.

Outra experimentação na RMFC são visitas domiciliares (VD) junto com a preceptora e estudantes da graduação para auxiliar na condução de casos difíceis no entendimento dos residentes. As visitas apareceram como importante instrumento já utilizado tanto por médicos, ACSs e NASF no cuidado em saúde mental, sendo importante potencializar esta prática. Encontramos similitude nessa prática com a descrita por Lancetti das equipes volantes de saúde mental, em São Paulo (LANCETTI, 2006b) e a própria proposta do apoio matricial. Nesses momentos, tem aparecido mais situações relativas a transtornos mentais graves e sua condução pelas equipes e família. Nestas visitas, alguns pontos que consideramos importante destacar: 1. É oportunizado aos estudantes da graduação perceber toda a complexidade das questões de saúde mental no território, que vão desde a denúncia de cárcere privado de um usuário portador de retardo mental, decidir se iniciamos ou não antipsicótico para uma senhora com quadro psicótico que nunca foi medicada, até definir se uma usuária que a residente escolheu visitar porque a mesma foi inúmeras vezes na UBS consultar-se por dores diversas tem um quadro depressivo ou outro tipo de sofrimento; 2. Possibilitar um canal de escuta aos residentes e demais profissionais diante da angústia gerada pelas demandas, possibilitando inclusive o reforço dos espaços de gestão coletiva da clínica nestas unidades; 3. Dar voz e empoderar os ACSs, geralmente não escutados na condução dos casos, recolocando-os na condição de principais condutores do projeto terapêutico em função da sua importância no cuidado das famílias (DELFINI,2009). A valorização dos seus relatos tem sido apontada como ponto extremamente positivo percebido pelos residentes.

Por último, é importante apontar as lacunas da pesquisa. Sentimos ao final que a questão sobre a demanda de saúde mental que se apresenta como problemas relacionados ao uso de drogas poderia ter sido melhor investigada, tendo ficado um tanto obscura nas falas. Talvez isso mostre um entendimento por parte dos profissionais de que isto não se trata de uma demanda para a saúde, e sim para a segurança pública, ou a tensão existente na área pela presença do tráfico faça com que este seja um assunto a ser evitado. Questões como essas, porém, acabam por requerer investigações posteriores, sendo este assunto bastante importante considerando todo o debate lançado na sociedade em torno da temática das drogas, especialmente em função do crack.

Por outro lado, ao longo da pesquisa acabamos questionando a formação médica e sua capacidade de formar profissionais voltados para a integralidade da atenção. Considerando os novos programas que reorientam a formação, seja na graduação seja na residência médica, há um imenso campo de pesquisa que se abre a fim de acompanhar se estes programas terão cumprido os seus objetivos. Da mesma forma, como o aspecto da provisão de profissionais em regiões desassistidas também é trazido por esses programas, é necessário saber se esses profissionais, especialmente os estrangeiros, estão conseguindo lidar com toda a complexidade do cuidado no território, onde as demandas de saúde mental sem dúvida se inserem e são mediadas pelo contexto cultural em que os usuários e profissionais de saúde se inserem. Como tanto o PROVAB quanto o PMM trabalham na perspectiva da supervisão aliada a outras ofertas pedagógicas exemplificadas pela especialização em atenção básica e módulos educacionais auto-instrutivos, é necessário saber se estas ofertas estão sendo adequadas para as demandas de formação despertadas pela prática para estes médicos na realidade brasileira.

Espero que o processo de reflexão sobre as práticas e enriquecimento destas a partir dos resultados da pesquisa, da mesma forma que não precisou esperar o término da investigação para se iniciar, também não finde na conclusão da pesquisa. Seja só o início de novos processos de construção do direito à saúde e da autonomia das pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico nesta pequena cidade do nordeste brasileiro e possamos contribuir com esta pesquisa para reflexões sobre o papel da atenção básica em saúde e da educação médica no desafio de construir uma sociedade sem manicômios, sejam eles físicos ou em nossas mentes. Afinal, pequenas revoluções devem ser construídas a cada dia em todo lugar, pois relembrando o pernambucano Chico Science: “um passo à frente e você já não está mais no mesmo lugar”.

REFERÊNCIAS

- ALVERGA, Alex Reinecke de. DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**. Botucatu, SP. v.10, n.20, p.299-316. Dez. 2006
- AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/sep, 1995
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007 p.117
- _____. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. *In*: AMARANTE, Paulo; DA CRUZ, Lendra Brasil (Org). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008 p.65-78
- _____. Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed.rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013 132p. p 87-122
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro- Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2013
- BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010
- BASAGLIA, Franco. A utopia da realidade. *In*: AMARANTE, Paulo (Org). Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Gramond, 2005a, p. 225- 236
- _____. As instituições da violência *In*: AMARANTE, Paulo (Org). Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Gramond, 2005b, p. 91-131
- _____. Um problema de psiquiatria institucional: A exclusão como categoria sociopsiquiátrica. *In*: AMARANTE, Paulo (Org). Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Gramond, 2005c, p. 35 – 61.
- BEZERRA, Edilane . DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia ciência e profissão**. Brasília. vol.28, no.3, p.632-645. 2008
- BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em <planalto.gov.br> Acessado em 18 jun. 2013
- _____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 224/MS, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília, DF, 1992. Disponível em <www.saude.gov.br> Acessado em 18 jan. 2014

_____, Ministério da Saúde. **Atenção Básica e Saúde Mental: O vínculo e o diálogo necessários.** Brasília, DF, 2003. Disponível em <www.saude.gov.br> Acessado em 15 jul. 2012

_____. Ministério da Educação. **Relatório da missão oficial da comissão de especialistas do Ministério da Educação (MEC) em Cuba de 24 de janeiro a 05 de fevereiro de 2004.** Brasília, 2004a

_____. Ministério da Saúde. **Informe da atenção básica: Dez anos de saúde da família no Brasil.** Brasília: Editora Ministério da Saúde, março/abril 2004b

_____. **Resolução CNRM N° 2/2006**, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <mec.gov.br>. Acesso em: 13 mar. 2014

_____. **Decreto no. 5.813**, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 14 mar. 2014

_____. **Portaria GM nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à saúde da Família. Brasília, DF, 2008 Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 11 jul. 2012

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001**, de 22 de outubro de 2009 Institui o Programa Nacional de Pró-Residência. Brasília, DF, 2009a Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 11 jul. 2012

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Cadernos de Atenção Básica. N.27. Brasília, DF, 2009b

_____. **Portaria GM N° 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 11 jan. 2014

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 10.** Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 13 jun. 2012

_____, Ministério da Saúde. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ):** Manual instrutivo. Brasília, DF, 2012b Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 10 mar. 2014

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 10 mar. 2014

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica- Projeto Político Pedagógico.** Brasília, DF, 2013a. No prelo.

_____. Presidência da República. **Lei nº 12.871** de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>> Acesso em: 02 fev. 2014

_____. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta Nº 2**, de 24 de janeiro de 2014. Dispõe sobre a equivalência dos termos Medicina de Família e Comunidade e Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito das atividades de formação em saúde e institui Grupo de Estudos voltado ao tema. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>> Acesso em: 20 abr. 2014

BALLESTER, Dinarte Alexandre et al. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. **São Paulo Medical Journal**. São Paulo. V. 2, n.123.p. 72-76. 2005

BEZERRA, Indara Cavalcante et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”. Processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface comunicação saúde e educação**. no. 18 v. 48 p. 61-74. 2014

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, **Recursos Humanos - Profissionais segundo CBO 1994 - Médicos de Ago/2005 - Jul/2007**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 07 set. 2012

_____. **Recursos Humanos - Profissionais segundo CBO 2002 - Médicos de Ago/2007 - Out/2012**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 07 set. 2012

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. CHAKOUR, Maurício. SANTO, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.1, n.13, p. 141-144. Jan./mar, 1997

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In _____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2007. 185 p. p. 51-67

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. CUNHA, Gustavo Tenório. FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. A formação em saúde e o apoio Paidéia: referenciais teóricos e metodológicos. In: **Práxis e formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: HUCITEC EDITORA, 2013. p. 123- 196

CAMPOS, Francisco Eduardo *et al.* Programa de apoio à formação de médicos especialistas no Brasil (PRÓ-RESIDÊNCIA): Indução para a formação de especialistas segundo necessidades do SUS. In PIERANTONI, Célia Regina *et al* (Org.) **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. 336p. p 151-160

CARVALHO, Mônica Sampaio de. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação**. 2013 167 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva)Brasília, 2013

CARVALHO, Yara Maria; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. (pp. 137-186). São Paulo- Rio de Janeiro:HUCITEC/FIOCRUZ, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg. FEUERWERKER, Laura C. M O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. n.14. v. 1.2004

CECCIM, Ricardo Burg. A educação Permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). **Caderno Saúde Mental 3. Saúde Mental: O desafio da formação** Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p.67-90

CELIS, Ramón Carreño de. GONZÁLEZ, Lourdes Salgado. Otros aspectos de la evolución histórica de la educación médica superior em Cuba desde 1959 hasta el 2004. **Educación Médica Superior**. Habana, 2005

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

COSTA-ROSA, Abílio. LUZIO, Cristina Amélio. YASUI, Silvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva 2003 In: AMARANTE, Paulo. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro P. 13-45 2003

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

DA SILVA, Andréa Tenório Correia et al, Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 11, n 28, p 2076-2084. nov. 2012

DATASUS. **Óbito por causas externas - Paraíba**. Brasília, DF,2009a. Disponível em <tabnet.datasus.gov.br> Acesso em 20 maio 2013

_____. **Caderno de informações de Saúde Cajazeiras- PB**. Brasília, DF,2009b. Disponível em <tabnet.datasus.gov.br> Acesso em 07 set. 2013

DELFINI et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio de construção de um novo saber. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. n 14 (supl.) p. 1483-1492. 2009

DEMARZO, Marcelo Marcos Pirva et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. n 36. V. 1. P 143-148. Rio de Janeiro, 2012

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Funções da atenção básica nas Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em: <dab.saude.gov.br>. Acesso em 13 fev. de 2014

DIMENSTEIN, Magda. LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis. v. 1, no. 1. Jan-abr. 2009

DUTRA, Denise Silveira et al. Doença dos nervos: sentidos e representações. **Psicologia ciência e profissão**. Brasília, vol.26, no.1, p.4-11. 2006

ELLERY, Ana Ecilda Lima. PONTES, Ricardo Jose Soares. LOIOLA, Francisco Antonio. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**. v.23, n.2, p.415-437. Jun 2013

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lúgia et al (Org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011 p.385-435

FARIA, Maria Luisa Vichi de Campos. GUERRINI, Ivan Amaral Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. **Interface** Botucatu, vol.16, no.42, p.779-792. Set 2012

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2(3), p.51-71.1998.

_____. **Mudanças na Educação Médica: os casos de Londrina e Marília**. 2002. 416 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Programa de Pós-graduação do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Área de Concentração Administração Hospitalar. São Paulo, 2002

FLEXNER, Abraham. **Medical Education in the United States and Canada**. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York, 1910

FONTANIVE, Paulo Vinícius Nascimento. **Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da estratégia saúde da família dos municípios do projeto telessaúde-RS**. 2009. 134 f. Dissertação (mestrado em epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2009.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, 511 p.

GARCÍA, Yenia Sotolongo et al. Esquizofrenia, historia, impacto socioeconômico y atención primaria de salud. **Revista Cubana de Medicina Militar**. Ciudad de La Habana, Cuba. v.2 n.33. 2004

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005, 77p.

GILL, Rosalind. Análise de Discurso. In: BAUER, Martin W. GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. p. 244-270

GIOVANELLA, Lúgia et al. Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em debate**. N. 26 v. 60 p. 37-61, 2002

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2008, 312 p.

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira. **Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2)**. 2009. 212 f. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP. 2009

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**: síntese das informações. Brasília, DF, 2010 Disponível em <www.ibge.gov.br> Acesso em: 28 de abr. 2013

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**: Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975

KUEHLEIN, Thomas et al. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. Relato de workshop realizado no European Wonca Congress. 2009. Disponível em: www.primary-care.ch. Acesso em 25 de abr. 2014

LANCETTI, Antonio. Síntese metodológica. In _____ (Org.) **Saúde Mental e Saúde da Família**. 220 p. p. 117-120. São Paulo: Hucitec, 2001a (SAÚDELOUCURA 7)

_____. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In _____ (Org.) **Saúde Mental e Saúde da Família**. 220 p. p. 53-59. São Paulo: Hucitec, 2001b (SAÚDELOUCURA 7)

_____. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2008. 127 p. (SAÚDELOUCURA 20, POLÍTICAS DO DESEJO 1)

_____. **Saúde Mental, Atenção Primária Promoção da Saúde**, 2010. Disponível em <www.saude.gov.br> Acesso em: 25 ago. 2012

LAMPERT, Jadete Barbosa. Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**. n° 78 p. 31-37, [S.l.] 2008

LOPES, José Mauro Ceratti. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, formação e prática. 845p. p. 113- 124. Porto Alegre: Artmed, 2012

MACINKO, James. GUANAIS, Frederico. MARINHO DE SOUZA, Maria de Fátima. Evaluation of the impacto f the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal Epidemiol Community Health**. N.60 p. 13-19(2006)

MADUREIRA, Pedro de Sousa Pizarro. **Sistema de Saúde Cubano**. Dissertação (mestrado) pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2010

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, Emerson Elias & ONOCKO, Rosana. (Org.) **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo:Hucitec, 1997

MERHY, Emerson Elias. FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, Ano XXVII, v.27, N. 65, Set/Dez de 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010

OLIVEIRA, Francisca Bezerra et al. (Re) Construindo cenários de atuação em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Fortaleza v.2 n.24. abr./jun. 2011

ONOCKO CAMPOS, Rosana; GAMA, Carlos. Saúde Mental na atenção básica. *In* **Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada.** 2a. ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2010, 411 p. 221-246

PAIM, Jairnilson. Modelos de atenção à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** p.547-575 Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011

PAGLIOSA, Fernando Luiz. DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro. vol.9. nº 32. p. 492-499. 2008

PARAÍBA, Secretaria Estadual de Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial [s.d]**

PEREIRA, Alexandre de Araújo. **Proposta educativa em saúde mental para médicos e enfermeiros da atenção primária em Sobral-CE-Brasil.** 2006 120 f. Dissertação (Mestrado em educação médica) Havana, 2006

PIRETTI, Ana Carolina de Souza. GOMES, Cícero Abdon Malheiro. O cuidado à família em sofrimento com psicose na atenção primária é possível? Relato de experiência exitosa no alto sertão paraibano. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** V.5. n.12. p. 81-93. Florianópolis, 2013

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta/demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Rubem. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e sociedade.** vol.15, no.2, p.56-71. Ago 2006

PLENÁRIA NACIONAL DOS MOVIMENTOS SOCIAIS, Cartilha plebiscito por um novo sistema político. São Paulo, 2013

PROVAB. **Relatório de avaliação e monitoramento do PROVAB-PB.** Documento de circulação interna. 2013

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** 2ª ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2001.112 p. (SAÚDELOUCURA 1)

REY, Fernando Gonzalez. (2002) Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

SANTOS, Élem Guimarães; SIQUEIRA, Marluce Miguel. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2010. v.3 n° 59 p.218-246

SCHEFFER, Mario; BIANCARELLE, Aureliano;CASSENOTE, Alex Jones.(Coord.) **Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**.v.1. São Paulo:Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2011

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002

SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde Sociedade**. São Paulo, dez. 2012, vol.21, no.4, p.1022-1034.

SPINK, Mary Jane Paris; Medrado, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise de práticas discursivas. In SPINK, Mary Jane Peter. (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000

TYKANORI, Roberto. **Por uma alternativa aos psiquiatras**. 2010. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 01 jun. 2012

VASCONCELOS, Cipriano Maia de, PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. (pp. 531-562). São Paulo- Rio de Janeiro:HUCITEC/FIOCRUZ, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens Psicossociais: História, Teoria e Trabalho no Campo**. V. 1. São Paulo: HUCITEC, 2009

ZIONI, Fabiola. WESTPHAL, Márcia Faria O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde e sociedade**. vol.16, n.3, p.26-34. Dez 2007

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM EQUIPE

Márcia, 46 anos, ensino fundamental incompleto, dona de casa, moradora da periferia de Cajazeiras, há cinco meses vem sentindo cansaço, fraqueza, sem ânimo para as atividades diárias e perdeu seis quilos em três meses. Não consegue dormir direito. Procurou o posto da ESF e conseguiu ser consultada no mesmo dia. Chorou durante a entrevista, relatando problemas com o marido que perdeu o emprego há seis meses e que voltou a beber demais. Relatou também saudades do filho que não vê há dez meses, porque ele mora na Rocinha, no Rio de Janeiro, e tem uma vida muito difícil.

1. Eu me sinto capaz de cuidar de um caso como esse (ou de saúde mental) na unidade?
2. Como eu lido com as questões de saúde mental na atenção básica? Que práticas de cuidado desenvolvo no meu local de trabalho?
3. O que reconheço como limite? O que reconheço como potencialidade dessas práticas?
4. Quais as demandas de saúde mental que surgem nas unidades? O que procuram, o que dizem as pessoas que procuram a unidade com problemas de saúde mental?
5. O que eu acho sobre o cuidado de saúde mental na atenção básica, nos postos de saúde? É possível cuidar dessas pessoas na unidade?
6. Que práticas de saúde mental eu conheço/imagino como possíveis de serem feitas na ABS?
7. Como é possível qualificar o cuidado em saúde mental?

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM MÉDICOS RESIDENTES

Márcia, 46 anos, ensino fundamental incompleto, dona de casa, moradora da periferia de Fortaleza, há cinco meses vem sentindo cansaço, fraqueza, sem ânimo para as atividades diárias e perdeu seis quilos em três meses. Não consegue dormir direito. Procurou o posto da ESF e conseguiu ser consultada no mesmo dia. Chorou durante a entrevista, relatando problemas com o marido que perdeu o emprego há seis meses e que voltou a beber demais. Relatou também saudades do filho que não vê há dez meses, porque ele mora na Rocinha, no Rio de Janeiro, e tem uma vida muito difícil.

1. Eu me sinto capaz de lidar com um caso como esse (ou de saúde mental) na unidade?
2. Quais as demandas de saúde mental que surgem nas unidades?
3. O que eu penso sobre o cuidado de saúde mental na atenção básica?
4. Que práticas de saúde mental eu conheço/imagino como possíveis de serem feitas na ABS?
5. Como eu lido com as questões de saúde mental na atenção básica? Que práticas de cuidado desenvolvo no meu local de trabalho?
6. O que reconheço como limite? O que reconheço como potencialidade dessas práticas?
7. Como é possível qualificar o cuidado em saúde mental no contexto da Residência de Medicina de Família e Comunidade?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CONFORME RES. 196/96)

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Superando a aridez do semi-árido: encontros entre saúde mental e saúde da família no alto sertão paraibano” de responsabilidade da pesquisadora Ana Carolina de Souza Pieretti.

O presente projeto consiste em uma pesquisa-ação sobre práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família em Cajazeiras-PB. São objetivos do projeto conhecer a demanda de saúde mental em uma das áreas da Estratégia da Saúde da Família em que se desenvolve a Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) em Cajazeiras; Conhecer e refletir sobre as concepções e sentidos que são produzidos no cotidiano a respeito do cuidado em saúde mental no cenário da Atenção Básica à Saúde junto com os membros de uma equipe onde se desenvolve a RMFC; Conhecer as práticas de cuidado em saúde mental já desenvolvidas pelos médicos e equipes a partir da visão destes profissionais, percebendo os limites e potencialidades destas intervenções no acolhimento e condução das situações relativas à saúde mental; Desenvolver junto com os residentes e a equipe condutora da RMFC estratégias para qualificar as práticas de cuidado em saúde mental realizadas pelos médicos residentes no município de Cajazeiras. Serão realizados grupos focais com os profissionais de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família e com os médicos residentes.

A relevância de tal projeto está na possibilidade de contribuir para a qualificação da atenção às demandas de saúde mental na atenção básica. Os possíveis benefícios desse trabalho consistem na possibilidade de qualificação dos profissionais generalistas para lidar com a saúde mental no cenário da atenção básica. Os riscos dessa pesquisa são mínimos e podem vir da possibilidade de que a participação nos grupos focais possa produzir estresse e ansiedade nos participantes. Os grupos serão conduzidos com cuidado a fim de evitar tais situações, mas será oferecido suporte médico caso algum participante necessite.

Não estão previstos gastos para os participantes, mas se acontecerem os mesmos serão ressarcidos. Da mesma forma, serão indenizados caso haja danos em função da participação na pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, podendo ser retirada a qualquer tempo. Será garantido em todo momento da pesquisa o sigilo e confidencialidade dos participantes e também dos sujeitos dos casos discutidos.

Eu, _____, idade _____ anos, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Cajazeiras, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura da pesquisadora

Testemunha

Testemunha

Pesquisador Responsável: Ana Carolina de Souza Pieretti

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Mestrado profissional em saúde da família

Nos colocamos à disposição para esclarecer qualquer dúvida através do telefone (83) 99552848.

