



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

Carolina Francielle Tonin

COMO VAI A SAÚDE MENTAL?
Diálogos e reflexões sobre as estratégias de atenção à saúde na Atenção Básica

Florianópolis
2019

Carolina Francielle Tonin

Como vai a saúde mental?

Diálogos e reflexões sobre as estratégias de atenção à saúde na Atenção Básica

Dissertação submetido ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador: Prof^a Dr^a Aline Megumi Arakawa Belaunde.

Florianópolis

2019

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

Tonin, Carolina Francielle

Como vai a saúde mental?: Diálogos e reflexões sobre as estratégias de atenção à saúde na Atenção Básica / Carolina Francielle Tonin ; orientador, Aline Megumi Arakawa-Belaunde, 2019.

105 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, , Programa de Pós-Graduação em , Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. . 2. Saúde Mental. 3. Atenção Primária à Saúde.
4. Promoção da Saúde. 5. Estratégias. I. Arakawa Belaunde, Aline Megumi. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em . III. Título.

Carolina Francielle Tonin

Como vai a saúde Mental?

Diálogos e reflexões sobre as estratégias de atenção à saúde na Atenção
Básica

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Dr^a Aline Megumi Arakawa Belaunde.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Dr^a Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Fabrício Augusto Menegon
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão
que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial.

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas
Coordenador do Programa

Prof^a. Dr^a Aline Megumi Arakawa Belaunde.
Orientadora

Florianópolis, 03 de junho de 2019.

AGRADECIMENTOS

Então, o [esperado] fim. Não obstante, flagro-me refletindo que chegar ao final é, deveras, indistinguível. Uma mistura de “ufa!” acompanhado de um “que pena!” e de uma curiosa sensação de dever cumprido envolta a um desejo de ter feito mais. Todavia, é preciso que mais um ciclo se encerre, e esta caminhada seria, verdadeiramente, mais árdua sem o apoio e incentivo de tantas pessoas especiais.

Assim, agradeço aos meus pais pelo eterno incentivo pela busca por conhecimento e questionamentos acerca da vida (do universo e tudo mais) e por serem minha fortaleza quando tudo parece caos.

À minha amada e admirada irmã, pela escuta, envolvimento e interesse na minha trajetória, mas principalmente, por acalentar minha caminhada, fazendo de sua morada, o “meu” lar;

Ao meu amor, sou grata pela parceria da vida, pela paciência (em meio a tantas mudanças), pelo seu zelo (no último mês) e incentivo diário a lutar (e arriscar) pelos meus sonhos!

À minha querida e espirituosa orientadora, Profa. Aline, pela tamanha dedicação, paciência e compreensão, sobretudo, pelo nosso distanciamento geográfico. Agradeço de coração todo o tempo, o apoio, as conversas e singelos conselhos e todo conhecimento compartilhado e construído; que possamos nos reinventar noutros encontros da vida;

À minha amiga e eterna professora, Profa. Tatiane, agradeço imensamente seus incentivos, pois sem eles essa jornada jamais teria iniciado, que se eternize o desejo de que nossos caminhos ainda se encontrem e como de costume, apenas bons ventos a nós!

Aos professores do programa por todo o conhecimento e anseio por mudança em mim despertado.

Aos meus colegas do Mestrado por partilharmos afetos, dias de luta (acadêmicas e profissionais) saberes e inquietações. Em especial, àquelas que ganharam um espaço importante em minha vida, minhas amadas Renata, Carol,

Milena e Livia obrigada pelos sorrisos, choros, conquistas, problemas, casos e cafés, seria muito mais difícil sem vocês!

Aos participantes deste estudo, pelo tempo, confiança e partilhas em nossos encontros dialógicos e em meio a todas as reflexões, possibilitarem a minha imersão e (re)descoberta dos meus sentimentos de luta e entusiasmo pelo SUS que acredito (e me dedico).

Minha imensa gratidão.

Carol.

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática (PAULO FREIRE).

RESUMO

Embora sejam notórias e significativas as transformações no cuidado em Saúde Mental advindas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, fragmentos da realidade demonstram o quanto este precisa da articulação dos profissionais, serviços da Rede de Atenção Psicossocial, usuários e familiares. Considerando que a Atenção Básica à Saúde atua como uma das portas de entrada dos serviços de saúde, muitas vezes o único recurso frente às demandas em saúde mental, torna-se um desafio aos profissionais o desenvolvimento de estratégias resolutivas. Objetivou-se compreender, sob a ótica da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Meio Oeste catarinense, as estratégias de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica. Realizada pesquisa-ação-participante, abordagem qualitativa e com uso do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire como referencial teórico-metodológico, assim, as temáticas resultantes emergiram através do diálogo possibilitado pelos Círculos de Cultura, nas três etapas do Itinerário: investigação temática, codificação/descodificação e desvelamento crítico. Ocorreram quatro Círculos com duração média de 90 minutos, pactuados com a gestão da Comissão; os registros de fala foram obtidos por meio de gravação áudio-imagem com o consentimento dos vinte e um participantes. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de origem. Identificou-se como os profissionais percebem-se inseguros e sem conhecimento técnico diante das demandas em saúde mental, enfatizando as tipologias e diagnósticos. Notou-se indícios de um entendimento ampliado sobre o processo saúde-doença, mas resquícios de preconceito e culpabilização do sujeito quanto ao adoecimento psíquico. Os participantes pontuaram como estratégias e ações em Saúde Mental atividades coletivas, práticas integrativas e complementares, visitas domiciliares, educação continuada e discussão de casos. Contudo, ainda são identificadas intervenções, como encaminhamentos a especialidades, prescrição exagerada de psicotrópicos e atendimentos exclusivamente clínicos. Através dos encontros dialógicos os participantes desvelaram criticamente a importância de agregarem à sua prática a discussão de temáticas consideradas relevantes para a região de saúde, legitimando o espaço da Comissão e as possibilidades da educação permanente; citaram a possibilidade da continuidade da busca por conhecimento em Saúde Mental proporcionando transformação das ações de saúde em seus territórios. Em função do diálogo e problematização do processo de trabalho, numa perspectiva de transformação da realidade vivenciada, serão possíveis construir outras propostas interventivas. Ao compartilharem de suas experiências, estratégias, ideias, num movimento de conhecer sobre o seu fazer e o do outro, os profissionais de saúde ressignificaram seus referenciais e ações, possibilitando o enfrentamento da continuidade de um cuidado patologizante e curativista.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Promoção da Saúde; Estratégias.

ABSTRACT

Care is inherent in health and therefore requires to be understood beyond a technical procedure and a requirement of health policies. Caring involves participation in the construction of happiness projects, thus, proving to be essential in the daily practice of health. Although the various and significant transformations in Mental Health care from the Sanitary and Psychiatric Reforms are evident, fragments of reality demonstrate how much this care needs the articulation of professionals, services that make up the Psychosocial Care Network, users and their families. Considering that Primary Health Care acts as a gateway to health services and is often the only resource to deal with mental health demands, it becomes a challenge for health professionals to develop resolution strategies. The objective of this study was to understand, from the point of view of a Commission for Integration Education-Service, the strategies of care in Mental Health in the context of Primary Care. This study dealt with an action-participant research. Four meetings were held with a mean of 90 minutes, participatory action research, of qualitative character, anchored in Paulo Freire's Itinerary of Research as a theoretical-methodological framework. The speech registers of 21 participants were obtained in four Culture Circles conducted in three stages: thematic research, codification / decoding and critical unveiling. This research was approved by the Committee of Ethics in Research with Human Beings of the University of origin. Through dialogue, it was possible to share experiences and thus, the critical-reflection about the care strategies used in Primary Care by the participants. The professionals demonstrated insecurity and technical unknowledge against demands, emphasizing typologies and diagnoses. There was evidence of an expanded understanding of the health-disease process, less curative and biomedical, but also remnants of prejudice and blame of the subject for his psychic illness. The participants scored strategies and actions in Mental Health consistent with the work process of Primary Health Care, such as collective activities, integrative and complementary practices, home visits, continuing education and discussion of cases. Contrary to these findings, interventions that contradict the antimanicomial fight are still identified, such as referrals to specialties, exacerbated use of psychotropic drugs and exclusively clinical care. However, through dialogues, participants critically unveiled the significance of adding to their practice the discussion issues considered relevant to the health region, legitimating the space of Commission and the possibilities of permanent education; committed themselves to continue the search for knowledge in Mental Health, and thus, to provide the transformation of health actions in their territories. In this way, as a result of the dialogue, of the problematization and revision of the work process, with a view to transforming the lived reality, it will be possible to construct other interventions. By providing these critical-reflexive moments to the health workers, they share their experiences, conceptions, interests, strategies, ideas, a movement of knowing about their doing and that of the other, re-signifying their referents and actions, coping with the continuity of pathological and curative care.

Keywords: Primary Health Care; Mental Health; Health Promotion; Strategies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa das 9 Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina.	14
Figura 2 - Esquema do Itinerário de Pesquisa – Círculo de Cultura.....	43
Figura 3 – Esquema do Itinerário de Pesquisa – Círculo de Cultura.	52
Figura 4 - Quebra-cabeça utilizado como recurso para quebra-gelo.	54
Figura 5 - Painéis construídos no Círculo de Cultura sobre o cuidado em Saúde Mental na AB.....	55
Figura 6 - Representação gráfica da dinâmica “o que eu deixo, e o que eu levo?” (feedback).....	64
Figura 7 - Representação gráfica da percepção individual dos participantes-profissionais de suas potencialidades e fragilidades (contida no verso das peças do quebra-cabeça).	76
Figura 8 – Painéis de Diálogo com os temas geradores da percepção do cuidado em Saúde Mental na AB e a percepção coletiva da prática profissional.....	77

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Estratégias de cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Básica.....	34
Tabela 1 – Caracterização dos participantes dos Círculos de Cultura.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
ESF	Estratégias de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente
SDR	Secretaria do Desenvolvimento Regional
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Apontamentos sobre a loucura e o cuidado	19
3.1.1 Reforma Psiquiátrica brasileira e as práticas de cuidado em Saúde Mental.....	24
3.2 O entrelaço: a Saúde mental na Atenção Básica à Saúde.....	27
3.2.1 Estratégias de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.....	31
3.4 Saúde Mental na Região de Saúde do Meio Oeste	36
4 METODOLOGIA	40
4.1 Caracterização da pesquisa e metodologias utilizadas.....	40
4.2. Local de estudo	41
4.3 Participantes da pesquisa	42
4.4 O Itinerário de Pesquisa Freireano.....	43
4.5 À prática do Itinerário de Pesquisa Freireano	45
4.6 Aspectos éticos	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 Manuscrito.....	49
5.2 Manuscrito.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
APÊNDICE 2 - Representação gráfica dos temas geradores advindos da investigação, codificação/descodificação e desvelamento crítico nos Círculos de Cultura (2018)	99
ANEXO 1 - Parecer consubstanciado do CEP-UFSC	100
ANEXO 2 - Termo de Anuência da Pesquisa	1705

1 INTRODUÇÃO

O cuidado é inerente à saúde e, por isso, requer ser compreendido além de um procedimento técnico e/ou de uma exigência das políticas em saúde. Este é resultado da interação, é respeito às diferenças, é acolhida e escuta. É acima de tudo, compreensão, empatia ao sofrimento e à história de vida do outro. Cuidar envolve a participação na construção de projetos de felicidade, assim, mostrando-se imprescindível no cotidiano dos saberes e práticas em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Entretanto, quando se reflete acerca da Saúde Mental, tem-se historicamente um processo de “cuidado” pautado na intolerância, na repulsa e no encarceramento do diferente. Por volta do século XIX, antes de uma “ampla” compreensão sobre a “loucura”, quaisquer pessoas nestas “condições” traziam problemas à sociedade, ora por não serem produtivas, ora por não obedecerem ao contrato social. Deste modo, qual destino dar a estas pessoas, senão o isolamento? No Brasil, as primeiras intervenções em Saúde Mental completam quase duas décadas de existência, e os hospitais psiquiátricos, gradativamente, deixaram de ser exclusivos na assistência à Saúde Mental (SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

O cuidado em Saúde Mental passou por avanços e transformações institucionais e de assistência advindos das Reformas, Sanitária e Psiquiátrica, ao voltarem-se à desconstrução de um modelo de atenção à Saúde reducionista e até então vigente e buscar a consolidação de um modelo de atenção mais integrado e dinâmico. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011, pode ser entendida como uma expressão da Reforma Psiquiátrica brasileira, visto que procura fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) a medida que se fortalece e enquanto meio de cuidado em Saúde Mental, mostrando que persiste o processo de desinstitucionalização e transição do modelo assistencial (CARDOSO; GALERA, 2010; BRASIL, 2015a).

Contudo, recentes alterações nas políticas de Atenção Básica e Saúde Mental confrontam o curso das reformas brasileiras. Tais modificações abriram espaço para a retomada de cuidado em Saúde Mental na perspectiva da internação, visto que há possibilidade de aumento de leitos em hospitais gerais, manutenção de alas em hospitais psiquiátricos, criação de equipe de assistência multiprofissional de média complexidade em Saúde Mental e acrescenta (e incentiva) as comunidades terapêuticas a RAPS, as reformulações representam desconstrução e retrocesso na lógica de cuidado em Saúde Mental (BRASIL, 2011; 2017).

Considerando este panorama, a complexidade do cuidado em Saúde Mental, o fato de que um único serviço não atenderia às necessidades de um determinado território, e que a Saúde Mental não cabe a um único campo de saber, tem-se na RAPS a composição por variados pontos de atenção, serviços e ações, incluindo a Atenção Básica em Saúde (AB). Todavia, para a adesão aos programas e serviços de Saúde Mental existem critérios necessários aos municípios, sendo um dos principais, a questão populacional, o que torna o processo dificultoso.

Dos municípios brasileiros, 61% tem população menor de 15 mil habitantes, dado indicativo de que os cuidados em saúde mental estão concentrados na AB. Portanto esta desempenha o protagonismo no cuidado em Saúde Mental por meio

do trabalho compartilhado entre equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2015a). Contudo, há aproximadamente dois mil municípios brasileiros sem equipe de apoio, atuando apenas com ESF, embora os dados indiquem que 93% dessas equipes apresentam boa cobertura de seus territórios (50%) nos cuidados em Saúde Mental (BRASIL, 2015a). Alguns estudos (FORTES et al., 2011; GONÇALVES et al., 2014) apontam para uma alta prevalência de problemas de saúde mental na AB, especialmente transtornos mentais comuns presentes em cerca de 50% das pessoas atendidas neste contexto.

A AB caracteriza-se como uma das portas de entrada do serviço de saúde e muitas vezes é o único recurso, sendo um importante dispositivo estratégico para o cuidado em saúde mental em função de suas atribuições convergirem às intenções da Reforma Psiquiátrica de desinstitucionalização e consolidação de bases territoriais para este cuidado (FRATESCHI, CARDOSO, 2016). Porém, não é incomum, neste âmbito, os profissionais de saúde vivenciarem um emaranhado de sentimentos diante das demandas em saúde mental, as quais se tornam verdadeiros desafios, principalmente quanto à identificação, caracterização e manejo destas.

Embora se exija das equipes de saúde o entendimento amplo das questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras dos usuários do serviço, nem sempre os mesmos encontram-se disponíveis sentem-se preparados para intervenção em saúde mental, ainda que haja o reconhecimento da importância do acolhimento e escuta. Não obstante, profissionais/equipe assumem encaminhamentos às especialidades (psicólogos e psiquiatras) tornando suas ações pontuais, fragmentadas e biomédicas (CAMATTA et al., 2010; CARDOSO; GALERA, 2011; BRASIL, 2013a; PRATA et al. 2017).

A partir dos dados atuais da oferta de cuidado em Saúde Mental (BRASIL, 2015a) e da realidade vivenciada, torna-se evidente a necessidade de aprimoramento de competências e estratégias que fortaleçam e qualifiquem as equipes de saúde quanto às práticas diárias de cuidado em saúde mental, de forma que estas sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo das pessoas, em um processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013a). Tais ações podem incidir na redução da medicalização do sofrimento, negligência de estados de sofrimento psíquico, encaminhamentos e atendimentos especializados como a porta de entrada.

É relevante reconhecer que o cuidado em Saúde Mental vai além da minimização de riscos de internação ou controle de sintomas, mas à compreensão de que o sofrimento psíquico não é reservado àqueles com diagnóstico, mas algo presente na vida de quaisquer pessoas, por isso, enfrentado de maneira singular (BRASIL, 2013a). Deste modo, as estratégias de cuidado vão ao encontro das demandas do território e da relação entre profissionais e comunidade. Assim sendo, pode-se pontuar algumas ações em saúde mental que podem (e devem) ser concernentes à AB como os projetos terapêuticos singulares, apoio matricial, os grupos terapêuticos, consultas conjuntas, visitas domiciliares, práticas integrativas e complementares e educação permanente (ACIOLI, 2006; CHIAVERINI, 2011; JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012; BRASIL, 2013a; CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2016).

É perceptível que as estratégias de cuidado em saúde mental requeiram revisões diárias, visto que a construção da saúde se dá nas experiências

vivenciadas *nos* e *para* os territórios geográficos e existenciais. O exercício cotidiano do trabalho na AB envolve o desenvolvimento de disponibilidade afetiva, criatividade, capacidade de acolhimento, vínculo e escuta, bem como de corresponsabilidade no cuidado (BRASIL, 2010).

Percebe-se o quanto é relevante a análise crítica do processo de cuidado em Saúde Mental no contexto da AB, uma vez que este processo requer aprimoramento, com vistas ao desenvolvimento permanente de estratégias técnico-científicas que superem a lógica de um saber especializado em Saúde Mental. Faz-se necessário que, tanto o saber quanto o fazer em saúde mental, sejam difundidos entre todos os profissionais de saúde, para que estes passem a desempenhar o papel de autônomos na produção do cuidado e agentes transformadores dessa realidade. Dito isto, o presente estudo se propôs a responder: **qual a percepção dos profissionais que compõem uma das Comissões de Integração de Ensino-Serviço do Estado de Santa Catarina, sobre as estratégias de cuidado utilizadas em saúde mental pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde?**

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Compreender as estratégias de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica sob a ótica de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Estado de Santa Catarina.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar o entendimento sobre saúde mental dos membros da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço;
- b) Verificar as estratégias de cuidado em Saúde Mental utilizadas pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde;
- c) Analisar as potencialidades e fragilidades no cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Básica à Saúde.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Apontamentos sobre a loucura e o cuidado

Quem são os loucos? Questiona e responde Amarante, “os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias [...] são ainda, trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, degenerados, perigosos, em geral, retirantes” (1994, p. 75) aqueles que padecem de algo que é convencional colocar sob o rótulo de doença mental. A loucura ou alienação ou doença mental ou transtorno mental ou, ainda, sofrimento psíquico e outros termos apresentam uma longa trajetória em tempos e espaços distintos quanto às suas concepções e formas de cuidado. Entretanto, faz-se interessante pontuar que a loucura nem sempre esteve relacionada a um conceito negativo, bem como associada à doença e à cura e, nem sempre ocupou a posição de exclusão social.

Na Grécia, a loucura foi explicada como ordem divina, inclusive vista como um privilégio, por isso, valorizada socialmente. Não se propunha práticas de cura, mas rituais reparatórios e oferendas para acalmar as divindades (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Essa compreensão mística prevaleceu por muito tempo, contudo, novas formas de conhecimento irão se contrapor a magia na época da Antiguidade Grega. Pois, através dos estudos de Hipócrates, o pai da medicina, a loucura começou a ser compreendida como uma manifestação mental de causas orgânicas e fisiológicas, isto é, a loucura passou a ser associada à doença, desta forma, passível de tratamento e cura, os quais ocorriam através de “alimentação adequada, oitiva e prática de música, banhos termais, atividades físicas, regulação do sono [...]” (TÍLIO, 2007, p.197) a fim de restabelecer o equilíbrio dos humores (TÍLIO, 2007; FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

A cultura grega foi incorporada por Roma em diversos aspectos, inclusive quanto ao conhecimento da influência do ambiente sobre a saúde, possibilitando a construção de banhos públicos, inspeção de alimentos e locais públicos, leprosários, entre outras intervenções em saúde. Contudo, esses cuidados em saúde não foram suficientes para conter a malária, a qual contribuiu para a queda do Império Romano. Após a queda de Roma houve a ascensão do regime feudal, o qual teve profundas e desastrosas consequências na conjuntura de saúde, prevenção e tratamento (SCLIAR, 2005).

Silveira e Braga (2005) salientaram que a loucura, na Idade Média, não era mais porta-voz da verdade divina, na realidade, passou a ocupar o lugar de representante – simbólico – do mal, sendo considerada como possessão demoníaca ou ainda, como coloca Scliar (2005) acerca da doença, como sinal de desobediência ao mandamento divino, proclamava o pecado.

Diante desta compreensão, além de colocar o indivíduo em uma posição passiva frente ao acometimento, distanciava-o do saber científico e os cuidados de qualquer competência médica. De certa forma, a religião proporcionava sentido ao sofrimento, e para este “mal” da época apenas a fé poderia tratar, assim, eram realizadas práticas de cura como o exorcismo, ingestão e consumo de ervas e xaropes, autoflagelação, torturas para expiar o demônio e os pecados, confissões,

ritos de preces, manifestações de devoção e de caridade (SCLIAR, 2005; TÍLIO, 2007).

Durante a Idade Média a percepção da loucura já se relacionava a lógica de internamento, porém, distante da elaboração de conhecimento científico. Desta forma e com a ineficácia dos procedimentos mágico-religiosos se compensava as pessoas acometidas por algum problema de ordem mental, idosos, crianças e doentes, com caridade. Portanto, pode-se afirmar que é na Idade Média que surgem as instituições precursoras aos hospitais (SCLIAR, 2005; AMARANTE, 2007).

Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Às margens da comunidade, às portas das cidades, abrem-se como que grandes praias que esse mal deixou de assombrar, mas que também deixou estéreis e inabitáveis durante longo tempo. Durante séculos, essas extensões pertencerão ao desumano. Do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão (FOUCAULT, 1987, p.07).

Como narra Foucault (1987) a lepra se retirou, mas os leprosários permaneceram, deixando sem utilidade esses lugares, os quais não estavam destinados a suprimi-la, mas, distanciá-la do resto do mundo. Entretanto, nesses mesmos lugares os “jogos de exclusão” seriam retomados pelos “pobres, vagabundos, presidiários e cabeças alienadas” (p.10), embora com outro sentido, em um novo momento e uma cultura diferente.

A interpretação religiosa do mundo declinou gradativamente no século XVII, e o pensamento de Hipócrates e sua teoria patológica tornam a influenciar, bem como a expansão do racionalismo científico. Narra Amarante (1995) que a loucura é reconfigurada ao cerne do indivíduo, isto é, entendida como perda da razão, da vontade, do livre-arbítrio e também como desajuste moral e, para este momento, a cura encontrava-se no exílio.

Na Idade Clássica, o internamento é percebido como prática de guarda e proteção, discorrem Figueirêdo, Delevati e Tavares, (2014) que a não-razão constituía ameaça cujos perigos podiam comprometer a sociedade. Assim, as estruturas de exclusão social, vastas casas de internamento que antes abrigavam os leprosos, posteriormente, os portadores de doenças venéreas, passam a ser ocupadas pelos loucos e pode-se dizer que o processo de hospitalização pode ser considerado o marco desta época na trajetória da loucura.

O louco é caracterizado, de acordo com Amarante (1995), como personagem representante do risco e da periculosidade social e, parafraseando Foucault (1987), o gesto de aprisionar apresenta significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais. Por esta razão, o internamento em toda a Europa constituiu uma resposta a uma crise econômica que os afetava. Assim, as instituições asilares tornaram-se casas de correção concebidas para recolher, alimentar e abrigar todos aqueles que não se adequassem às normas sociais, sendo eles os loucos, os pobres, os criminosos e os improdutivos.

É sabido que o sistema de internação não nasceu de um sistema de saúde, mas da justiça para se livrar dos incômodos sociais. Por isso, as casas de internamento não tinham por função o tratamento, mas a tarefa de “limpeza social” dos indesejáveis, depósito de exclusão. O hospital geral não era um estabelecimento médico, antes de tudo, tratava-se de uma estrutura semi jurídica,

uma entidade administrativa que, ao lado dos poderes constituídos, decidia, julgava e executava, como os tribunais. A internação passa a ser vista como solução dos problemas sociais, embora jamais se tenha evidenciado que o internamento e a exclusão pudessem ser considerados terapêuticos, mas mera ferramenta de controle (FOUCAULT, 1987).

Atrelado ao exílio, não tão raramente, os loucos foram também castigados fisicamente por dispositivos de punição e recompensa utilizados como forma de reeducação. Como Goffman (1961) se referia às “instituições totais”, cujas práticas de cuidado estavam relacionadas ao constante controle do tempo, espaço e ações daqueles internos, pouco a pouco resultavam na despersonalização dos mesmos, dificultando a reinserção social. Tais aspectos legitimam o fato de que os hospitais não apresentavam função de tratamento, mas de segregação social (BASAGLIA, 1985).

Por volta do final do século XVIII, a sociedade deixa de ser absolutista, assim, um novo papel é atribuído às instituições hospitalares, as quais passam pelo processo pelo qual Foucault nomeou de “medicalização do hospital”, isto é, o hospital um passa a ser um espaço para os doentes, de estudos e de reprodução do saber médico. Deste modo, a loucura também é apropriada pela medicina (FERRAZ, 2003).

Tal mudança parte dos interesses de Philippe Pinel, quem concebeu a loucura como um problema médico-social, embora ainda ligado a moral. O hospital geral passa a assumir o papel de instituição médica, perdendo seu caráter de ordem social – assistência, filantropia aos desafortunados, onde antes o clero tinha domínio, o médico passa a administrá-lo. Pinel foi o precursor dos estudos do alienismo – hoje, psiquiatria – e, participou ativamente da Revolução Francesa, momento marcado de transformações econômicas, sociais, políticas que consequentemente influenciaram o campo da saúde. Com a Revolução Francesa, evidencia-se a valorização de uma sociedade gerida por homens e pela razão, desta forma, a sociedade permanece a ver o louco associado a periculosidade, mas também demandavam assistência e proteção, trajadas de manicômios/hospitais psiquiátricos (FOUCAULT, 1987; AMARANTE, 1995; FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014)

Pinel propõe a liberdade aos loucos. Os quais, embora libertos das correntes, são submetidos ao tratamento asilar, sobre o regime de “isolamento”, este último, considerado forma de restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. Assim, tem-se o primeiro fundamento terapêutico à loucura, o “tratamento moral” pelo “isolamento do mundo exterior” – ainda não superada – pois, havia uma compreensão quanto às causas da alienação estarem no contexto social. O tratamento estaria relacionado ao afastamento da pessoa do social, daquilo que o “prejudicava” (FACCHINETTI, 2008).

Além da institucionalização, de acordo com Amarante (2007), as estratégias de cuidado de Pinel eram organizadas em observação apurada para diagnóstico adequado e então, o tratamento baseado em ordem e disciplina para a mente (a instituição impunha regras, horários). Também é com Pinel que se inicia o entendimento de trabalho como terapêutico, bem como se pode pontuar que o mesmo propunha à loucura, uma cura. Ressalta-se que foi ele quem elaborou a

primeira classificação das enfermidades mentais e consolidou o conceito de alienação e a profissão.

A partir de Pinel, a loucura passou a ter um espaço específico e, também, o desenvolvimento de um saber psiquiátrico. Contudo, apesar de com ele ter-se aprimorado o diagnóstico implicado na observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações biológicas, mentais e sociais, surge a crítica quanto do cuidado pautado no cárcere e na ação autoritária, legitimando um saber organicista sendo o hospital um instrumento de segregação social, ao invés de terapêutico (AMARANTE, 1995; FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Ramminger (2002) pontua que as instituições manicomiais eram vistas como um mal necessário, embora houvesse certo reconhecimento quanto à violência, ao isolamento, às práticas coercitivas e às condições insalubres em que as pessoas hospitalizadas vivenciavam. Segundo os relatos de Foucault (1987), por meio de Pinel, o “homem alienado foi reconhecido como incapaz e como louco” (p.147) e nessas condições o hospital, enquanto instituição disciplinar, assume um papel terapêutico e de cura, mesmo que fossem necessárias práticas coercivas e violentas.

Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais (FOUCAULT, 1987, p.54).

Deste modo, esta inovação no “cuidado”, entre o século XVIII e o XIX, direciona a loucura à especificidade médica ao explicá-la, sobretudo, como uma doença. Este conhecimento “privativo” ao médico, além de impor classificações nosológicas, traz à tona a dicotomia quanto ao que é normal e o que é loucura/patologia, de quem deve ser asilado e de quem não, tendo o médico o poder de disciplina e normatização de comportamentos. Complementa Castel (1978 apud ENGEL, 2001), a medicalização do hospital além de confiscar a loucura ao olhar médico, traz ao louco um novo *status* jurídico, social e civil (ENGEL, 2001; CAPONI, 2012).

Para Amarante, nesta “metamorfose da natureza da instituição” (1995, p.35), isto é, de espaço de filantropia para espaço disciplinar, as principais funções das instituições hospitalares estavam relacionadas à garantia de segurança do “louco” e sua família, de libertá-lo de influências externas e auxiliá-lo a vencer suas resistências pessoais, submetendo-o ao regime médico ao impor novos hábitos intelectuais e morais.

Ramminger (2002) pontua que entre os séculos XIX e XX as instituições manicomiais foram consideradas modalidades terapêuticas eficazes, embora se reconhecesse o isolamento e a violência. Com as duas grandes Guerras Mundiais, a sociedade passou a refletir sobre a natureza humana e, a partir desta reflexão, foram criando condições de possibilidade histórica para outro período de transformações psiquiátricas (AMARANTE, 2007).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida dos internos assemelhavam-se à

vida nos campos de concentração – tamanha falta de dignidade humana – e, assim, tornam a surgir diferentes movimentos contrários ao modelo hospitalocêntrico. Dentre as tentativas de superar o caráter fechado do asilo, surgiram as comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva e comunitária, antipsiquiatria, psiquiatria democrática, entre outras. Algumas destacaram-se mais, em função da inovação e impacto e, ainda são reconhecidas por influenciarem os cuidados em saúde mental (AMARANTE, 1994, 1995).

Pontua Batista (2014) que, em função das críticas ao modelo vigente, estas experiências supracitadas estavam divididas em dois grupos, o primeiro, defendia uma psiquiatria reformada, isto é, implicava em uma alteração interna das instituições, tornando-se de fato terapêuticas (comunidade terapêutica, Inglaterra e psicoterapia institucional francesa). Ainda, pertencentes a mesma lógica, havia um grupo que propunha a psiquiatria comunitária. Por outro lado, havia aqueles que defendiam a ruptura completa com a psiquiatria, os movimentos de antipsiquiatria (Inglaterra) e a psiquiatria democrática (Itália).

Destaca-se o movimento italiano, liderado por Franco Basaglia, pela influência na Reforma Psiquiátrica brasileira. Em resumo, a experiência italiana iniciou em 60 e focava na luta contra violência e exclusão evidentes nas instituições psiquiátricas – ficou conhecido pelas mudanças em Gorizia e Trieste – a partir de um processo de desativação dos hospitais e reinserção daqueles hospitalizados à sociedade originando uma alternativa ao modelo tradicional, os centros comunitários de saúde (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012).

Por isso a escolha do modelo anglo-saxão de comunidade terapêutica tinha o sentido de ser um ponto de referência genérico, com condições para justificar os primeiros passos de uma ação de negação da realidade do manicômio. Ora, essa atitude passava, inevitavelmente, pela negação de toda a classificação nosográfica cujas subdivisões e elaborações revelavam seu caráter ideológico relativamente à condição real do doente (BASAGLIA, 1985).

Conforme Amarante (2007) o pensamento de Basaglia estava direcionado à superação do aparato manicomial, entendido muito além da estrutura física dos hospitais, mas também todas as práticas, saberes, questões legislativas e jurídicas que apoiavam a existência destes lugares de segregação e patologização humana. Assim, a erradicação dos manicômios ocorreu por volta de 1973, mas não se tratou de apenas uma mudança de instituições, e sim de uma desconstrução de saberes, práticas calcadas no saber [exclusivo] da psiquiatria. Esta ruptura ao modelo de assistência psiquiátrica chamou-se de desinstitucionalização, um dos conceitos centrais de Basaglia (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012; BATISTA, 2014).

A desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez, não se resolva por hora, não se “cure” agora, mas, no entanto, seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado “a solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p.33).

Deste modo, pode-se compreender que a desinstitucionalização trata-se de um processo prático-crítico e, por isso, é desconstrução e invenção de novas realidades.

Assim sendo, reorienta os modos de organização das instituições e serviços, tranforma as energias, saberes, estratégias e intervenções e, sobretudo, é um processo dinâmico que pode ser reconstruído continuamente (AMARANTE, 2008 *apud* JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012; ROTELLI, s.d.).

Como se pode constatar, através destes fragmentos históricos, acerca do olhar sobre a loucura – conceitos e formas de cuidado – a transformação do cuidado tratou-se de um processo social complexo. Foi necessário o envolvimento de diversos atores sociais na tentativa de superar uma visão fragmentada de sujeito/sofrimento/doença e extinguir o processo de institucionalização, o qual limitou e dizimou singularidades ao submeter as pessoas ao rótulo da loucura, aprisionando-as à sua doença. A experiência italiana embasou a reforma psiquiátrica internacionalmente, transformando o cuidado em Saúde Mental, dando vez e voz àqueles em sofrimento (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012; BATISTA, 2014).

A partir destas experiências os espaços de cuidado vão deixando de ser locais de repressão, exclusão, disciplina, vigilância e controle e, aos poucos, tornam-se dispositivos estratégicos de acolhimento e cuidado. Tornam-se serviços que lidam com pessoas e não, doenças, espaços de produção de subjetividade, de troca,

3.2 Reforma Psiquiátrica brasileira e as práticas de cuidado em Saúde Mental

Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença [...] Para nós, o objeto sempre foi a “existência-sofrimento” dos pacientes e sua relação com o corpo social (ROTELLI, s.d.).

O cenário da loucura no Brasil, nada se diferencia do resto do mundo, também se trata de uma história de prática asilar e de medicalização do social, ou seja, um cuidado em saúde mental, calcado em segregação, violência, disciplina e controle. No Brasil, a loucura só passa a ser objeto de intervenção do Estado, com a chegada da Família Real e, é a partir de um diagnóstico da “situação dos loucos” no Rio de Janeiro, pela Sociedade de Medicina, que a loucura passa a ser reconhecida como doença mental e, em função desta condição, mereceria um espaço próprio para reclusão e tratamento, dando origem ao primeiro manicômio brasileiro (1852) o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1994).

Com a Proclamação da República, houve diversas mudanças no contexto de cuidado em saúde mental brasileiro, onde a psiquiatria buscou modernizar-se, bem como passou a dominar mais espaços. Houve mudanças a partir deste momento relacionadas à administração dos hospícios, que antes eram de caráter religioso, depois passaram a ser medicalizados e subordinados à administração pública (ENGEL, 2001).

Ainda, nas décadas seguintes, foram criadas colônias de alienados, inspirada em modelos europeus; criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (1923) focada em intervenções em espaços sociais com características eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas. Entre os anos 30 e 50, a “cura” das doenças mentais pareceu ter sido encontrada e os entusiasmos estavam direcionados às práticas de choque insulínico, choque cardiazólico, eletroconvulsoterapia, lobotomias e os primeiros

neurolépticos. Assim, o saber psiquiátrico passava a dominar e o asilamento, a crescer (ALVES et al., 2009).

Em 1978 mudanças significativas surgem no cenário brasileiro, com a criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ligado ao movimento da Reforma Sanitária, com foco em constituir-se como espaço de luta não institucional e com vistas a transformar a assistência psiquiátrica. Em decorrência da crise institucional e financeira da Previdência Social, o Estado precisou adotar medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado e uma reorganização do setor público (AMARANTE, 1995; BATISTA, 2012).

As propostas de reformulação psiquiátrica brasileira vão se firmando na década de 80, tendo alguns marcos desse processo de transformação, a “8ª Conferência Nacional de Saúde” (1986) como destaque na questão da saúde por completo. As duas Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987 e 1992, onde as questões de Saúde Mental passam a ser discutidas não apenas por profissionais, mas também por usuários e familiares. Também, o “II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental” (1987) que legitima o MTSM como movimento social (AMARANTE, 1994, 2007; BELMONTE, 1996).

Segundo Belmonte (1996), com a elaboração do Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado e com inspirações na experiência italiana, propõe a extinção gradual dos manicômios e a substituição por uma rede de serviços alternativa. Propostas pioneiras vão surgindo como o Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), os cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (Santos) e associações, tratando-se de um processo de reorganização da saúde, no cenário da redemocratização nacional, onde a participação social teve um papel crucial (AMARANTE, 1994, 2007).

De acordo com Batista (2014), às mudanças começam a ocorrer nas áreas legislativa, jurídica e administrativa na década de 90, que se trata de um período onde as primeiras normas federais para regulamentação e implementação de outros serviços de atenção à saúde mental surgem. Assim como também passam a materializar-se serviços extra-hospitalares, intermediários ou substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Reforça a autora que a reforma psiquiátrica foi consolidada como política oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) com a “III Conferência Nacional de Saúde Mental” (2001), onde também a rede substitutiva começa a tomar forma. Foram quase dez anos de tramitação, em Congresso Nacional, da Lei 10.216, a qual entrou em vigor no ano de 2001, de acordo com ela:

[...] São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental [...]. (BRASIL, 2001).

Por meio da Lei 10.216, um novo impulso é dado nesse processo de reformulação, a política de saúde mental do governo federal ganha sustentação e visibilidade. Foram organizadas linhas de financiamento aos serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

A partir desse momento, a rede de saúde mental começa a expandir e se efetivar enquanto modelo de atenção psicossocial, como descreve a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2013a) que buscou consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A portaria nº3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento psíquico. Os principais objetivos da RAPS estão em torno da ampliação do acesso e qualificação do cuidado por meio do acolhimento e acompanhamento contínuo daqueles em sofrimento. Constituída pelos seguintes componentes e respectivos pontos de atenção:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2017a), com a portaria nº 3.588, de dezembro de 2017, a RAPS sofre algumas alterações e são acrescentados outros componentes e pontos de atenção, como ao item Atenção Psicossocial Especializada II, acrescentado a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas; ao item Atenção Hospitalar: a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; b) Hospital Psiquiátrico Especializado; c) Hospital dia.

Ainda, com a nova portaria, surge uma nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Com esta nova alteração, surgiram algumas discussões em torno do acréscimo dos hospitais psiquiátricos enquanto componentes da RAPS, pois, na portaria anterior e de acordo com os princípios do processo de desinstitucionalização, os hospitais poderiam ser

acionados diante de situações entendidas como necessárias, e apenas enquanto o processo de implantação e expansão da RAPS não se apresentava suficiente.

Por meio destas transformações foram consolidando-se e se organizando formas de cuidado em saúde mental a partir de uma lógica em rede de suporte social e nesta perspectiva, também vão sendo inseridas novas atribuições aos trabalhadores dessa área, pois, embora o discurso psiquiátrico social passe a ser progressista, as práticas diárias dos cuidados com os “loucos” ainda reproduzem práticas e relações sociais seculares (BELMONTE, 1996).

Afirmou Amarante (1994) que mesmo com as mudanças que aconteceram no cuidado em Saúde Mental, isso não era garantia de democratização ou escolha de caminhos concretos e melhores aos sujeitos em sofrimento psíquico. Situação que ainda permanece, pois são inúmeros os desafios e problemas que se apresentam, como os serviços substitutivos não garantirem sua natureza não manicomial e, ainda, as recentes alterações na portaria que estrutura a RAPS (3.588/2017).

Diante do exposto e do fato de que os problemas de ordem mental têm estado entre as causas mais incapacitantes e responsáveis por internações, as quais têm aumentado consideravelmente o que implica em aumento de gastos públicos, mas principalmente, trata-se de um retrocesso nos cuidados em saúde mental. Questiona-se como tem sido a articulação da rede? Uma vez que é através da articulação em rede que se pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e cidadania das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). Ainda, a Atenção Básica como “porta de entrada” da saúde, funciona como filtro e, deste modo, poderia evitar muitos dos encaminhamentos realizados, mas como tem sido o cuidado em saúde mental na Atenção Básica?

3.3 O entrelaço: a Saúde mental na Atenção Básica à Saúde

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde das populações as quais são expressas nas situações de saúde destas, por isso, exige-se harmonia entre as necessidades e a forma como o sistema se organiza para respondê-las. Diante disso, é possível refletir que, de acordo com Matta (2005), pelo histórico mundial de saúde pública, foi necessário que os sistemas de saúde redirecionaram suas políticas, passando a compreender a saúde como direito humano, resultante das condições sociais e econômicas e sendo construída para reduzir as desigualdades e permitindo a participação social (BRASIL, 2015b; VERDI et al., 2016).

Descrevem Matta e Morosini (2008) que a ideia de Atenção Primária surgiu contrária ao modelo hegemônico americano, o flexneriano – curativista, biologicista e centrado na atenção individual – e como forma de alterar a organização do modelo de atenção inglês que possuía elevados custos e baixa resolutividade. Assim, os cuidados primários à saúde foram pensados coletiva e internacionalmente, por meio da política internacional “Saúde para todos no ano de 2000”, pacto e movimento realizado por diversos países mediado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1977. Tais aspectos foram legitimados pela “I Conferência Internacional sobre Cuidados primários de Saúde” (1978) evento que possibilitou a Declaração de Alma-Ata, onde foram elaboradas as primeiras definições para Atenção Primária em Saúde (APS) como a principal estratégia de transformação dos sistemas de saúde.

A APS passou a ser vista como essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, acessíveis e aceitáveis socialmente, de alcance universal às pessoas, famílias e comunidades, sendo pensado como modo de possibilitar certo “padrão” de saúde a todas as pessoas, permitindo que estas tivessem a oportunidade de levar uma vida social/econômica produtiva. A APS seria o primeiro contato e ao mesmo tempo possibilitaria a continuidade e extensão de cuidado às pessoas em diferentes segmentos de suas vidas (MATTA, 2005; MATTA; MOROSINI, 2008).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), no ano de 2003, por uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) aprovou-se uma resolução que solicita aos seus membros a adoção de recomendações para fortalecer a APS e, em defesa da necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente, através de abordagens integrais, horizontais focadas em um cuidado de qualidade, intersetorial e focado na promoção da saúde e prevenção de agravos.

Nos escritos de Starfield (2002), os atributos ou aspectos exclusivos do cenário da APS e considerados essenciais à atuação são: a *atenção ao primeiro contato*, aspecto que se refere a acessibilidade ao serviço em todos os momentos de adoecimento/acompanhamento, ainda, porta de entrada e portanto, filtro aos serviços especializados; *longitudinalidade*, conhecimento acerca do paciente, continuidade da relação profissional-paciente ao longo da vida; *integralidade*, reconhecimento e manejo dos problemas de saúde (incluindo saúde mental), oferta de serviços correspondentes às necessidades (preventivos e curativos) e por fim, a *coordenação*, que se refere às diversidades de ações e serviços essenciais para resolução de necessidades pouco frequentes e as mais complexas. Ainda, esses atributos descritos pela autora, serão complementados por outros não essenciais que se referem ao reconhecimento das necessidades do território, bem como um trabalho em saúde articulado à comunidade, a centralidade na família e o reconhecimento das características étnicas, raciais e culturais das comunidades.

Destaca-se que foi a partir da Declaração de Alma-Ata que se expôs o papel crítico da APS e firmou-se compromissos mundiais relacionados a superação das desigualdades sociais, bem como divulgou-se um entendimento global da APS como a base de sistemas de saúde de acesso universal e cuidado integral e uma compreensão ampliada da saúde e a relação direta com Determinantes Sociais de Saúde. Contudo, ainda existem limitações e um caminho a ser trilhado, em função disso, em outubro de 2018, ocorreu a Conferência Global de APS onde em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma Ata se renovaria o compromisso desta através da Declaração de Astana (GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2018; FIOCRUZ,

Ressalta-se que alguns estudiosos brasileiros (GIOVANELLA;RIZZOTTO,2018;) pontuaram a existência de controvérsias e retrocessos nas primeiras versões da Carta de Astana, e em função disso, esta sofreu fortes críticas, pois distanciava-se dos princípios de Alma-Ata porque favorecia a expansão da participação do setor privado, reduzia a responsabilidade governamental, fragmentava serviços sem referência à organização de um sistema universal integral com coordenação do cuidado pela APS, isto é, as lacunas em Astana direcionava a uma não garantia ao direito universal à saúde e o acesso

equitativo a serviços de saúde conforme necessidades (GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2018; GIOVANELLA et al. 2019).

Mas, em virtude das discussões, revisões e plenárias, muitas alterações foram conquistadas afirmam Giovanella et al. (2019) ainda, foram debatidas em plenária temas específicos e relevantes para produção de cuidado na APS como: a prestação integrada de serviços, acesso a medicamentos, formação de recursos humanos para a APS, saúde mental, cuidados paliativos, doenças não transmissíveis etc. Assim, a partir deste novo documento reiterou-se a APS como a forma mais efetiva e eficiente, cuidados centrados na pessoa, serviços de saúde integrais e integrados, com enfoque inclusivo, eficaz e efetivo para melhorar a saúde e demais afirmações e reconhecimentos acerca da APS e, por fim, destaca-se o alerta dado quanto a necessidade de maiores investimentos públicos para saúde e uso mais eficiente deste.

A Atenção Primária aparece na história brasileira atrelada aos princípios da Reforma Sanitária, contudo, na primeira metade da década de 80, sua compreensão era deturpada e incipiente. Através do movimento sanitário, somado ao “nascimento” do SUS e sua regulamentação o entendimento de APS foi ampliado quando percebida a necessidade de reorientação do modelo de assistência à saúde objetivando o rompimento com o modelo médico-privatista (BRASIL, 2007a).

É interessante destacar que no Brasil utiliza-se uma terminologia própria para APS, usa-se Atenção Básica à Saúde (AB), orientada pelos princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular (MATTA, MOROSINI, 2008). Isso ocorre, de acordo com as colocações de Giovanella e Mendonça (2008) porque se buscava diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário dos programas de APS seletivos e focalizados – estratégia pautada em um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres, difundidos pelas agências internacionais.

Reflete-se a necessidade de compreender a AB realmente como uma estratégia de organização do sistema de saúde, compreendê-la como “forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população” (BRASIL, 2015b). Apesar da revisão das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – pela Portaria nº 2.436/2017 – a definição de Atenção Básica à Saúde permanece como conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, abrangendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada sob forma de trabalho em equipe, considerando a dinamicidade dos territórios em que vivem a população (BRASIL, 2012; 2017b).

Ainda, a AB é entendida como contato preferencial dos usuários do sistema de saúde, por isso, é considerada como porta de entrada do mesmo e para sua operacionalização foram pensadas as Estratégias de Saúde da Família (ESF). A Atenção Básica apresenta uma função importante quanto a coordenação do cuidado, pensando na Rede de Atenção à Saúde, por isso, deve “ocupar o banco do motorista” para dirigir o sistema de atenção à saúde (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006; BRASIL, 2007, 2015b).

Embora exista a Política Nacional que coordena o modo como os serviços e ações na AB devam ser ofertados, é sabido que o caráter e as condições desta oferta são diversos, embora como Brasil (2015b) descreva “trabalhar” com a Atenção Básica implique no exercício do primeiro contato, da longitudinalidade, integralidade e coordenação, focalização na família, entre outros atributos e papéis. Em resumo, a AB assume como funções para contribuir com o funcionamento da Rede e na construção de uma atenção integral, ser base, resolutiva, descentralizada e produzir intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2013a).

A maioria dos serviços direcionados ao cuidado em saúde mental existentes dedica-se com afinco ao processo e desinstitucionalização, deste modo, não seria diferente no contexto da Atenção Básica, principalmente, ao saber-se que parte do sofrimento psíquico, com gravidade menos elevada, porém, ainda importante, chega aos cuidados da Atenção Básica (BRASIL, 2013a). Em decorrência destas diversas atribuições e das demandas, pode-se reconhecê-la complexa, em função de sua diversidade.

Landsberg (2012) aponta em seu estudo que as pessoas que buscam cuidados primários por diversas razões, dentre elas estão: um anseio, um desconforto psicológico, o medo de uma doença, uma informação técnica, a necessidade de discutir situações ligadas a questões não biomédicas, além de sinais, sintomas de doenças estabelecidas. Diante deste aspecto, lembra Azevedo et al. (2014) que, enquanto estratégia do SUS e, como um dos componentes da RAPS, a AB não pode negligenciar o cuidado em saúde mental, uma vez que esta é uma das necessidades de saúde das pessoas que a procuram, porém, é fundamental a devida preparação para assumir, também, essa demanda.

De acordo com as portarias da RAPS, 3.088/2011 e 3.588/2017a, as atribuições no contexto da AB com os cuidados em Saúde mental encontram-se relacionados a alguns pontos da rede, como a unidade básica de saúde. Neste contexto as equipes, em caráter multiprofissional, atuam com ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, na perspectiva de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde visando atenção integral e produção de autonomia das pessoas. Às unidades de saúde estão vinculadas também ao NASF com ações direcionadas ao suporte e manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Outro ponto seriam as próprias Equipes de Atenção Básica direcionadas às populações em situações específicas, como Equipe de Consultório na Rua, equipe de atuação itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua. Tais equipes desempenham suas atividades considerando suas diferentes necessidades de saúde, focando principalmente naquelas pessoas que estão em situação de rua, mas, também são pessoas com transtornos mentais e/ou estão em uso/abuso de substâncias psicoativas, tendo como ação focal, a redução de danos. Também descrevem as portarias sobre as equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centro de Convivência, com ações voltadas a sociabilidade, cultura, integração (BRASIL, 2011, 2017a).

É sabido que existem dúvidas relacionadas à quais situações do cotidiano de trabalho, no cenário da Atenção Básica, necessitam de intervenções em saúde

mental, bem como é reconhecido que muitos profissionais de saúde se sentem inseguros, surpresos, despreparados ao se depararem com demandas em saúde mental (BRASIL, 2013b).

Pesquisas têm demonstrado (BATISTA, SOUTO, 2017; SILVA, KNOBLOCH, 2016) que os profissionais de saúde têm dificuldades em trabalhar, principalmente, com questões relacionadas ao uso de álcool e outras substâncias, quanto a operacionalização. De acordo com Batista e Souto (2017), esta dificuldade de trabalho torna-se obstáculo frente aos objetivos de reinserção social e redução de danos, pois os profissionais acabam limitados a práticas de cuidado reducionistas, como encaminhamentos, aconselhamentos superficiais, ou ainda, com foco na abstinência ao se pensar no uso de álcool e outras drogas. Soma-se a tais aspectos a atenção ao entendimento sobre as questões de saúde mental serem algo “de outro mundo” e isso direciona a uma posição de defesa deles, ora por não se identificarem com a Saúde Mental, ora por se sentirem despreparados.

Essas fragilidades enfrentadas pelos profissionais de saúde demonstram que as questões relacionadas à atenção à saúde mental mobilizam inúmeras preocupações, as quais são expressas desde a sensação de despreparo para lidar com o sofrimento psíquico até os temores em relação às pessoas em sofrimento. Outro aspecto está relacionado ao entendimento de saúde mental atrelado exclusivamente à doença diagnosticada ou ainda, o entendimento de que questões relativas à Saúde Mental requerem sempre atendimento em nível especializado (BÜCHELE et al., 2006; DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009; MOLINER; LOPES, 2013).

Coloca Lavras (2011) que da forma como SUS é estruturado, os profissionais de saúde são preparados, muito mais para o manejo clínico das condições agudas, do que em relação a condições crônicas que exigem o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e continuidade da assistência. Constituinte um processo complexo, justamente por exigir que seja realizado através de sistema integrado, acerca do papel da rede no cuidado em saúde/saúde mental. Mas, o que fazer diante dessas dificuldades em relação ao manejo de situações de saúde mental?

Discorre Chiaverini (2011) que historicamente registra-se uma formação deficitária com relação ao cuidado com pessoas em sofrimento psíquico e, quando esta formação ocorre, está direcionada às especialidades psiquiátricas em ambulatórios e hospitais, sem considerar que esta demanda também pertence à Atenção Básica. A autora destaca que normalmente o contato com estas pessoas são em períodos de crise e desta forma, reforçam-se os estigmas do sofrimento psíquico e assim, os profissionais julgam-se incapazes de lidar com esse problema.

Silva et al. (2017) reforçam a colocação de Chiaverini, ao destacarem que a carência na formação profissional afeta a postura profissional, isto é, a torna inadequada, com práticas discriminatórias e preconceituosas em relação à pessoa em sofrimento mental ou ainda, ações moralistas, de infantilização e normatização de condutas.

Outro aspecto perceptível e, também uma fragilidade atual, é a importância da articulação dos serviços especializados em saúde mental com as equipes de atenção básica, para oferecer-lhes o apoio necessário, afinal, quando se propôs a RAPS, pensou-se em uma rede de cuidados com base territorial e possibilidades de

intervenções transversais. Apesar das diversas possibilidades, práticas, estratégias e serviços trazidos pelas políticas públicas em Saúde Mental, a fim de garantir uma oferta de cuidado em saúde efetiva, a fase de implementação de uma política pública é o momento crucial desse ciclo, pois é onde as propostas se materializam em ação, podendo vários fatores interferirem para o sucesso ou fracasso desta (AZEVEDO et al. 2014; FRANÇA et al. 2017).

À medida que se compreende o estreito laço entre o cuidado em saúde mental e a AB, reconhece-se que as práticas, neste contexto, podem e devem ser realizadas por todos os profissionais, assim como as intervenções deverão estar pautadas nas vivências dos/nos territórios (BRASIL, 2013a). Afinal, com a redemocratização as Reformas, Sanitária e Psiquiátrica, como pontua Brasil (2013a), são partes de um país que escolheu garantir a todas as pessoas o direito à saúde. Nessa lógica, Saúde Mental e Atenção Básica se entrelaçam, pois ambas reconhecem que cidadania e saúde são indissociáveis.

3.3.1 Estratégias de cuidado em saúde mental na Atenção Básica

Cuidar do outro é zelar para que esta dialogação, esta ação de diálogo eutua, seja libertadora, sinérgica e construtora de aliança perene de paz e de amortização (BOFF, 1999).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro trouxe ressignificações no modo de produzir cuidado em saúde mental, transformando dimensões técnicas e culturais ao ter como premissa a defesa da vida, reconhecendo àquele em sofrimento como cidadão que pertence a algum lugar e por meio disso, considera que todas as conexões que o envolvem, são produtoras de vida. Ou seja, nessa relação dinâmica entre serviço/profissional e aquele que é cuidado, as subjetividades circulam, ou ainda, no interior do processo de trabalho haverá uma Mútua produção de um no outro uma vez que a base do trabalho em saúde mental é a relação (MEHRY, 2006; BRASIL 2013a; FERREIRA et al., 2017).

Considera-se um dos aspectos primordiais para a produção de cuidado em saúde mental, o ato de reconhecer que as pessoas desenvolvem maneiras diferentes de estarem no mundo, bem como de vivenciarem seus sofrimentos, alegrias, inseguranças e todos os sentimentos/emoções que abarcam a vida. Por essa razão, estabelecem também relações singulares com o seu sofrimento, e que nem sempre está relacionado a um adoecimento propriamente dito.

Desta forma, no cuidado em saúde mental far-se-á necessário além do estabelecimento de uma relação, superar a visão dualista do homem, físico e psicológico, – corpo e mente – e para a construção de um modelo dinâmico e não reducionista de novas formas de produzir saúde (CASSEL, 1982; ALVES, 2006; BRASIL, 2013a;).

Basaglia (1985) assegurou que o primeiro passo para uma mudança do cuidado tutelar para àquele terapêutico, é a transformação das relações interpessoais entre aqueles que atuam neste campo. Entretanto, ainda impera uma ideia institucionalizante e estigmatizadora em muitos dos serviços que deveriam possibilitar a ampliação da manutenção da vida e comunidade daqueles em sofrimento psíquico.

Evoluiu-se tecnicamente, porém os profissionais de saúde não têm conseguido manter a humanidade nas pequenas coisas e, nessa perspectiva, afirma Silva (2004, p.22) que os profissionais precisam “desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência” para ofertar ao outro uma existência mais digna, compreensiva e menos solitária.

As ações em saúde mental na AB devem obedecer ao modelo de rede de cuidados, respeitando o território e atuando com outras políticas. Com foco no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde mental. Para atingir tais aspectos, muitos dos materiais produzidos e publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, 2013a, entre outros) apontam para atuações profissionais, nesse nível de atenção, que busquem o estabelecimento de vínculos, o acolhimento e incentivo da responsabilização, numa perspectiva de combate a lógica do encaminhamento, principalmente e ainda, muito direcionada a uma lógica de hospitalização e patologização da vida (BRASIL, 2005,2015b).

Silva et.al (2017) esclarecem que a saúde mental requer ser compreendida não dissociada da saúde geral e reconhecida em diversas queixas que chegam aos serviços de AB. É desafio aos profissionais perceber e intervir, considerando àquelas práticas em saúde mental que podem ser realizadas por qualquer profissional, aspectos que os autores compreendem e a Política Nacional de Saúde Mental também afirma como necessidade para a efetivação de ações em saúde mental na AB.

Conforme Acioli (2006), as práticas pressupõem a existência de um saber prático, sucedido da experiência cotidiana das pessoas. As práticas de cuidado em saúde mental precisam ser concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos sujeitos e de suas comunidades a fim de promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, não se restringindo à cura de doenças.

Assim, na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental será construído no cotidiano dos encontros entre os profissionais e as pessoas, e nesses encontros surgirão ferramentas e estratégias para compartilhar e construir o cuidado em saúde (BRASIL, 2013a).

Cotidianamente, os profissionais de saúde realizam intervenções e ações em saúde mental, nem sempre percebidas como atos de cuidado, entretanto, são próprias do processo de trabalho entre as equipes e que possibilitam suporte emocional àqueles em situação de sofrimento, a ideia de cuidado pode ser definida como:

Reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas. (AYRES, 2009, p.18).

Diante dessa colocação, Chiaverini (2011) descreve exemplos de possibilidades de cuidado que cotidianamente precisam ser reinventados na realidade de trabalho, o exercício de uma boa comunicação, a habilidade empática, a escuta e o tempo dado ao usuário do serviço para reflexão, o acolhimento de suas queixas e a compreensão destas como legítimas, o reconhecimento de que as

vivências destes se diferem das suas e a oferta de suporte adequado, isto é, que não gere dependências e sobrecargas.

Muitas das pessoas que chegam à AB frequentemente apresentam queixas/problemas simultâneos – psicológicos, físicos e sociais – assim, há coexistência de quadros depressivos, ansiosos, somatização, uso/abuso de substâncias, entre outros. Diante dessa pluralidade é notório que os profissionais de saúde apresentam dificuldades no manejo de questões em saúde mental.

Em seu trabalho, Vasconcellos e Azevedo (2012), trazem a questão do sentimento de frustração dos profissionais quanto ao cuidado, decorrente de uma não adesão ao tratamento proposto ou a desistência por parte daquele que é cuidado e ainda, em algumas vezes, os profissionais não reconhecem seus atos como determinantes no cuidado, como é o caso do acolhimento, e isso também lhes causa sentimentos negativos.

Isso aponta para a urgência da ampliação das ações preventivas e de promoção em saúde mental na AB, bem como a qualificação das equipes de saúde nesse nível de atenção para aumentar a detecção e capacidade resolutiva com relação ao manejo e tratamento das pessoas em sofrimento psíquico. Sendo assim, as práticas em saúde mental devem ser prioridade na organização das redes de saúde (BRASIL, 2010).

Ao aumentar a capacidade das equipes em lidar com sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, leva-se à desconstrução da lógica de referência e contra referência que favorece a não responsabilização e dificulta o acesso da população (BRASIL, 2010). Afinal, o cuidado compartilhado prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de cuidar se organize, tendo como eixo central o sujeito e seu processo de saúde/doença.

Ao se debruçar sobre as práticas empregadas no cuidado em Saúde Mental encontra-se na literatura (CHIAVERINI, 2011; JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012; BRASIL, 2013a; CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2016) diversas possibilidades que podem (e devem) ser realizadas na AB e que estão descritas (Quadro 1) abaixo.

Salienta-se que a escuta, o fortalecimento de uma rede cuidados, abordagem familiar e a humanização das relações são entendidas como condutas que devem perpassar todas as práticas de cuidado em saúde citadas. Sem contar que o exercício cotidiano do trabalho na AB envolve o desenvolvimento de disponibilidade afetiva, criatividade, capacidade de acolhimento e vínculo, bem como de corresponsabilidade no cuidado (BRASIL, 2010).

Quadro 1 - Estratégias de cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Básica.

Fortalecimento de redes de cuidado e suporte social	Matriciamento intersetorial por meio da criação e fortalecimento de redes de cuidado e investir em espaços de reuniões, fóruns, colegiados, educação permanente, rodas de conversa. Quanto maior e mais frequentes estes canais de troca e de construção coletiva, maior a chance de integração de profissionais e políticas. Tais espaços podem proporcionar trocas de olhares, impressões, metodologias e conhecimentos que contribuem para o fortalecimento de redes sociais cujos dispositivos territoriais podem viabilizar planos de ação integrados entre os equipamentos e entre os usuários.
---	---

Apoio matricial	Apresenta dimensões de suporte assistencial (produção da ação clínica direta com os usuários) e técnico-pedagógico (produzir ação de apoio educativo com e para a equipe). Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos em que ele é realizado. Ou seja, no/para o apoio matricial os profissionais reúnem-se, sem ter necessariamente relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência a condução de problemas de saúde, devendo acionar uma rede assistencial necessária a cada caso.
Projeto terapêuticos singulares (PTS)	Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas ao sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações complexas. Em saúde mental tem-se mostrado eficiente, pois, propicia atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. É importante na construção de um PTS a participação ativa do sujeito individual ou coletivo, para que este não se torne uma prescrição de tarefas, condutas e comportamentos. Deve ser organizado a partir de um diagnóstico da realidade, definição de metas e posterior avaliação da situação.
Consulta conjunta	Não se trata de um recurso novo. A partir dela é possível um momento de aprendizagem em serviço voltado a dar respostas resolutivas às demandas da assistência à saúde. A consulta conjunta auxilia no complemento e/ou elucida aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do profissional que a solicitou, possibilitando traçar um plano terapêutico mais completo. É notório que este recurso não dá conta de todas as necessidades, entretanto, tem potencial de propiciar na troca de conhecimento/intervenções novas competências aos profissionais que as conduzem, ao reunir na mesma cena, profissionais e usuários dos serviços e seus familiares, se necessário.
Visita Domiciliar	Recurso que faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial e pouco se difere da consulta conjunta, ao considerar a capacidade de aprendizagem em serviço que ela também possibilita. É interessante para coletar informações certas situações-problemas de saúde. Por isso, é importante que as equipes de saúde na AB reflitam coletivamente sobre quais tipos de casos são para visita e precisam ser priorizados no território. A visita domiciliar requer planejamento e revisão periódica, habilidades de comunicação e de adaptabilidade cultural para sua realização.
Grupos e saúde mental	Permitem uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas desde que sejam bem pensados em sua finalidade, estrutura e manejo. Na saúde mental, o grupo pode superar o aspecto da normalização do cuidado a pessoas em sofrimento emocional significativo, possibilitando a estas pessoas voz, espaço e corpos presentes. Entende-se que a partir da empatia, da escuta, do respeito, as pessoas podem construir um sentimento de pertença. O reconhecimento da experiência do outro, da diversidade de trocas de conhecimentos possibilita a formação de um grupo-sujeito, no qual o sujeito é agente coletivo dos enunciados.
Intervenções avançadas	São possibilidades na AB: a Terapia Comunitária que se caracteriza como uma atividade organizada como um espaço comunitário que possibilita a troca de experiências e sabedorias de vida. Visa trabalhar de forma horizontal e circular ao propor que cada um que participe da sessão seja corresponsável no processo terapêutico. Mediação de conflito que envolve a capacidade de transformar conhecimentos, habilidades e atitudes em resultados práticos. Pressupõe a utilização e o desenvolvimento de habilidades comunicativas, cognitivas, sociais e emocionais que estão imbricadas com crenças e atitudes que levam à elaboração de um modelo mental; a Intervenção Breve, técnica de abordagem para a diminuição dos problemas associados ao uso de substâncias em que o principal objetivo é identificar o problema e motivar a pessoa a alcançar determinadas metas e também o estímulo à autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas. Além disso, são possibilidades a Terapia Cognitivo Comportamental e/ou outra abordagem psicoterápica.
Redução de danos	Trata-se de uma estratégia que auxilia na redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Por meio desta, é possível considerar as singularidades e diferentes possibilidades de escolhas. Uma vez que nesse contexto, abstinência é uma direção clínica possível e/ou resolutiva.

C
Continuação

Cuidado em relação ao manejo dos psicofármacos	Os psicofármacos são um recurso entre outros para o tratamento em Saúde Mental, entretanto, o seu uso só faz sentido quando articulada a outras intervenções, discutidas num PTS, por isso, considera-se definir um ou alguns problemas-alvo para a prescrição da medicação. Em função disso, é preciso reconhecer que o uso do medicamento não representa uma solução rápida e precisa, cada problema de saúde mental pode ou não responder a uma determinada medicação.
Práticas integrativas e complementares (PICs)	As PICs contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos com abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Estas práticas compartilham um entendimento diferenciado sobre o processo saúde-doença, ampliando a visão desse processo e as possibilidades terapêuticas, contribuindo para a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Alguns exemplos são ações, serviços e produtos da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia.
Educação permanente	O processo de Educação Permanente possibilita a análise coletiva do processo de trabalho possibilitando que essa aprendizagem em serviço – envolvendo fatores cognitivos, relacionais e de atitudes – qualificar e reorganizar os processos de saúde. O contato com os diversos saberes estimula os profissionais à elaboração de estratégias comuns de ações para a resolução de problemas, proporcionando uma prática mais humanizada.

Fonte: Adaptado de Chiaverini (2011) e Brasil (2013a).

Em achados recentes sobre as estratégias de cuidado em Saúde Mental (DIEZ-CANSECO et al. 2018; THIBODEAU et al., 2018; GERBALDO et al. 2018; PETERS, 2018; LEITE;ROCHA e SANTOS, 2018) em sua maioria objetivam compreender o entendimento profissional sobre os cuidados em Saúde Mental, quais as estratégias disponíveis no nível primário de atenção à saúde, bem como testagem de tratamentos e possibilidades de acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais, dando ênfase na depressão e ansiedade.

Notou-se que os estudos internacionais apontam para o uso de estratégias integradas, isto é, são propostas mais de uma intervenção aos usuários dos serviços de saúde de maneira concomitante, bem como ressaltam que as propostas em colaboração entre diferentes serviços e profissionais apresentam maior sucesso, pois oferta qualidade no cuidado, bem como evita agravamento no adoecimento mental tardio.

Enquanto as pesquisas nacionais se propõem a refletir sobre a importância das relações de trabalho horizontais para aproximação da AB e Saúde Mental, ao legitimar a necessidade de capacitação e aprofundamento na temática, a fim de transformar o cuidado ainda biomédico e focado na lógica do encaminhamento em atenção à saúde com vistas de reduzir, prevenir e promover Saúde Mental.

Em contrapartida a estes aspectos construtivos, os estudos brasileiros também dão ênfase aos obstáculos no cuidado ofertado pela AB, dando ênfase a dificuldade de habilidades e conhecimento dos profissionais com a Saúde Mental, na farmacoterapia, encaminhamentos para unidades especializadas, pouca referência a grupos terapêuticos e/ou tratamentos alternativos e déficit no vínculo terapêutico, de certa forma, indicando a necessidade de rever e transformar as ações e práticas de

cuidado em Saúde Mental, uma vez que se encontram afastadas das premissas do SUS.

3.4 Saúde Mental na Região de Saúde do Meio Oeste

O SUS provocou diversas mudanças na área da saúde e, por meio dele elaborou-se um arcabouço legal e normativo, como leis orgânicas, normas operacionais, portarias, as quais trouxeram discussões acerca da descentralização da gestão e do financiamento, dos modelos de atenção à saúde, entre outros aspectos importantes para organização, estruturação e legitimidade do SUS (PAGLIOSA, 2015).

Uma das formas para legitimá-lo e também as transformações na Saúde Mental estão relacionadas a mudanças na formação e desenvolvimento dos profissionais. Foram realizados diversos programas com o objetivo de uma formação em saúde nos princípios do SUS, desde capacitação e formação em saúde da família, profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem, alterações nas matrizes curriculares nos cursos da saúde. Também foram criados programas de mestrado profissional e promovidos cursos de formação de conselheiros de saúde e de membros do Ministério Público para fortalecer o controle social no SUS (BRASIL, 2005).

Mas a maior dificuldade nestas propostas e outras não citadas, deve-se ao fato de serem desarticuladas e isoladas entre si, embora tenham provocado mudanças na formação e cuidado em saúde. A partir de um entendimento de que também seria preciso mudar as práticas educativas e as ações e serviços do SUS, atrelado ao fato de que a formação na área da saúde é também atribuição do mesmo, de acordo com a Constituição Federal (1988), para efetivá-la, o Ministério da Saúde tem desenvolvido várias estratégias e políticas direcionadas a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2005; 2009).

Descreve Pagliosa (2015) que as “preocupações” em relação a organização do SUS, por um longo período, pouco fixou-se aos processos de trabalho, embora houvesse críticas quanto a formação e as práticas dos profissionais de saúde. A partir das Diretrizes Curriculares quanto a formação dos profissionais da saúde, datada de 2001, é que iniciou um processo de legitimação do que está proposto na Constituição Federal, quanto a coordenação e formação dos recursos humanos na área da saúde. Conforme autor supracitado, foram pensadas propostas que utilizassem processos e métodos de ensino-aprendizagem, os quais fossem capazes de provocar desenvolvimento de pessoal e, também, reforçassem as relações da gestão com o sistema e dos serviços com o controle social.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) passou a usar a proposta de Educação Permanente em Saúde como estratégia para melhorar a formação e qualificação profissional. A Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), implementada pela Portaria nº 1.996, de 20/08/2007, tem como proposta a ruptura de uma lógica de compra de produtos educacionais e ressalta a importância de melhorias por meio da análise dos processos de trabalho, seus problemas e desafios (BRASIL, 2009).

Como estratégia do SUS, a Educação Permanente em saúde (EPS) propõe que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano de trabalho. Por isso, é desenvolvida a partir dos problemas enfrentados na realidade, e leva em consideração os conhecimentos e experiências que as pessoas já têm, bem como as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Por meio da EPS objetiva-se a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, deste modo, mostra-se como uma “ferramenta” com grande potencial de legitimar as políticas públicas em Saúde Mental, assim como essencial para o enfrentamento das dificuldades dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2009).

Faz-se necessário um momento para as equipes se reunirem, acolherem acolham uns aos outros, discutirem, opinarem, aprenderem e também ensinarem, como coloca Brasil (2005) para que essa educação para o trabalho, seja uma educação que pensa o trabalho e que pensa a produção mundo, ou seja, não apenas focar na formação de técnicos, mas, em profissionais capazes de ser criativos no pensar, sentir, querer e atuar.

O investimento ético-político em processos reflexivos de formação sobre a saúde mental se situa em um contexto de afirmação do direito à cidadania e à tentativa de afastamento das políticas exclusivamente assistencialistas e normalizadoras, as quais tendem a reduzir a questão do sujeito da loucura a processos preponderantemente medicamentosos e disciplinares, com efeitos recorrentemente estigmatizadores e de exclusão social (MEDEIROS et al. 2016, p.476).

A operacionalização da PNEPS ocorre através de um dos princípios organizativos do SUS, a *regionalização*, a qual propõe que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, uma vez que por meio desta pode-se avançar em planejamento, em regulação, em financiamento e em resolutividade. Ao instituí-la é preciso considerar os territórios e suas necessidades e assim, os municípios articulam-se em ações e serviço – de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde – e passam a atuar de maneira colaborativa, articulada, visando territórios autossuficientes e resolutivos (SANTA CATARINA, 2016).

Com as regiões definidas, surgem mudanças em resultados sanitários, como condições crônicas, redução nas referências a especialistas e a hospitais, aumento da eficiência dos sistemas de atenção à saúde, ao se constituir uma região com serviços/ações resolutivos, por isso, os Estados organizam-se em regiões de saúde e subdividem-se as responsabilidades em relação a oferta de ações e serviços de saúde. Há critérios norteadores para os estados/municípios (bases legais próprias) para tal organização, e em função desse processo organizativo, tem-se o Estado de Santa Catarina que é constituído de por 9 (nove) macrorregiões, 16 regiões de saúde e 16 Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

A condução regional da PNEPS se dá por meio dos Colegiados de Gestão Regional e da participação das CIES. Através dessa articulação regional, prevista na Portaria nº1996/2006, a PNEPS se propõe a “fazer valer” os princípios e diretrizes do SUS, Atenção integral à Saúde e a construção de uma cadeia de cuidado progressivo à saúde. Ou seja, supõe uma ruptura ao sistema verticalizado para uma ideia de trabalho em rede, onde todas as ações e serviços de saúde são prestados

considerando os contextos e histórias de vida, o acolhimento e a responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas/territórios (BRASIL, 2006).

Desta forma, as CIES apoiarão as gestões do Colegiado Regional no desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Como uma de suas funções as CIES têm a elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), em que são descritas possíveis ações de Educação Permanente, pensadas coletivamente, diante dos problemas reconhecidos pelas Regiões de Saúde. Analisou-se os PAREPS catarinenses e, segundo estes os municípios/regiões de saúde têm se preocupado com a demanda em Saúde Mental e têm procurado elencar soluções, mesmo que pela obrigatoriedade da construção dos mesmos, visto que reconhecem a necessidade de aprimorarem suas técnicas e conhecimentos a fim de auxiliar seus territórios.

Com a finalidade de contribuir para transformação e qualificação das práticas de saúde, bem como as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde, desde 2009, a CIES Meio Oeste de Santa Catarina está articulada. O Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, documento que localiza, geograficamente, a questão das políticas de saúde mental na organização político-administrativa estadual e analisa a situação de saúde mental. Neste documento, encontram-se informações acerca da Saúde Mental, em todo o Estado e por região de saúde (SANTA CATARINA, 2016).

Na Região Meio Oeste a estimativa da prevalência anual de sintomas de transtornos mentais e do comportamento, em 2013 foi de 42.304 casos. Enquanto a estimativa de novas queixas, por ano, foi de 41.752, registrados em 2014, bem como do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano 2014, foi de 1.815 em Atenção Especializada e 16.701 para Atenção Básica. Cerca de 10% da população apresentam queixas que geram, na rede básica, algum tipo de intervenção por profissionais da saúde. Em relação às internações hospitalares com condições psiquiátricas, ao longo do quinquênio de 2008 a 2012, somaram 4.200 casos, o que de acordo com o Plano Operativo, trata-se de uma situação controlada (SANTA CATARINA, 2016).

Em função da pouca estrutura, muita das vezes resta o encaminhamento das pessoas em sofrimento psíquico aos hospitais gerais, os quais realizam os internamentos dentro do prazo possível e o farão quantas vezes forem necessárias e deste modo, agravam-se as condições de saúde destas pessoas. Diante destes dados, legitima-se a importância da rede articulada, por todas as instâncias que a compõem e que também foram responsáveis pela construção do Plano Operativo (2016), demonstrando a necessidade de reflexão e intervenção nas questões de Saúde Mental do Estado, seja na implantação de uma oferta maior dos serviços substitutivos com intuito de reduzir ainda mais o número de internamentos, bem como possibilitar um trabalho articulado entre os municípios que compõem a Região, visto que se faz importante aderir a ações em caráter regional, com corresponsabilização entre os gestores municipais para que a oferta das ações/serviços de saúde mental passem a ser mais resolutivas.

No próprio Plano Regional do Meio Oeste, está proposto que a elaboração de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial,

por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região. Sem contar que o investimento na Atenção Básica por meio do apoio matricial e da educação permanente, estratégias de baixo custo e alta resolutividade, podem ter um papel decisivo no acesso de qualidade nas unidades básicas, com foco no cuidado e de gestão da clínica. Ainda, ações como estas podem reduzir o excesso de demanda encaminhada aos serviços especializados de saúde mental e superar a ideia banal de que as atividades em AB são simplificadas (PAREPS, 2012; SANTA CATARINA, 2016).

Entende-se a EPS como uma ferramenta propulsora de reflexão e revisão do processo de trabalho voltado ao cuidado em Saúde Mental, uma vez que a EPS possibilita aos trabalhadores da saúde momentos crítico-reflexivos, ou problematizações, acerca do processo de trabalho e o compartilhamento de experiências, concepções, interesses, estratégias e ideias, pois ao realizar este movimento reflexivo sobre o seu fazer e o do outro, o sujeito é capaz de ressignificar seus referenciais e modificá-los. Por meio dela, é possível a transformação das formas de produção do cuidado em Saúde Mental estigmatizantes, ao tomar consciência de que o cotidiano é um lugar aberto a revisão permanente.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização da pesquisa e metodologias utilizadas

Este estudo tratou-se de uma pesquisa-ação-participante, de cunho qualitativo, que apresenta caráter investigativo ao se propor a conhecer a realidade e, simultaneamente “ativa” ao objetivar a mudança da mesma pela ação coletiva. De acordo com Thiollent (1986) a pesquisa-ação pode ser considerada uma estratégia metodológica da pesquisa social e tem como objetivo, na interação entre pesquisador e participante, resolver, ou ao menos, esclarecer aos envolvidos os problemas-situações observados, proporcionando, de certa forma, aumento no “nível de consciência” dos participantes e agregando conhecimento ao pesquisador.

Em uma perspectiva transformadora, a pesquisa-ação facilita a busca de soluções e respostas eficientes aos problemas/situações vivenciadas pelos participantes. Ainda, na metodologia participativa, de acordo com Gomez e Penagos

(2016) a fala, a observação, o diálogo, a leitura e o registro da realidade adquirem amplitude de transformação, pois conduzem os participantes a olharem para sua própria prática e refletir sobre a mesma. Através deste tipo de pesquisa, é possível aproximar interesses acadêmicos e sociais ao valorizar diferentes conhecimentos e compromete-se com a transformação social (BALDISSERA, 2001; HEIDEMANN et al., 2017).

Portanto, para a realização da coleta de dados, nesta mesma perspectiva de ação-reflexão-ação, utilizou-se como referencial teórico-metodológico o Itinerário de Pesquisa por meio de Círculos de Cultura, de Paulo Freire. Explica Marinho (2009) que por Círculo pensa-se na disposição das pessoas, ou seja, reconhece-se um espaço onde todos podem se entreolhar e por Cultura, entende-se que haja uma interação das relações do homem com a realidade, recriando-a e buscando a dinamização de seu espaço no mundo.

O círculo de cultura revive a vida em profundidade crítica. A consciência emerge do mundo vivido, objetiva-o, problematiza-o, compreende-o como projeto humano. Em diálogo circular, intersubjetivando-se mais e mais, vai assumindo, criticamente, o dinamismo de sua subjetividade criadora. Todos juntos, em círculo, e em colaboração, re-elaboram o mundo [...] (FREIRE, 1987, p.10).

De acordo com Heidemann et al. (2017), o Círculo de Cultura é uma estratégia metodológica, na qual o pesquisador e pesquisado realizam discussões e reflexões sobre a realidade e, de maneira coletiva, identificam possibilidades de intervenção. Como os autores pontuam, os participantes, por meio do processo de ação-reflexão-ação percebem-se como autores de suas histórias, conscientizam-se e são empoderados para transformarem suas práticas.

4.2. Local de estudo

O presente estudo foi desenvolvido em uma Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CIES) do Estado de Santa Catarina. Faz-se importante compreender que o Estado de Santa Catarina está organizado em 9 (nove) macrorregiões de saúde e esta organização visa à operacionalização do modelo de gestão regionalizado em diversos níveis de complexidade da assistência, as macrorregiões são: Grande Oeste, Meio Oeste, Planalto Norte, Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Nordeste, Grande Florianópolis, Serra Catarinense e Sul, as quais podem ser visualizadas no mapa (Figura 1). Estas estão subdivididas em 16 (dezesseis) Regiões de Saúde.

Figura 1- Mapa das 9 Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina.



Fonte: Elaborado pela autora, com bases no Plano Operativo da RAPS 2015-2018 (2016).

As CIES são “instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento” da política de educação permanente (BRASIL, 2006 p.09). Cada Região de Saúde possui uma CIES, assim, existem 16 CIES que por sua vez, são subordinadas às Comissões de Intergestores Regionais (CIRs). Também operam como cogestoras da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) possibilitando a construção de uma política de formação aos profissionais de saúde. Através destas, é possível realizar educação em saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006; SANDRI et al., 2016).

Deste modo, este estudo será realizado com a CIES, a qual encontra-se na Macrorregião do Meio Oeste composta por três Regiões de Saúde: a Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, a Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe e a Região de Saúde do Meio Oeste (Figura 2), sendo esta última o objeto de estudo. A CIES é constituída pelo Colegiado de Gestão Regional de duas Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR), composta por 20 municípios e está formada desde julho de 2009. A 7ª Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) é constituída de 13 municípios, a qual em uma população de 117.847 habitantes. Enquanto a 8ª SDR é composta por sete municípios, têm 51.610 habitantes. Esta região do Estado tem sua economia baseada na agricultura e agroindústria e 90% da população dependem do sistema público de saúde (PAREPS, 2012).

Optou-se pela CIES Meio Oeste como participante deste estudo em função da logística em realizar a pesquisa, bem como a relação direta com o local de trabalho da pesquisadora. Destaca-se que a pesquisadora foi representante do município onde atua como integrante da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por um ano e meio. Sendo esta representação na CIES parte das influências e inquietações para o desenvolvimento deste estudo.

Pontua-se que a Região de Saúde do Meio Oeste, apresenta uma estimativa de que 23% da população, acompanhada por um ano (em 2014) que manifestou novas queixas de ordem psíquica e comportamental. Embora, estas queixas não representem doenças, mas sinais e sintomas importantes para possíveis intervenções preventivas e/ou focadas na promoção de saúde mental. Ainda, se a rede básica funcionar como filtro, precocemente, é possível evitar agravos nos sintomas e conseqüentemente encaminhamentos aos serviços especializados, o que reforça a relevância deste estudo junto a CIES quanto as práticas de cuidado em saúde mental no contexto da AB, por esta ser constituída de representantes de diferentes municípios e entidades que compõem a Rede de Atenção Psicossocial desta Região de Saúde (SANTA CATARINA, 2016).

Destaca-se que a RAPS da Região de saúde do Meio Oeste enfrenta situações de pouca resolutividade, agravada pela falta de uma rede psicossocial estruturada nos municípios, que em sua maioria são de pequeno porte e tem apenas na Unidade de Saúde seu conjunto de serviços e ações em saúde mental. Na Região Meio Oeste, em 2013 existiam (5) Centros de Atenção Psicossocial – CAPS tipo I e previstos para os anos seguintes mais (1) CAPS I, (2) CAPS Infantil e (2) CAPS Álcool/Drogas. Constava nessa RAPS ainda, (9) Núcleos de Apoio a Saúde da Família e previstos mais onze e, havia (6) Hospitais Gerais cadastrados com (46) leitos para atendimento psiquiátricos. Os demais serviços em caráter substitutivos como é o caso das Unidades de Atendimento, Consultórios de Rua, Serviços Residências Terapêuticos (SRTs), constavam no Plano Operativo apenas previstos para os próximos anos.

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes convidados para a pesquisa eram membros do CIES Meio Oeste, de acordo com Brasil (2006), estes membros poderão ser representantes de diferentes entidades e serviços de saúde. Esta formação depende da gestão do CIES e conforme as necessidades da região, logo, são representantes das gestões de saúde municipais; da Gerência Regional de Saúde; dos Hospitais do SUS; das Universidades; conselheiros municipais de saúde ou técnicos municipais ou ainda, representantes de outras entidades deliberados pela CIES.

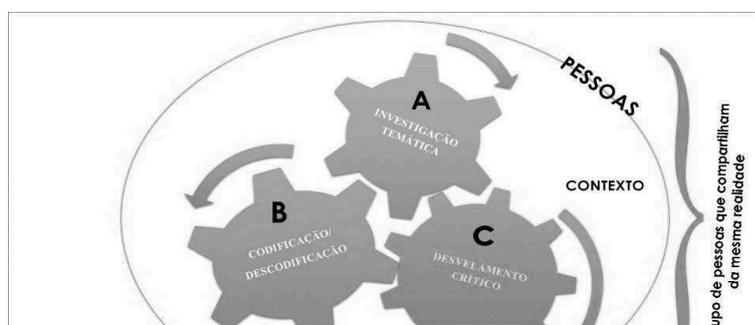
Embora o Cies Meio Oeste tenha 24 representantes, 21 participaram dos Círculo de Cultura. Apenas dezesseis informaram dados que puderam caracterizar o grupo. Como critérios de inclusão dos participantes à pesquisa foram considerados todos os representantes titulares, suplentes e demais profissionais, indicados pelos seus respectivos dirigentes que estiveram presentes nos dias de execução dos Círculos de Cultura e consentiram voluntariamente a participar da pesquisa. Foram utilizados como critérios de exclusão, aqueles representantes que estiveram afastados do trabalho por motivo de doença e/ou período de férias ou não consentiram em participar da pesquisa.

4.4 O Itinerário de Pesquisa Freireano

O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, é um método que exige respeito e reconhecimento da contribuição do outro e, por isso, Gomez e Penagos (2016) descrevem-no como um método crítico ao mesmo tempo que sensível e também um dispositivo gerador de vínculos com os participantes. A ferramenta primordial para o processo de investigação das temáticas nos Círculos é o diálogo, pois através deste se conduz reflexão entre os participantes, enfocando em temas importantes de seu cotidiano e direcionando a uma perspectiva transformadora.

Neste estudo, representa-se cada momento do Itinerário de Pesquisa como uma peça de engrenagem (Figura 2) que impulsiona e é impulsionada para passo seguinte, ou até mesmo, retorna ao anterior e depois, torna a prosseguir.

Figura 2 - Esquema do Itinerário de Pesquisa – Círculo de Cultura (Paulo Freire)



Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

Isso demonstra o quanto o Círculo de Cultura requer ser um espaço dinâmico e dialógico, onde as trocas entre os participantes se concretizam, pois estes estão comprometidos e envolvidos, sobretudo, com a transformação de suas realidades a partir da interação, discussão, aprofundamento e reflexão daquilo vivido.

Como descreve Padilha (2003), os Círculos de Cultura tratam-se de incentivo a realização de encontros entre as pessoas, os quais comprometem-se com o desenvolvimento de um processo de ensino e de aprendizagem. Ao propor os Círculos de Cultura é importante que os participantes estejam envolvidos e através deste envolvimento possam “pesquisar, pensar, praticar, refletir, sentir, deliberar, ser, plantar, agir, cultivar, intervir e avaliar o seu fazer, num movimento permanentemente dialógico” (PADILHA, p.01, 2003).

Em função desta construção de conhecimento coletiva, não se pode dizer que para a execução dos Círculos de Cultura exista uma técnica pronta. Os momentos são específicos, consecutivos e inter-relacionais, ou seja, a identificação dos temas e a análise destes ocorrem simultaneamente. Por meio dos temas emergidos dos Círculos de Cultura, codificação/descodificação e desvelamento de cada encontro pretende-se realizar o processo analítico sob olhar dos pesquisadores. As etapas (Figura 3) correspondem à investigação temática, a codificação/descodificação e desvelamento crítico (GOMEZ; PENAGOS, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

O processo de **investigação temática** trata-se do momento em que os participantes tomam consciência de sua realidade e iniciam um processo de reflexão-crítica ao construírem o universo vocabular. Os temas geradores advêm da percepção da realidade vivenciada pelos participantes, por isso, trata-se de um momento carregado de emoções e sentimentos. Para a obtenção dos temas geradores, a condução dos diálogos nos Círculos de Cultura norteou-se pela reflexão sobre a percepção individual de cada participante de sua atuação com demandas em saúde mental (potencialidades e fragilidades), para esse momento utilizou-se como recurso de quebra-gelo a construção de um quebra-cabeça e a elaboração de painéis respondendo ao questionamento “Como vocês percebem o cuidado em Saúde Mental na AB?”, seguidos de um momento coletivo de discussão e reflexão.

O processo de **codificação e descodificação**, pode ocorrer simultaneamente ou em momentos distintos, mas acontece quando os temas geradores ganham

significado à medida que são dialogados, problematizados e contextualizados e, em alguns momentos, poderá revelar contradições acerca dos pensamentos e compreensões (reflexão). Este processo auxilia a impulsionar a descodificação, ou seja, os participantes permanecem em um “estado” de análise crítica sobre suas ações e percepções anteriores e através de uma leitura atenta, reflexiva e interpretativa dos temas a percepção antiga é ressignificada e transformada, gerando um novo conhecimento (MARINHO, 2009).

Para possibilitar esse momento dialógico, a pesquisadora resgatou os temas geradores emergidos no Círculo de Cultura anterior, os quais foram apresentados em forma de “Painel de Diálogo”, ainda se elaborou um segundo painel, contendo as fragilidades e potencialidades do trabalho na AB a partir do quebra-cabeça, para problematização.

O último momento é o **desvelamento crítico**, o qual retrata a realidade e as possibilidades, momento de ação-reflexão-ação, oportuniza a consolidação e socialização das propostas, permite aos participantes, de maneira coletiva, analisar a veracidade das coisas, rever, descobrir, atuar sobre o que conhece e transformar suas realidades continuamente, uma vez que o Círculo de Cultura não se trata de um processo linear e sim, dinâmico (MARINHO, 2009; HEIDEMANN et al., 2017). Como recurso de integração e reflexão, três estudos de caso baseados na realidade vivenciada na AB (devido à demanda trazida pelos participantes), foram explorados para que trouxesse a possibilidade de reflexão do cuidado em Saúde Mental. Nesse contexto, buscou-se o reconhecimento das estratégias e formas de cuidado pensadas e utilizadas pelos participantes, somadas à possibilidade de ações a partir dos Círculos de Cultura. Ao final do último encontro foi realizado um momento dialógico, a fim de obter o feedback e compreender a percepção dos viventes dos Círculos de Cultura.

De maneira geral, os Círculos de Cultura se propõem a problematizar a realidade numa perspectiva crítica, indagadora e aberta, sendo assim procurou-se “inquietar” e “empoderar” os participantes deste estudo a transformar seus olhares e ações no contexto de trabalho em Saúde Mental (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Os Círculos de Cultura propostos ao longo deste estudo não possuem uma estrutura fixa de condução, uma vez que em cada um dos momentos (Figura 2) podem emergir as temáticas que trarão os elementos que consolidarão o passo seguinte, deste modo, não havia como prevê-los. Porém, em cada encontro a fim de facilitar a sensibilização das temáticas, o diálogo e as reflexões foram utilizados diferentes dinâmicas/lúdicas com o intuito de melhorar o entrosamento entre os representantes da CIES.

4.5 À prática do Itinerário de Pesquisa Freireano

De acordo com Freire (1987), nos Círculos de Cultura não devem existir preocupações com o ensino ou com quem exerce essa função de “professor”, pois nestes aprende-se em “reciprocidade de consciências”. Haverá um coordenador-mediador que proporcionará condições favoráveis - dinâmicas, dialógicas e interacionais - para a construção do conhecimento de forma colaborativa, para a mobilização e conscientização dos participantes às ações transformadoras.

Desta forma, em julho de 2018, a pesquisadora em acordo com a articuladora do CIES, compareceu à reunião da Comissão para explanar aos seus membros a

proposta, objetivos e metodologia da pesquisa, bem como apresentar as razões que motivam a realização do estudo, envoltas às inquietações experimentadas pela própria Comissão. De uma maneira geral, inquietações também da Região de Saúde, entrelaçadas as vivências profissionais da pesquisadora também, ex-representante desta instância.

Foi pactuado com a articuladora da CIES e com os representantes que os Círculos de Cultura seriam realizados em conformidade com a agenda e as reuniões mensais. Em função da disponibilidade do CIES foram executados quatro encontros, com duração aproximada de 90 minutos. A duração dos encontros também foi pactuada, previamente a cada encontro com a articuladora devido a pauta da reunião, demandas e resolução de suas atribuições.

Foi realizada observação não sistemática com registro em diário de campo de cada Círculo de Cultura, anotação de pontos centrais, ideias, detalhes não verbalizados e outros elementos que surgiram, a fim de não perder nenhum aspecto essencial, estes foram feitos pela pesquisadora-mediadora. Os encontros tiveram gravação de áudio e imagem, uma vez que estes recursos oferecem segurança ao pesquisador, bem como possibilita o registro literal e integral das informações. Destaca-se que estes recursos foram utilizados com o consentimento dos participantes e de maneira discreta, a fim de não causar inibição e/ou desconfiança dos participantes (DUARTE et al., 2012).

Ocorreram quatro encontros para a realização dos Círculos de Cultura no período de julho a novembro de 2018. No transcorrer desses meses foram realizadas as etapas da investigação temática, codificação/descodificação e desvelamento crítico. De uma perspectiva geral, os participantes sentiram-se à vontade em participar dos encontros, mas nem todos os sentiram-se encorajados a falar, entretanto, demonstraram-se participativos naquilo que era proposto e pareciam - mesmo que de maneira não verbal - compartilharem das mesmas inquietações.

Em todos os encontros o ambiente estava disposto em formato de círculo e em todos os momentos incentivou-se a participação e inserção dos representantes municipais. No último encontro foi realizado um momento de *feedback* para compreender como os membros da CIES vivenciaram os Círculos de Cultura e a temática refletida complementando a pesquisa.

4.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi encaminhada para apreciação Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e encontra-se aprovada por meio do CAAE:92554218.4.0000.0121, protocolo 2.814.859 (Anexo 1). Mediante a referida aprovação deu-se início à execução desta, respeitando-se o preconizado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, todos os participantes foram convidados previamente a participarem e, se voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Destaca-se que inicialmente foi realizado contato com a articuladora do CIES para explanação dos propósitos da pesquisa e obtenção do termo de aquiescência (Anexo 2) para o desenvolvimento do estudo. Ainda, no primeiro momento de cada

Círculo de Cultura recordava-se a proposta da pesquisa e eram esclarecidas dúvidas pendentes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo estão apresentados no formato de um manuscrito no intuito de cumprir as exigências do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina, quanto a apresentação final de trabalhos de conclusão de curso, orientadas pela Resolução Normativa nº17/2019/CPG.

Deste modo, optou-se por organizar os achados e discorrer sobre o processo de aproximação e compartilhamento das problemáticas vivenciadas pelos participantes através dos diálogos possibilitados pelos Círculos de Cultura, seguindo o Itinerário freireano, assim apresenta-se o primeiro manuscrito intitulado “*Como vai a saúde mental na Atenção Básica? Diálogos e reflexões sobre as estratégias de atenção à saúde na Atenção Básica*”, o qual aponta as estratégias comumente utilizadas pelos profissionais da AB e a necessidade que estes encontram em aprimorar seus conhecimentos e técnicas para manejo em Saúde Mental.

O segundo manuscrito intitulado “*Percepção dos profissionais da Atenção Básica sobre o cuidado em Saúde Mental*”, o qual aponta as dificuldades profissionais decorrentes de um sentimento de despreparo frente à Saúde Mental e a importância do envolvimento familiar neste cuidado.

Destaca-se que o material produzido através desta dissertação será submetido à publicação em periódicos científicos da área da saúde, mediante apreciação pela banca examinadora.

5.1 Manuscrito

Como vai a saúde mental?

Diálogos e reflexões sobre as estratégias de atenção à saúde na Atenção Básica

RESUMO

Compreender, sob a ótica de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, as estratégias de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica. Pesquisa ação participante de abordagem qualitativa, ancorada no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire como referencial teórico-metodológico, ocorrido em três momentos: investigação temática, codificação/descodificação e desvelamento crítico. Foram realizados quatro Círculos de Cultura com 21 participantes, de julho a novembro de 2018. Os participantes demonstraram insegurança e desconhecimento técnico, enfatizando diagnósticos em Saúde Mental. Pontuaram realizar estratégias como atividades coletivas, práticas integrativas e complementares, visitas domiciliares, educação continuada e discussão de casos. Ainda frequente encaminhamentos a especialidades, uso de psicotrópicos e atendimentos exclusivamente clínicos. Desvelou-se a importância de legitimar o espaço da Comissão, possibilidades da educação permanente, busca por conhecimento em Saúde Mental e proporcionar transformações em seus territórios. Assim, ressignificaram seus referenciais e ações para o enfrentamento ao cuidado patologizante e curativista.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Promoção da Saúde; Estratégias.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand, from the point of view of a Permanent Commission of Integration Teaching-Service, the strategies of care in Mental Health in the context of Primary Health Care. Research participatory action of qualitative approach, anchored in Paulo Freire's Itinerary of Research as a theoretical-methodological reference, occurred in three moments: thematic investigation, codification / decoding and critical unveiling. Four Cultural Circles were conducted with 21 participants, from July to November, 2018. The participants demonstrated insecurity and technical ignorance, emphasizing diagnoses in Mental Health. They scored strategies such as collective activities, integrative and complementary practices, home visits, continuing education and case discussion. Also frequent referrals to specialties, use of psychotropic and exclusively clinical care. It was revealed the importance of legitimizing the Commission's space, possibilities of permanent education, search for knowledge in Mental Health and provide transformations in their territories. Thus, they re-signified their references and actions to confront the pathological and curativist care.

Keywords: Primary Health Care; Mental Health; Health Promotion; Strategies.

INTRODUÇÃO

O entrelace da Atenção Básica à Saúde (AB) e Saúde Mental não é recente, estas caminham numa mesma direção gradativamente desde o desdobrar dos movimentos da Reforma Sanitária e da Luta Antimanicomial, ambas envolvidas na premissa de uma reestruturação do cuidado em saúde.

A AB pensada e defendida como estratégia de fortalecimento do sistema de saúde, tendo como ênfase a Estratégia de Saúde da Família, centraliza-se em ações amplas, integradas e resolutivas direcionadas às necessidades da população, coordenação e continuidade do cuidado. Nesta mesma perspectiva, o campo da Saúde Mental, através da Rede de Atenção Psicossocial, direciona-se ao fortalecimento dos serviços substitutivos, em uma perspectiva de trabalho interdisciplinar e intersetorial (CARVALHO, 2014; FRATESCHI, CARDOSO, 2016; VIANA, LIMA, 2016).

Saúde Mental e AB convergem à superação de um cuidado excludente e curativista, pois ambas propõem a construção de um modelo dinâmico e direcionado às singularidades das pessoas e territórios. Embora o elevado adoecimento mental atual e o fato deste ser multifacetado, a AB pode ofertar uma atuação direcionada aos contextos territoriais geográficos e existenciais dos sujeitos, afinal, o acesso, a promoção dos direitos humanos, disponibilidade, custo-efetividade e bons resultados clínicos é o esperado desta relação entre AB e Saúde Mental, fazendo jus a proposta de desinstitucionalização (BRASIL, 2006; WENCESLAU, ORTEGA, 2015; CAMATTA et al. 2016).

É notório o avanço promovido pela incorporação destes modelos de atenção à saúde (básica e psicossocial), bem como existem recomendações internacionais e nacionais para que a atenção em saúde mental esteja em todos os níveis de cuidado, em especial na AB. Entretanto, a Saúde Mental ainda é percebida como desafio e as dificuldades e oscilações entre as práticas de saúde veemente orientadas pelo modelo biomédico com práticas curativas e medicamentosas (CARVALHO, 2016; SILVEIRA et al. 2018).

Deste modo, as estratégias de cuidado se resumem a consultas psiquiátricas prioritárias às demais consultas profissionais de curta duração, reprodutoras de modelos tradicionais e individualizantes e ao crescimento da lista de espera com o objetivo da produtividade. As intervenções coletivas são dificilmente experimentadas no cotidiano das práticas em saúde e quando ocorrem são de intuito pedagógico, geralmente em clima de preconceito que fortalecem ações pontuais, cristalizadas e biomédicas (YASUI, COSTA-ROSA, 2008; CAMATTA et al., 2018).

As situações supracitadas são reforçadas pelos entraves diários que os profissionais de saúde enfrentam em condições precárias de trabalho para realização do mínimo, improvisado e (im)possível, sob restrições de investimentos e recursos, aprisionados a agendas estáticas, aos “cuidados” de uma ineficiente gestão dos serviços de saúde e com a responsabilidade de transformar as práticas em saúde mental, e isto não colabora com o cuidado numa perspectiva psicossocial (VASCONCELLOS; AZEVEDO, 2012; SILVA, BRITO, 2015; BARBOSA, CAPONI et al., 2016).

Estes reveses legitimam o fato de que as transformações na lógica de cuidado vão além da mudança estrutural, envolvem também a formação e a prática profissional que permanecendo nesta lógica impedem a realização de uma

assistência integral à subjetividade da pessoa. Sem contar o quanto as vivências no cenário atual brasileiro são preocupantes e contraditórias aos caminhos da Reforma Psiquiátrica e Sanitária Brasileira, bem como ameaçam expressivamente a estrutura e o cuidado em saúde. Para atingir tais aspectos, muitos dos materiais produzidos apontam para atuações profissionais que busquem o estabelecimento de vínculos, o acolhimento e incentivo da responsabilização, numa perspectiva de combate a lógica do encaminhamento, principalmente e ainda, muito direcionada à hospitalização e patologização da vida (BRASIL, 2005, 2013a, 2015b; (VIANA, LIMA, 2016; SILVEIRA et al. 2018).

As práticas de cuidado pressupõem a existência de um saber prático, sucedido da experiência cotidiana das pessoas, nos encontros entre os profissionais e as pessoas. Ao se debruçar sobre as estratégias empregadas no cuidado em Saúde Mental encontra-se na literatura brasileira (ACIOLI, 2006; CHIAVERINI, 2011; JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012; BRASIL, 2013a; CAMATTA et al. 2016) possibilidades que podem (e devem) ser realizadas na AB, como os projetos terapêuticos singulares, apoio matricial, grupos terapêuticos, consultas conjuntas, visitas domiciliares, práticas integrativas e complementares, educação permanente e outras intervenções mais avançadas.

Pontua-se também que em achados recentes sobre as estratégias de cuidado em Saúde Mental (DIEZ-CANSECO et al. 2018; THIBODEAU et al., 2018; GERBALDO et al. 2018; PETERS, 2018; LEITE et al., 2018) sua maioria objetiva compreender o entendimento profissional sobre os cuidados em Saúde Mental, quais as estratégias disponíveis no nível primário de atenção à saúde, bem como testagem de tratamentos e possibilidades de acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais, dando ênfase na depressão e ansiedade.

Nota-se que os estudos brasileiros permanecem relacionados aos obstáculos no cuidado ofertado pela AB, dando ênfase a dificuldade de habilidades e conhecimento dos profissionais com a Saúde Mental, na farmacoterapia, encaminhamentos para unidades especializadas, pouca referência a grupos terapêuticos e/ou tratamentos alternativos e déficit no vínculo terapêutico. Enquanto os internacionais apontam para o uso de estratégias integradas, isto é, são propostas mais de uma intervenção aos usuários dos serviços de saúde de maneira concomitante, bem como ressaltam que as propostas em colaboração entre diferentes serviços e profissionais apresentam maior sucesso, pois oferta qualidade no cuidado, bem como evita agravo no adoecimento mental tardio.

De certa maneira, as pesquisas indicam necessidade de rever e transformar as ações e modos de cuidado em Saúde Mental, uma vez que se encontram afastadas das premissas do SUS, bem como o exercício cotidiano do trabalho na AB envolve o desenvolvimento de disponibilidade afetiva, criatividade, capacidade de acolhimento, vínculo e escuta, bem como de corresponsabilidade no cuidado (BRASIL, 2010).

É perceptível que as estratégias de cuidado em saúde mental requerem revisões e atualizações diárias, pois ao que se percebe a construção da saúde se dá nas experiências vivenciadas *nos* e *para* os territórios geográficos e existenciais. Dito isto, o presente estudo se propõe a compreender as estratégias de cuidado em saúde mental, no contexto da AB, aos olhos de representantes de uma das Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço, de uma das regiões de saúde do Estado de Santa Catarina.

METODOLOGIA

Este estudo tratou-se de uma pesquisa-ação-participante de abordagem qualitativa, por conseguinte apresenta caráter investigativo ao se propor a conhecer e problematizar a realidade, por meio desta é possível aproximar interesses acadêmicos e sociais ao valorizar diferentes conhecimentos, bem como comprometer-se com a transformação social (THIOLLENT, 1986; BALDISSERA, 2001; HEIDEMANN et al., 2017). Nesta perspectiva de ação-reflexão-ação, utilizou-se como referencial teórico-metodológico o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, por meio de Círculos de Cultura, o qual de acordo com Heidemann et al. (2017) é uma estratégia metodológica, na qual o pesquisador e pesquisado realizam discussões/reflexões sobre a realidade e, coletivamente identificam possibilidades de intervenção.

O presente estudo foi desenvolvido em uma das dezesseis Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço (CIES) do Estado de Santa Catarina, localizada na macrorregião de saúde Meio Oeste. A CIES participante deste estudo é constituída pelo Colegiado de Gestão Regional de duas Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR), composta por 20 municípios e está formada desde julho de 2009. Optou-se por esta CIES, em função da logística em realizar a pesquisa e a relação direta que possuía com o local de trabalho da pesquisadora.

Foram incluídos à pesquisa os representantes titulares, suplentes e demais profissionais, indicados pelos seus respectivos dirigentes que estiveram presentes nos dias de execução dos Círculos de Cultura e consentiram voluntariamente a participar da pesquisa. Enquanto foram excluídos da pesquisa àqueles representantes que estiveram afastados do trabalho por motivo de doença e/ou período de férias, não consentiram em participar da pesquisa e não compareceram aos encontros.

Salienta-se que a aproximação da pesquisadora com o campo de pesquisa se deu, inicialmente, quando esteve como representante do município onde atuava como psicóloga em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por um ano e meio. Deste modo, percebeu-se a CIES como um dispositivo de potência quanto a possibilidade de mobilização social porque busca ter uma atuação comprometida com o contexto social e as diferentes realidades dos municípios que a compõe. Desta forma, em julho de 2018, a pesquisadora em acordo com a articuladora do CIES, compareceu a reunião da Comissão para explicar aos seus membros a proposta da pesquisa e apresentar as razões que motivaram a realização desta, envoltas às inquietações experimentadas pela própria CIES e inquietações da Região de Saúde, entrelaçadas as vivências profissionais da pesquisadora.

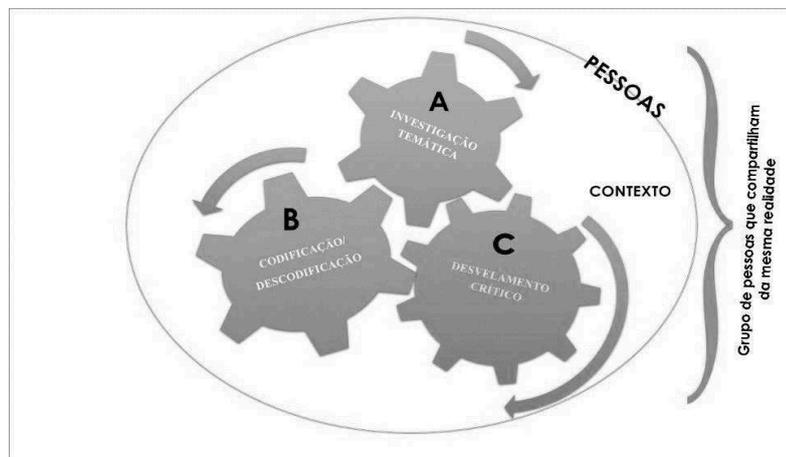
Pactuou-se com os participantes a realização dos Círculos de Cultura em conformidade com a agenda e as reuniões mensais da comissão. Em função da disponibilidade do CIES ocorreram quatro encontros, com duração aproximada de 90 minutos, no período de julho a dezembro de 2018. Os temas emergidos dos Círculos de Cultura foram registrados em diário de campo. Os encontros tiveram gravação de áudio e imagem, uma vez que estes recursos oferecem segurança ao pesquisador e possibilita o registro integral das informações.

Em função desta construção de conhecimento coletiva, não se pode dizer que para a execução dos Círculos de Cultura exista uma técnica pronta. Os momentos são específicos, consecutivos, inter-relacionais e ocorrem simultaneamente. Por meio dos temas emergidos dos Círculos de Cultura, codificação/descodificação e desvelamento de cada encontro pretende-se realizar o processo analítico sob olhar dos pesquisadores. As etapas (Figura 1) correspondem à investigação temática, a

codificação/descodificação e desvelamento crítico (GOMEZ; PENAGOS, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, ou melhor, cada momento deste estudo é representado como uma peça de engrenagem (Figura 3) que impulsiona e é impulsionada para passo seguinte, demonstrando o quanto o Círculo de Cultura requer ser um espaço dinâmico e dialógico, onde as trocas entre os participantes se concretizam, pois estes estão comprometidos e envolvidos, sobretudo, com a transformação de suas realidades a partir da interação, discussão, aprofundamento e reflexão daquilo vivido.

Figura 3 - Esquema do Itinerário de Pesquisa – Círculo de Cultura (Paulo Freire).



Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

Os momentos coletivos propostos no desenvolvimento deste estudo não possuíam uma estrutura fixa de condução, uma vez que em cada um dos passos supracitados podem emergir as temáticas que trarão os elementos que consolidaram o passo seguinte, deste modo, não havia como prevê-los. Porém, em cada encontro a fim de facilitar a sensibilização das temáticas, o diálogo e as reflexões foram utilizados diferentes dinâmicas/lúdicas com o intuito de melhorar o entrosamento entre os representantes da CIES.

A fase de **investigação temática** para levantamento dos temas geradores, ocorreu por meio de diálogos nos Círculos de Cultura norteados pela reflexão sobre a percepção individual de cada participante de sua atuação com demandas em saúde mental (potencialidades e fragilidades). Para esse momento utilizou-se como recurso de quebra-gelo a construção de um quebra-cabeça e a elaboração de painéis respondendo ao questionamento “Como vocês percebem o cuidado em Saúde Mental na AB? seguidos de um momento coletivo de discussão e reflexão.

A fase de **codificação e descodificação**, foi o de resgate dos temas geradores emergidos no primeiro Círculo de Cultura, os quais foram apresentados em forma de “Painel de Diálogo”. Elaborou-se, ainda um segundo painel, contendo as fragilidades e potencialidades do trabalho na AB a partir do quebra-cabeça, para problematização.

O momento do **desvelamento crítico**, ocorreu com a utilização de um recurso de integração e reflexão. Foram utilizados três estudos de caso baseados na realidade vivenciada na AB, sendo explorados possibilidades de reflexão do cuidado em saúde mental. Reconheceu-se estratégias e formas de cuidado pensadas e utilizadas pelos participantes, somadas à possibilidade de ações a partir dos

Círculos de Cultura. Ao final do último encontro foi realizado um momento dialógico, a fim de obter o feedback e compreender a percepção dos viventes dos Círculos de Cultura.

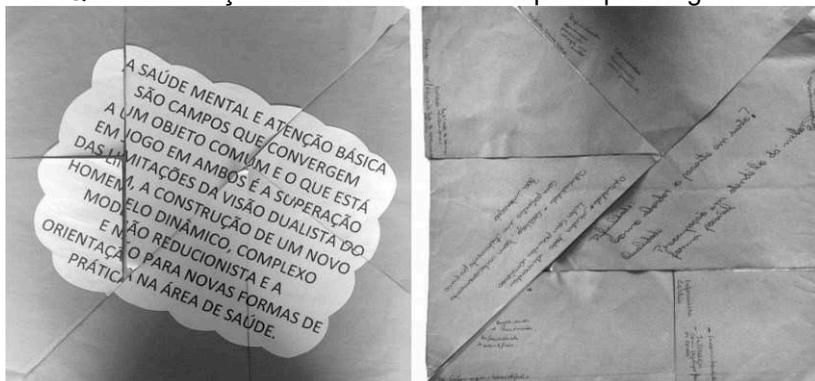
Esta pesquisa foi encaminhada para apreciação Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e encontra-se aprovada por meio do CAAE:92554218.4.0000.0121, protocolo 2.814.859. Mediante a referida aprovação deu-se início à execução desta, respeitando-se o preconizado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, todos os participantes foram convidados previamente a participarem e, se voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como se obteve o Termo de aquiescência do local para o desenvolvimento do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram dos encontros, 21 representantes, dos quais dezoito são mulheres e três homens com idades entre 25 a 49 anos, a formação/atuação em maior destaque foi a enfermagem; o profissional com maior tempo de representação municipal na CIES está há 14 anos e com relação ao tempo de trabalho na AB, o membro com maior tempo, atua há 26 anos.

Os Círculos de Cultura foram conduzidos em uma lógica de diálogo em subgrupos, e posteriormente no grupo maior. O primeiro Círculo de Cultura, propriamente dito, foi norteador por dois questionamentos “*Quais eram as dificuldades e potencialidades [individuais] percebidas na prática de cuidado em Saúde Mental na AB?*” e “*Como percebiam o cuidado em Saúde Mental na AB?*”.

Figura 4 - Quebra-cabeça utilizado como recurso para quebra-gelo.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

No processo de investigação temática foram construídos três quebra-cabeças, apenas de cor diferente, cada participante recebeu uma peça onde no verso deles responderam ao primeiro questionamento. Posterior, solicitou-se aos participantes que se agrupassem conforme a cor do quebra-cabeça para discutirem acerca da frase que este formava (Figura 4).

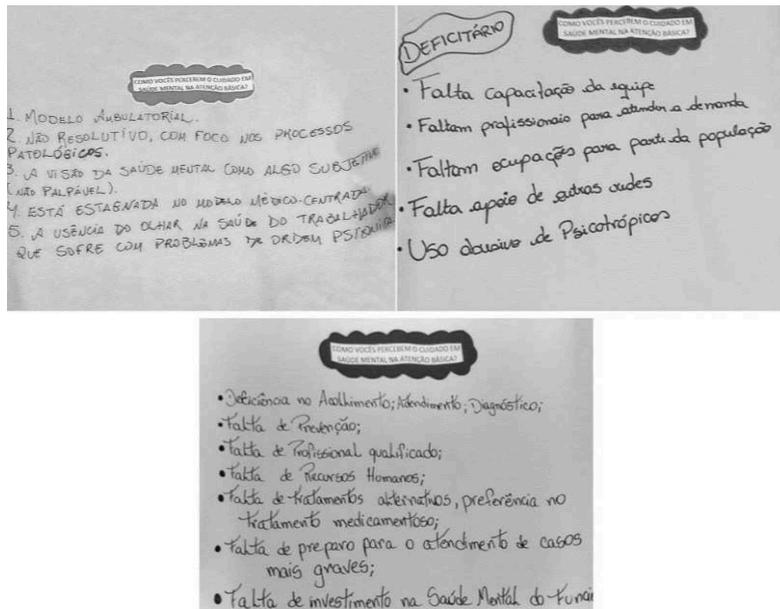
Assim, o coletivo ficou agrupado em subgrupos para dar continuidade no diálogo sobre os cuidados em saúde mental. Salienta-se que as dificuldades e potencialidades foram compiladas e, tais singularidades profissionais foram aprofundadas no encontro seguinte.

Deste modo, é possível perceber como a investigação temática trata-se de um momento carregado de emoções e sentimentos. Monteiro e Vieira (2010) afirma que os Círculos de Cultura nos colocam em numa posição de percepção de que “não se

está sozinho”, e que quando se está aberto ao diálogo, a escuta e ao compartilhamento com outro, acaba-se por ensinar e aprender com ele, consigo e com a realidade experimentada.

O quebra-cabeça formava uma frase (Figura 4) relacionada a temática central do Círculo de Cultura e assim, propôs-se que, através da reflexão no subgrupo, posterior no grupo maior, os profissionais-participantes direcionassem sua atenção ao segundo norteador deste Círculo “como eles têm percebido o cuidado em saúde mental na AB” e a partir disso, elaborassem painéis (Figura 5) revelando suas percepções.

Figura 5 - Painéis construídos no Círculo de Cultura sobre o cuidado em Saúde Mental na AB.



Fonte: Elaborado no Círculo de Cultura (agosto, 2018).

De qualquer forma, é possível observar que os participantes possuem uma visão negativa do cuidado primário em Saúde Mental, sobretudo, trazem a falta de recursos de todos os aspectos e, isto parece afetar na operacionalização deste cuidado. Percepção vinculada também a um entendimento destes profissionais de que, embora, as mudanças advindas das Reformas, Psiquiátrica e Sanitária, a saúde mental, com destaque, é de difícil apreensão como condução, ainda, médico-centrada e patologizante.

O Círculo de Cultura permite que diferentes temas sejam abordados, discutidos codificados e decodificados, mas algumas temáticas acabam tendo maior relevância às necessidades do grupo, deste modo, os temas foram organizados conforme estas necessidades e considerados como fundamentais para a condução do estudo e para o desvelamento.

Assim, emergiram no momento de investigação temática, primeiro Círculo, um total de 41 temas geradores entre as percepções individuais e coletivas; codificados e decodificados em 28 temas, os quais foram aprofundados e solicitado ao grupo que elessem aqueles de maior interesse, reduzidos a 3 temas geradores centrais, os quais evidenciam as reais necessidades dos participantes: a falta de conhecimento científico para lidar com as doenças mentais; instrumentalizar profissionais e instrumentalizar a família. Dentre estes temas, será dado destaque,

neste estudo, a instrumentalização dos profissionais e a relação com as estratégias de cuidado em Saúde Mental utilizadas por estes profissionais no contexto da AB.

A instrumentalização dos profissionais e as estratégias de cuidado em Saúde Mental

Por instrumentalizar entende-se a necessidade de tornar algo operacional, ou melhor, possibilitar condições e/ou instrumentos para que algo se realize. Deste modo, quando os profissionais-participantes destacam a instrumentalização dos mesmos para cuidado em saúde mental na AB, direciona a reflexão ao sentimento de despreparo que vivenciam e trouxeram ao longo do processo dialógico. Ainda, os participantes relacionaram a instrumentalização a necessidade deles em como realizar o acolhimento da demanda e a um “passo a passo” para realização do cuidado em saúde mental.

Não é incomum na prática em saúde a utilização de cartilhas, protocolos, fluxogramas, entre outras estratégias para agilizar e tornar o processo de trabalho mais operacional, padronizado e resolutivo. Por outro lado, a utilização rotineira destes recursos é risco de engessar o processo de trabalho, por não considerar o usuário em sua individualidade. A pessoa que procura o serviço de saúde, a procura “carregado” de sua história, suas relações sociais e culturais, isto é, também é parte do próprio cuidado, e desta forma, será na forma de acolhida, responsabilização, tomada de atitude e interação entre o profissional e usuários que se produzirá cuidado (PESSOA, 2011; AGONIGI et al. 2018).

O ato de cuidar não pode ser reduzido à execução de procedimentos/protocolos, deve envolver acolhimento, escuta e vínculo e, isto aponta a contradição dos pesquisados ao mencionarem junto a necessidade de um “passo a passo” a necessidade, também, como realizar o acolhimento das demandas em saúde mental. Por acolhimento, existem diferentes entendimentos, e aqui propõe-se compreendê-lo, além de ser um aspecto que compõe as diretrizes da Política Nacional de Humanização, como postura e prática nas ações, favorece a construção de uma relação humanizada entre usuários e equipes de saúde, isto é, acolhimento é para além da recepção da demanda, é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde (BRASIL, 2010; PESSOA, 2018).

Fernandes et al. (2018) em seu estudo sobre as práticas de cuidado em saúde mental, no contexto da AB, na literatura científica nacional, identificou que um dos desafios enfrentados no cuidado em saúde mental se trata da falta de acolhimento, o qual atrelado ao vínculo, são considerados fundamentais para a assistência ao usuário em sofrimento psíquico e seus familiares na AB. De acordo com Silva Filho e Bezerra (2018), o acolhimento garante a integralidade do cuidado, assim, representa encontro vivo em ato, é resultado de compromisso e disponibilidade do profissional e também do usuário, ou seja, acolhimento é mais que recepção, triagem e realização de encaminhamento sem adequada avaliação.

Os participantes, ao longo dos encontros, mesmo com as dificuldades enfrentadas diariamente na Saúde, destacaram algumas estratégias utilizadas em seu cotidiano. Alguns mais ativos nas intervenções em saúde mental, outros menos, mas com informações acerca das estratégias realizadas em seus municípios. Relaciona-se este distanciamento da Saúde Mental, percebido nos participantes com a falta de conhecimento e segurança na identificação e manejo dos casos de Saúde Mental, como também pouca afinidade a demanda, muito provavelmente, resultante de experiências profissionais não resolutivas dos mesmos.

Foi dado destaque pelos profissionais-participantes a realização de atividades coletivas (grupos, oficinas), algumas destas atividades grupais relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares (PICS), educação continuada, uso de psicofármacos, intervenções clínicas (consultas médicas e psicológicas). Para auxiliar no processo de tomada de consciência e atitude, a pesquisadora propôs aos representantes estudos de casos, baseados nas demandas de saúde mental na AB, alusivo a um momento de apoio matricial.

Destaca-se que foi questionado aos profissionais se eles realizavam momentos de estudo de casos em Saúde Mental, constatou-se que poucos manifestaram efetivação das reuniões de matriciamento. De acordo com Camatta et al. (2016), o apoio matricial proporcione melhor comunicação entre os profissionais, aumento na corresponsabilização e fortalecimento do vínculo e a superação de práticas medicalizantes dos usuários, de certa forma, legitima a necessidade de reorganização dos processos de trabalho na saúde. Mas, a partir da identificação das problemáticas nos estudos de caso fictícios, os pesquisados propuseram intervenções baseadas em suas vivências, somada às estratégias referidas, sugeriram com maior frequência, visitas domiciliares e encaminhamentos a rede de atenção à saúde e seus apoiadores (serviços da Educação, Assistência Social, entre outros).

A realização de atividades grupais foi pontuada como ferramenta de cuidado mais executada, contudo, notou-se simplificação das suas possibilidades, uma vez que os representantes reforçam a ideia de que se não houver grupos sendo realizados, as filas perduram. Em conformidade a estas falas, reconhecesse a importância de os profissionais identificarem os grupos como espaços terapêuticos muito além de redutores de filas, mas como uma possibilidade de oferta do serviço, bem como um ponto da rede social tão substancial ao cuidado, como as consultas e demais procedimentos. O grupo trata-se de uma possibilidade de trocas dialógicas, de compartilhamento de vivências e melhoria na qualidade de vida individual e coletiva. Através dos laços estabelecidos, das ofertas e finalidades dos grupos o sujeito é capaz de ampliar suas habilidade e autonomia, aspectos relevantes àqueles em sofrimento psíquico deveras vistos como incapazes (BENEVIDES et al., 2010; BRASIL, 2013).

Os participantes demonstraram inquietações frente às atividades coletivas realizadas com pessoas com diferentes diagnósticos, pois foi trazido à discussão a possibilidade e viabilidade de agrupar os usuários de acordo com seus diagnósticos clínicos. Procurou-se provocar a reflexão quanto a categorização porque para a construção de grupos em saúde mental devem ser evitadas tipologias e abordagens, pois o grupo é um lugar de encontro entre pessoas e de permanente produção de si e do mundo. Mas, para isso, é primordial aos profissionais não enclausurar o sofrimento ao diagnóstico (BRASIL, 2013).

Abaixo as falas dos participantes ilustram algumas das atividades coletivas realizadas.

Temos um grupo que trabalha com mulheres e vários assuntos. Participa a psicólogo, assistente social, educadora física, o NASF. Está bem legal. Ninguém desistiu. É quinzenal, com dinâmicas, passeios. O intuito do grupo é diminuir a medicação delas (R7).

A gente tem também, eu não sei como está porque eu não conheço o grupo. Mas, teve oficina com aquelas almofadinhas com sementes, de chás, tinha yoga no grupo. Esse ano tem dança [...] tem psicólogo, fisioterapeuta. A nutricionista faz oficina de culinária e chás, ela ensina as propriedades para acalmar, dormir melhor (R9).

Alguns profissionais relataram que realizam grupos operacionais, optando como recursos oficinas de dança, culinária, artesanato e uso de chás. De acordo com Leal e Muñoz (2014), os grupos ajudam a pessoa a compreender a sua experiência de vida, amparada pela troca com pessoas em vivências semelhantes e com a equipe, mas é importante que se tenham critérios e finalidades previstas pela equipe de saúde ao envolver os usuários nessa construção. Os participantes descreveram que o público de seus grupos eram em sua maioria mulheres, em sofrimento psíquico e em uso de medicamentos, deste modo, os grupos tinham como um de seus objetivos reduzir/conscientizar sobre uso do abusivo de psicotrópicos. Contrapondo a ação realizada, os profissionais colocam que é comum a entrega de receitas médicas nestes grupos, logo são utilizadas como “moeda de troca”.

As PICs foram mencionadas pelos profissionais-participantes como recursos utilizados em alguns dos municípios, bem como a realização de passeios e outras atividades coletivas, contudo, sem explicações. Como expõe Brasil (2015), no campo das PICs utiliza-se de recursos terapêuticos que envolvem abordagens de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes, seguras e naturais. O acesso a estas práticas têm sido ampliado pelo Ministério da Saúde, principalmente após a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Mesmo sendo ações transversais nos diversos pontos de atenção, desenvolvem-se prioritariamente na AB.

Reforçam Carvalho e Nóbrega (2017) que a implementação das PICs é desafiadora, tanto pelo fato desta ocorrer de maneira desigual no país, bem como em função da escassez de recursos humanos capacitados, financiamento insuficiente, espaços para o desenvolvimento de novas práticas e ainda a lógica biomédica em evidência. Apesar disso, as PICs foram uma das possibilidades de cuidado em saúde mental citadas pelos participantes, pois se trata de estratégias que consideram o sujeito em seu contexto social de forma ampla e holística. As PICs são possibilidades importantes nesse cuidado, podendo potencializar as ações de SM desenvolvidas no nível primário de atenção à saúde.

Em contraposição ao cuidado integrativo, o uso exagerado e oneroso dos psicotrópicos foi uma das práticas apontadas, mas também vista como uma preocupação dos profissionais-participantes, pois se tem observado um aumento significativo no consumo, muitas vezes, indevido e prolongado. Não se pode negar que os psicofármacos são recursos importantes no cuidado do sofrimento psíquico, entretanto, a razão para a prescrição do seu uso se encontra banalizada, e o uso deste só fará sentido quando contextualizado por meio do vínculo e da escuta (BRASIL, 2015; MEDEIROS et al. 2018).

Por esta razão, faz-se mister que os profissionais, conduzam a população de seus territórios a refletirem sobre o uso racional destes medicamentos, mas primeiramente também reflitam como eles mesmos têm conduzido a prescrição e orientação desta estratégia. Como argumenta Jorge (2014) os psicofármacos devem ser considerados como parte das estratégias terapêuticas, devendo existir critérios e atenção aos prejuízos que o uso indiscriminado pode acarretar, principalmente, porque os medicamentos utilizados têm atividade sintomática, isto é, interromper o ciclo de um adoecimento ou minimizar o sofrimento, deve ser utilizado como um dos recursos para o cuidado em saúde mental, algumas vezes serão recursos complementares, outras vezes inúteis.

Ainda, a decisão sobre o uso dos psicofármacos deve ser discutida entre profissional-usuário (riscos e benefícios); não deve ser imposta, tampouco tratada

como principal recurso para a melhoria da qualidade de vida do mesmo. Entretanto, esta atuação de empoderamento, corresponsabilização e parceria pouco é constatada nos serviços de saúde, os quais apresentam grande responsabilidade no uso irracional de psicotrópicos tão condenado atualmente. Os profissionais de saúde requerem incluir à produção de cuidado o incentivo a autonomia dos usuários, o que muito difere do cuidado produzido pautado em uma postura médico-centrada ainda vigente no âmbito da saúde brasileira (SILVA FILHO; BEZERRA 2018).

Os profissionais-participantes trouxeram à tona no Círculo de Cultura o trabalho do NASF, mas ressaltando fragilidades. O NASF foi proposto pela Portaria nº 154 em 2008, constituído por profissionais de distintas áreas do conhecimento que atuam em articulação com as Equipes de Saúde da Família e em função disso, realizam intervenções em diferentes situações, tendo como atividade central o matriciamento (CORREIA et al. 2017).

Ao que se percebe, algumas equipes de saúde não visualizam as equipes de NASF como pertencentes da mesma equipe, desta forma, surgem os entraves na comunicação, na articulação de ações conjuntas e intersetoriais, frente a uma visão fragmentada de especialidades, pois percebeu-se que em diferentes momentos os participantes ressaltaram esta equipe como “ferramenta” para intervenção coletiva. Tal condição pode comprometer a qualidade e a eficiência da produção do cuidado, tanto na questão de Saúde Mental como além dela. A corresponsabilização vivenciada pelas equipes de saúde e NASF tem como objetivo contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, da ampliação da clínica e da capacidade de análise e intervenção sobre as necessidades de saúde (BRASIL, 2015; MELO; BARBOSA, 2018; BROCARDI et al., 2018).

Alguns dos participantes, durante o diálogo e demonstrado pela fala R3, pontuaram a importância do profissional da psicologia, presente na formação do NASF na maioria dos municípios, em contraposição às poucas horas de trabalho ou a escassez desta categoria no quadro de funcionários municipais, ilustrado na fala de R4. Tal percepção reforça a ideia de que, por estes serem especialistas em Saúde Mental, são unicamente responsáveis pelo cuidado.

De acordo com o estudo de Oliveira et al. (2017), a atuação do psicólogo no contexto da AB e NASF, apresenta muitos desafios, principalmente, quanto à adequação das suas práticas ao SUS, em confronto ao modelo biomédico de atenção à saúde. Ainda que seja previsto uma atuação da Psicologia para além da prática clínica, o psicólogo ainda realiza atividades que fogem às principais diretrizes preconizadas para o NASF, segundo os autores, muitas vezes, devido a visão tradicional dos gestores sobre o papel deste profissional, como os próprios profissionais-participantes deste estudo mencionaram, atrelado ao fato de equipes de NASF funcionarem como ambulatórios de especialidades.

A gente sabe que a missão do NASF não é só saúde mental, é generalizado, que tem que dar suporte às equipes. Mas, a presença do psicólogo vem pra somar [...] (R3).

Falo pelo nosso município. Ter no Nasf um psicólogo 20h, vai fazer o quê? Ele é o clínico, é do Nasf e o mesmo que faz o grupo. Ele não consegue tudo isso. E os que são [usuários] encaminhados para a psicologia ficam seis meses a um ano na fila (R4).

Apesar deste entendimento ainda reducionista de quais os profissionais responsáveis pelo cuidado em Saúde Mental, percebeu-se um movimento de (re)pensar a produção de cuidado em saúde mental. Dois profissionais-participantes, R4 e R5, relataram movimentos internos de seus municípios que por meio de

diálogos com a gestão, colegas de trabalho e outros componentes da rede de saúde, avaliaram o quanto o cuidado ao paciente tem sido oneroso e pouco resolutivo. Mencionaram também o quanto algumas capacitações em saúde mental “fogem” do manejo e hoje este é algo visado por este grupo de profissionais.

A gente se reuniu em nosso município, médicos, enfermeiros e vários profissionais, justamente pensando na saúde mental. Temos uma fila enorme esperando pra psicologia, um gasto de 70 mil reais só em psicotrópicos. Nós temos dois dias que o médico fica só pra fazer receita para pacientes e não resolve o problema (R4).

O que a gente está fazendo, é um trabalho articulado, educação continuada com todas as equipes. Agora no setembro amarelo a gente vai trabalhar com treinamento de todos os profissionais (R5).

É inegável que a complexidade das situações clínicas e psicossociais, em Saúde Mental na AB, exigem aos profissionais suporte técnico contínuo para uma atuação mais efetiva, inclusive porque esta qualificação pode dificultar o aprisionamento em saberes únicos (CARVALHO, 2014). Entretanto, os participantes não recordaram ou mencionaram a Educação Permanente como “espaço” para (re)pensar o seu saber-fazer na AB e também possibilidade de prática interventiva em Saúde Mental realizada em seus municípios.

Este aspecto demonstra o quanto as políticas de saúde brasileiras estão fragilizadas. A EP é ferramenta crucial pois possibilita aos trabalhadores a ressignificação do cuidado, a discussão teórica, a troca de experiências, o compartilhamento de fragilidades e potencialidades de suas vivências. A EP atrela qualidade à assistência, proporciona diálogo entre a equipe, possibilita mudança na realidade e na construção de estratégias de intervenção eficazes, além de possibilitar a valorização e o reconhecimento do trabalhador, assim como suporte para que possa lidar melhor com a sobrecarga emocional e o desgaste gerado pelo trabalho (DIMENSTEIN et al., 2012; LEAL, MUÑOZ, 2014).

De maneira indireta, os estudos de caso, discutidos no último Círculo de Cultura, auxiliaram na reflexão sobre o diagnóstico, visualizado nas falas de R1 e R11 ao considerar que existe história de vida e outros problemas de saúde, além da saúde mental. Isso se deve ao fato de que aqueles em sofrimento psíquico sejam reconhecidos como cidadãos com direito de buscar ajuda quando avaliarem necessário, de dispor de uma rede de atenção com diferentes serviços e que não tenham seus destinos selados por um diagnóstico resumido a um modo de atenção pautado no isolamento e no cuidado tutelar (BRASIL, 2015).

Esse paciente é hipertenso, é mulher, engravida entende? Fuma... Ele é tudo, tem doença mental, ele tem um monte de outras coisas (R1).

Abordagem a gente colocou como manejo mesmo, de estar acolhendo, ouvido esse paciente. Às vezes o paciente chega e não é verificada pressão, temperatura, nada... Abordagem mesmo que é feita quando chega a unidade. Não se tem escutado esse paciente (R11).

Procurou-se expor aos participantes, na atividade coletiva proposta, que a percepção de sinais/sintomas podem ser um indicativo importante para traçar um plano de ação, desta forma, não sendo necessariamente importante encontrar tipologias e classificações diagnósticas. Não obstante, na contemporaneidade, tem sido comum a interpretação e transformação errônea do sofrimento emocional recorrente, assim como alguns comportamentos, em doenças, isto é, a vida tem sido medicalizada e patologizada.

Pontuar estes aspectos, não significa desconsiderar avações e funcionalidades, médicas e farmacológicas, entretanto, não há como não evidenciar a banalização do adoecimento mental o uso indiscriminado de psicofármacos, diagnósticos e prognósticos injustificados, afetando consideravelmente, a qualidade de vida das pessoas. É preciso refletir, para além do contexto da AB, a partir de práticas acolhedoras, preventivas e promotoras de saúde, uma perspectiva de continuidade no cuidado pautada na intersectorialidade. Assim, será possível reduzir a segregação, o estigma e preconceito que persistem (SILVEIRA;NUNES,2015; SILVA; BRITO, 2015; ZANELLA et al., 2016).

Somado a tais aspectos, os diálogos reforçaram as dificuldades enfrentadas na AB com relação ao cuidado em saúde, não somente na questão de Saúde Mental. Pontuam R5 e R6 sobre as dificuldades intersectoriais, quanto a comunicação e o desconhecimento sobre o fazer do outro, e o quanto isto impacta na resolução das situações.

Se eu soubesse para onde encaminhar não teria essa dificuldade, não tem referência (R12).

Lá também, tem Caps, o paciente é encaminhado, passa por avaliação médica, e encaminham para neurologista. Tá mas, a equipe toda avaliou? A psiquiatra até chegar nessa conclusão? Não só na consulta a gente avaliou. Daí manda o paciente embora, o paciente surta, e surta de novo (R5).

Corroborando esta reflexão sobre as condutas profissionais, pensadas e compartilhadas pelos profissionais-participantes no desenrolar do último encontro, os mesmos deram destaque à importância de uma investigação das circunstâncias em que vivem o usuário em sofrimento e sua família através das visitas domiciliares, as quais possibilitariam a identificação das questões sociais percebidas como influentes no adoecimento, assim, poderiam acionar os dispositivos da Rede de Atenção à Saúde, como Centros de Referência em Assistência Social ou Conselho Tutelar, a fim de encontrar a melhor resolução para o problemática de saúde. Embora, os representantes identifiquem, pelas falas supracitadas, a fragilidade desse contato intersectorial.

Este movimento de acionar a rede, revela a cotidiana prática de encaminhamento exclusivamente. Entretanto, foi possível identificar através da discussão proposta no último encontro que, de maneira geral, os participantes demonstram a percepção sobre a importância de avaliar as condutas e prescrições de atividades, medicamentos e também refletir sobre os encaminhamentos. Reconheceram a importância de solicitar avaliação e conduta médica quando em situações clínicas, além dos problemas de saúde mental; propuseram a possibilidade de encaminhamento ao atendimento psicológico, se disponível, ou para o NASF com intuito de proporcionar o acompanhamento domiciliar da família e participação em atividades grupais não afastando as problemáticas da AB.

Ressalta-se que não houve concordância, entre os representantes, quanto a validade da oferta e estímulo de atividades grupais no contexto da AB para Saúde Mental, legitimando um entendimento restrito sobre as atividades coletivas e suas potencialidades, como afirma Bulhões et al., (2015) ao possibilitar o fortalecimento do protagonismo, da participação e produção de múltiplas vozes e saídas. Também houve discordâncias quanto ao encaminhamento, enquanto alguns acreditavam ser a conduta adequada era encaminhar usuário/família ao CAPS e NASF, eximindo a AB da continuidade do cuidado, como coloca R11 acima e R10 e R5 abaixo, faz-se preciso perceber que além do sujeito apresentar algum problema de ordem mental o

mesmo também pode apresentar outros aspectos importantes que influenciam no agravamento de sua saúde e/ou na melhora desta.

Às vezes não tem nem o vínculo. Aquela questão socioeconômica, aquilo por trás da doença não é investigada, não é vista como fatores precipitantes, o que pode ter sido o gatilho que desencadeou a crise, ou o que está levando para aquilo [...] (R5).

O papel da AB é abraçar a doença mental, como abraça a hipertensão e diabetes, está nos nossos dias e abraça com toda força e empenho, para caminhada, pra grupo, para medicação, etc. A gente não abraça o doente mental e sim “é onde eu encaminho?” Tu vê um pouco de mudança no comportamento do profissional na ponta, na base (R10).

Emergiu nos Círculos de Cultura a discussão acerca do internamento hospitalar e a falta de integração deste com AB. Ressalta-se que os profissionais pontuaram recorrer a esta estratégia em situação de crise. Considera-se uma reflexão importante em relação ao cuidado, pois acreditava-se na permanência da crença da necessidade de hospitalização diante a atenção à crise e/ou qualquer situação de saúde mental. Ao que parece, apesar de ainda enfrentarmos desafios para desinstitucionalização, os profissionais ressignificaram seu entendimento quanto a hospitalização, visualizando-a como uma das alternativas, e ressaltando a importância da integração entre os componentes da rede, visto que evidenciam como dificuldade a falta de comunicação entre os serviços, principalmente, frente a uma alta hospitalar, uma vez que se o usuário/familiares não informar a AB tendem a ficarem desassistidos.

Como mencionado anteriormente, foi referida a dificuldade de integração entre os serviços que compõem a RAPS, entraves na compreensão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), das particularidades de cada, serviços, na demanda, nas atribuições, resultando em obstáculos na articulação e trabalho contínuo. Conquanto, a Rede de Saúde prevê que os pontos de atenção sejam integrados e ofereçam uns aos outros apoios técnicos, logístico e de gestão, buscando garantir assistência contínua e integral a população.

Deste modo, a comunicação é ferramenta importante para garantir um atendimento integral em saúde, entretanto, profissionais, usuários e familiares não dialogam. Frente a esse desafio, recorda-se que a AB é responsável por coordenar os fluxos do sistema de saúde, mas em função dos seus desafios cotidianos, tanto a comunicação quanto o trabalho em rede encontram-se falhos, assim, tornar-se difícil garantir que os sujeitos em sofrimento psíquico circulem pelos serviços, pela comunidade e pela cidade (SILVA; ROCHA, 2013; AOKI et al., 2017).

É comum na prática profissional as dúvidas sobre as situações cotidianas, sobre quais intervenções são eficazes e apropriadas em saúde mental. Contudo, a ausência de um saber técnico específico não determina que uma intervenção em saúde mental estará equivocada. As intervenções em saúde mental na AB podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde, pois deve ser concebida na realidade do território através das singularidades e da relação de vínculo entre as equipes (BRASIL, 2015).

Os profissionais de saúde, para intervir em saúde mental, não precisam ir além daquilo que já lhes é demandado na AB como as estratégias propostas em alguns estudos e políticas (ACIOLI, 2006; CHIAVERINI, 2011; JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012; BRASIL, 2013a; CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2016) e/ou aquilo que os próprios representantes pontuaram realizar, como grupos terapêuticos, consultas conjuntas, visitas domiciliares, a educação permanente, entre outras possibilidades.

Entretanto, é importante que, de fato, as incorporem na prática diária, o que tem acontecido de forma tímida e limitada.

Ainda, cabe aos profissionais de saúde perceberem, ressignificarem e aprimorarem as estratégias de cuidado quando estas deixam de alcançar os propósitos pelas quais foram implementadas, e/ou quando não valorizam ou não consideram as subjetividades das pessoas e territórios, isto é, ocorrem no intuito de diminuir filas, satisfazer vontades políticas da gestão e/ou para cumprir metas e atingir indicadores de saúde. É imprescindível que as intervenções em Saúde Mental considerem as pessoas/famílias/comunidades como sujeitos de sua própria história, de sua experiência em adoecer, das alternativas que construiu para lidar com o sofrimento e as suas singularidades (LEAL, MUÑOZ, 2014; BRASIL, 2015).

A partir destes encontros dialógicos, os participantes se propuseram a ressignificar e propor transformações em sua realidade a partir de alguns apontamentos trazidos ao longo dos Círculos de Cultura. No Itinerário de Paulo Freire, este processo de reflexão para ação se trata do **desvelamento crítico**, este permite que a realidade se mostre repleta de novas possibilidades, oportuniza a consolidação e socialização de propostas coletivas que a transformam continuamente, visto que o Círculo de Cultura é um processo dinâmico.

Como o último encontro foi envolvido com as discussões sobre exemplos de casos clínicos, dando destaque ao desconhecimento técnico sobre as doenças, a temática foi sendo desvelada pelos profissionais-participantes, ilustrada na fala de R1, ao afirmar que enquanto trabalhadores da AB eles precisavam encontrar estratégias de cuidado para Saúde Mental, na mesma proporção que pensavam para outras problemáticas de saúde. Ainda, a tomada de consciência de uma articulação verdadeira entre AB e NASF frente a demanda de saúde mental com menor gravidade, objetivando reduzir os encaminhamentos, fortalecer os vínculos entre serviços/pessoas/profissionais e conseqüentemente, aliviar demandas/serviços.

O que a gente faz aqui? É conduta médica, fila, é consulta com psicóloga? Se é aqui [AB] a gente tem que buscar estratégias. Se é para erradicação de poliomielite, é vacina. Pra saúde mental é aumento de carga horária de profissional? É o quê? (R1).

Nesses casos mais leves, a participação e colaboração entre AB e Nasf, para trabalhar esses pacientes em grupo para não precisar encaminhar, para eles terem um suporte e um vínculo para saber voltar. Eu acho que também desafogaria os nossos serviços (R10).

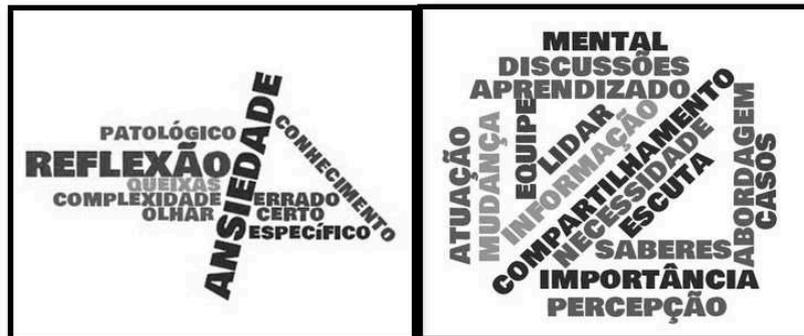
Os participantes também reconheceram a necessidade da articulação entre os componentes da Rede de Saúde, eles demonstram que têm vivenciado o descaso de alguns dos componentes da rede, bem como de seus apoiadores, como a educação e assistência social. Os profissionais e serviços veem-se solitários no cuidado prestado ao usuário em sofrimento psíquico na AB e uma rede intersetorial precária. Contraditório, pois na realidade, a RAPS foi pensada para transformar a lógica do encaminhamento em corresponsabilização, possibilitando o acompanhamento do usuário pelos profissionais em diferentes serviços (COSTA et al., 2012).

Pedrosa e Moreira (2017) corroboram esta precariedade da rede, quando afirmam que se notam serviços centrados em si, distantes de um trabalho articulado, com pouca comunicação entre si, divergências entre o que cabe aos diferentes setores e por fim, tornam o sofrimento psíquico em demanda judicial. Ou ainda, como descreve em seu estudo Macedo et al. (2017) a existência de vazios

assistenciais em saúde mental, uma vez que certas regiões do país que, com exceção de alguns dispositivos da atenção primária, não contam com nenhum outro ponto da RAPS, funcionando com uma estrutura mínima.

Diante dos fatos, o desafio de concretizar a RAPS como rede de fato, persiste, afinal, ainda se vivenciam interações descoordenadas, intervenções e ações isoladas e usuários circulando entre os diferentes serviços sem resolução. Mas, acredita-se que quando os participantes percebem estas fragilidades na produção do cuidado, há entendimento de que há possibilidade e necessidade de mudança.

Figura 6 - Representação gráfica da dinâmica “o que eu deixo, e o que eu levo?” (*feedback*).



Fonte: Elaborado pela autora, *feedback* dos Círculos de Cultura (novembro, 2018).

Ainda, o desvelar ocorre quando os participantes-profissionais se percebem refletindo que para executarem melhor as intervenções de cuidado em Saúde Mental, seria ainda importante aprofundar seus conhecimentos em outras fontes, visto que o Círculo não daria conta. Como contribuição para esta continuidade no estudo, a pesquisadora compartilhou materiais e cursos direcionados ao tema gerador.

O que legitima esta futura postura profissional é o *feedback*, ilustrado pela Figura 6, trazido por aqueles presentes no último encontro, através da dinâmica “o que eu deixo e o que eu levo?” dos encontros, apontando a necessidade e interesse na continuidade do aprendizado e a busca por mais conhecimento, reforçando que a experiência e o conhecimento possibilitado pelos Círculos de Cultura serão aprofundados.

Também houve desvelamento importante quando os participantes dos Círculos de Cultura refletem que o espaço do CIES é também espaço de discussão, reflexão, planejamento e ação, levando ao entendimento da mediadora que os representantes passariam a aprofundar algumas temáticas importantes às necessidades da região de saúde.

A atividade foi desenvolvida conforme o planejado e pactuado com a gestão do CIES e seus participantes. No entanto, algumas limitações foram encontradas no percurso do estudo, dentre elas a necessidade da realização de um maior número de encontros (aspecto inviabilizado devido ao cronograma da CIES), envolvimento de todos os participantes nos momentos dialógicos e as expectativas iniciais dos profissionais quanto à realização de uma capacitação em saúde mental.

CONSIDERAÇÃO FINAL

Por meio do Método de Paulo Freire pode-se identificar que os profissionais, participantes desta pesquisa, atuantes no contexto da Atenção Básica, encontram-

se inseguros quanto a falta de conhecimento técnico e as condutas a serem tomadas diante das demandas em saúde mental.

Contudo, mesmo existindo receio quanto ao manejo em saúde mental, os integrantes dos Círculos de Cultura revelaram realizar intervenções e ações que buscam ir ao encontro do processo de trabalho da AB, como atividades coletivas, práticas integrativas e complementares, visitas domiciliares, educação continuada e permanente, discussão de casos e algumas destas, com os grupos terapêuticos proporcionavam suporte emocional às pessoas em sofrimento psíquico há algum tempo. Mas, é sabido que mesmo com os movimentos sociais, as lutas diárias e os desafios enfrentados, os entraves encontram-se na efetivação das linhas de cuidado em Saúde Mental, até porque, em alguns momentos, as intervenções propostas vão de encontro às formas de cuidado compatíveis e fortalecedoras da Luta Antimanicomial, como foram citadas os encaminhamentos recorrentes, o uso indevido de psicotrópicos, atendimentos exclusivamente clínicos, entre outros.

Contudo, por meio dos encontros dialógicos os participantes perceberam-se “falhos” em algumas condutas, como a escassez de reuniões de matriciamento, truncamento na comunicação intersetorial, dificuldades com a elaboração de planos terapêuticos que considerem as necessidades (e vontades) dos usuários do serviço. Soma-se a tais aspectos os desafios atrelados à falta de recursos humanos, de envolvimento, incentivo e interesse da gestão, assim como, um fazer cristalizado, isto é, embora reconheçam a relevância de estratégias de cuidado dinâmicas, acolhedoras e criativas, percebe-se os profissionais sob pressão para serem resolutivos, e diante disso, tornam-se práticos e mecânicos.

A expectativa estava direcionada a um “passo a passo” seguro, mas ao longo das discussões assimila-se que mesmo na existência de protocolos, cartilhas, manuais e das próprias Políticas de Saúde que citam as diferentes estratégias/instrumentos para intervenção em saúde mental na AB, as situações em saúde mental ocorrerão de diferentes formas, em realidades distintas que legitimam que as práticas de cuidado em saúde devem ter como prerrogativa a execução de um trabalho em equipe compartilhando também com a rede, onde as situações sejam contextualizadas e dialogadas a partir de suas singularidades.

Em decorrência desta análise reflexiva possibilitada pelos Círculos de Cultura, os participantes desvelaram criticamente a importância de agregarem à sua prática a discussão de temáticas/demandas consideradas relevantes para a região de saúde, legitimando o espaço da CIES e das possibilidades da educação permanente. Ainda, se comprometeram em dar continuidade na busca por conhecimento em Saúde Mental, e assim, as transformações das ações de saúde em seus territórios. Isto se deve à necessidade de debates permanentes sobre saúde mental e possibilidade da redução do preconceito e estigmatização ainda presentes.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública. **Enferm UERJ**:Rio de Janeiro, n.14.v.1, p.21-6, 2006.

AGONIGI, Regina Cavalcante et al . A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 6, p. 2659-2665, 2018.

ALBURQUERQUE, I.N. *et al.* **Estratégias para gestão da saúde mental em Fortaleza**: a visão dos coordenadores dos centros de atenção psicossocial CAPS do município de Fortaleza. Redenção, 2014.

AMARAL, C.E.M *et al.* Matrix support in Mental Health in primary care: the effects on the understanding and case management of community health workers. **Interface (Botucatu)**.v..22,n.66, p.801-812,2018.

AOKI, M. *et al.* Desafios do cuidado em rede na percepção de preceptores de um Pet Redes em relação à pessoa com deficiência e bebês de risco: acesso, integralidade e comunicação. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v.25, n.3, p.519-532, 2017.

AYRES, J.R.C.M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17.n.1.p, 43-62, 2007.

BARBOSA, V.F.B., CAPONI, S.N.C., VERDI, M.I.M. Mental health care, risk and territory: crosscutting issues in the context of safety society. **Interface (Botucatu)**. v.20.n.59,p.917-28, 2016.

BENEVIDES, D.S. *et al.* Mental healthcare through therapeutic groups in a day hospital: the healthcare workers' point of view. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**[online] v.14.n.32,p.127-38, 2010.

BELOTTI, M.; LAVRADOR, M.C.C. Apoio Matricial: Cartografando seus Efeitos na Rede de Cuidados e no Processo de Desinstitucionalização da Loucura. In.: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, p.129-146, 2015.

Bezerra, I.C. *et al.* Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde em Debate [online]**.v. 40, n. 110, pp. 148-161, 2016.

BROCARDI, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42.n.1.p. 130-144, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Saúde Mental em Dados 12**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ano 10, nº 12, outubro de 2015.

_____. **Portaria nº 3.588, de 21 de dez. de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de set. de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A.A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17.n.1.p 77-93, 2007.

CAMATTA, M.W. **Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família**: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares [manuscrito]. Porto Alegre: UFRGS, 2010.

CAMATTA, .MW. et al. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: expectativa de familiares. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20.n.2, p.281-288, 2016.

CARVALHO, M.C.A. Saúde Mental na Atenção Básica. In. **Políticas e cuidado em saúde mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p.59-74

CARVALHO, J.L.S, NÓBREGA, M.P.S.S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Rev Gaúcha Enferm**.v.38.n.4, 2017.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.3,p.676-689, 2017.

COELHO, R.S.; VELOSO, T.M.G.; BARROS, S.M.M. Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.37. n.2, P. 489-499, 2017.

CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41.p.345-359,2017.

CONSTANTINIDIS, T.C. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro? **Psicol. USP**, São Paulo, v.28.n.1, 2017.

COSTA, A. *et al.* Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Rev.Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto [online]. n.7, 2012.

COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde**.AMMOC/AMPLASC, Santa Catarina. 2012.

CHIAVERINI, D. H. [Org.].**Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, DF: 2011.

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

FONSECA, T.M.G.;JAEGER, R.A Psiquiatrização da Vida: Arranjos da Loucura, Hoje. In.:Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.**Saúde Mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p.13-22.

GOMEZ, M.V; PENAGOS, R.A. **O círculo de cultura como dispositivo de pesquisa e intervenção educacional**. Eixo: Educação e cultura, Colóquio Internacional Paulo Freire, 2016. Disponível em < <http://www.uece.br/> > Acesso em 14/05/2018.

GUIMARÃES, J.M.X.SAMPAIO, J.J.C. **Inovação na gestão em saúde mental: incorporação de tecnologias e (re) invenção nos centros de atenção psicossocial** [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2016.

HEIDEMANN, I.T.S.B. *et al.* Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.26.n.4, 2017

HECK,M.R. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial.**Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17.n.4, p. 647-55,2018.

JUNQUEIRA, A. M. G.; CARNIEL,I. C. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v.13, n.2, p.12-22, 2012.

LEAL, E.M.; MUÑOZ, N.M. In. JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M.C.A.; SILVA, P.R.F. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p.75-97, 2014.

MACEDO, J.P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26. n.1, p.155-170, 2017.

MASUMOTO, L.K.; FAIMAN, C.J.S. Saúde mental e trabalho: um levantamento da literatura nacional nas bases de dados em Psicologia da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). **Saúde, Ética & Justiça.** São Paulo, v.19.n.1,p.1-11, 2014.

MARINHO, A.R.B. **Círculo de Cultura: Origem histórica e perspectivas epistemológicas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

MELO, A. ;BARBOSA, T.M. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o entendimento de profissionais da estratégia de saúde da família de um município catarinense. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.11.n.2,p. 25-39, 2018.

MEDEIROS FILHO, J.S.A, AZEVEDO, D.M., PINTO, T.R., SILVA, G.W.S. Uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde.**Rev.Bras Promoç Saúde**, Porto Alegre, v.31.n.3.p.1-12, 2018.

MONTEIRO, E.M.L.M.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. Bras Enferm**, Brasília.v.63.n.3.p.397-403, 2010.

OLIVEIRA, I. F. *et al.* A atuação do psicólogo nos NASF: desafios e perspectivas na atenção básica. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v..25.n.1, 2017.

OLIVEIRA, L.P.B.A, SANTOS, S.M.A. An integrative review of drug utilization by the elderly in primary health care. **Rev. Esc Enferm: USP**, São Paulo, v.50.n.1.p.163-74, 2016.

OLIVEIRA, C.I.; CUTOLO, L.R.A. Humanização como expressão de Integralidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo v.36.n.3, p.502-506, 2012

OLIVEIRA, J.A.M.; PASSOS, Y. Efeitos Transversais da Supervisão Clínico-Institucional na Rede de Atenção Psicossocial. In.:Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 147-162.

PAULON, S.M *et al.* O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, v.12, n.temático, 2012.

PESSOA, L.R. *et al.* **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro, ENSP, 2011.

PEDROSA, T.B.; MOREIRA, M.I.B. Saúde mental e justiça: os desafios do cuidado em rede. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.19.n.2, p. 73-82, 2017.

SANDRI, J.V.A. *et al.* A comissão de integração ensino e serviço regional: sua trajetória no estado de Santa Catarina. **Rev. Bras. de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v.3, n.2, p.57-71, 2016.

SARAGOZO, R.A.; LUFT, S. Formação do profissional no SUS: desafios da rede psicossocial de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.18, 2016.

SANTOS, A.B. *et al.* Saúde mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.10, n.25, p.01-19, 2018.

SCHNEIDER, D.R. Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In.: MURTA, S.G. *et al.* **Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e Estratégias de intervenção**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

SILVA, F.H.; BRITO, J.M. As Reflexões Teórico- Metodológicas sobre Saúde Mental e Humanização na Atenção Primária no Município de Serra/ES In.: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.p.65-84.

SILVA, G.R. *et al.* Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de saúde da família. **Cogitare Enferm.** [online] v.21n.2, p.01-08, 2016.

SILVA, V.C., ROCHA, C.M.F. **A comunicação em saúde no sistema único de saúde**: uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Graduação. Escola de Enfermagem. Curso de Saúde Coletiva: Bacharelado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2013.

SILVA, T.C.M.F.; MARCOLAN, J.F. Preconceito aos indivíduos com transtorno mental como agravo do sofrimento. **Rev enferm UFPE** [online], Recife, v.12.n.8,p..2089-98, 2018.

SILVA FILHO, J. A.; BEZERRA, A.M. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Rev. Mult. Psic.** [online] V.12, N. 40. 2018

SILVEIRA, C. B et al. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**.n.19,p.61-70, 2018.

SILVEIRA, L.S.; NUNES, M.O. Para Além e Aquém de Anjos, Loucos ou Demônios: Caps e Pentecostalismo em Análise. In.:Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, p.163-183, 2015.

SOARES,C.A.; TABOSA, L.S., QUEIROZ, V.V. A gestão do trabalho no campo da saúde mental: desafios e possibilidades. **Cadernos ESP**. v.9.n.1.p.9-18, 2015.

TAMBASCO, L. P. *et al.* A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 140-151, 2017.

TONIN, C.F.; BARBOSA, T. A interface entre Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.11.n.3,p.50-68, 2017.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.

VASCONCELLOS,V.C.;AZEVEDO,C. Trabalho em saúde mental: vivências dos profissionais diante dos resultados. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.17, n.4 p.659-668, 2012.

VIANA, D.M.; LIMA, A.F. Saúde Mental e Atenção Primária: compreendendo articulações y práticas na saúde da família no Ceará. Rev. de Psicologia, Fortaleza, v.7n.2, p.118-130,2016.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n.78, p. 27-37. 2008.

YASUI, S. Entre o Cárcere e a Liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar. In.:Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.**Saúde Mental**. Dep. de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 13-22.

ZANELLA, M., *et al.* Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** [online] v.15.p.53-62, 2016.

ZEFERINO, M. T. Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4ª Edição. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa, 2015.

WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface** (Botucatu) [online].v.19.n.55, p.1121-113,2015.

5.2 Manuscrito

Percepção dos profissionais da Atenção Básica sobre o cuidado em Saúde Mental

RESUMO

As transformações trazidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira consolidaram-se e se organizaram em formas de cuidado em saúde mental a partir de uma lógica em rede de suporte social. Constituída a Rede de Atenção Psicossocial, com diferentes componentes atuando em diferentes níveis de atenção à saúde, a Saúde Mental ganhou espaço e visibilidade, às mudanças ocorreram no saber e no fazer. Assim, Saúde Mental e Atenção Básica se entrelaçam, ambas se propõem a construção de um modelo dinâmico e direcionado às singularidades das pessoas e territórios. Objetivou-se compreender, sob a ótica de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, as estratégias de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica. Pesquisa-ação-participante, de cunho qualitativo, ancorado no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire como referencial teórico-metodológico. Os registros de fala de 21 participantes foram obtidos em quatro Círculos de Cultura realizados em três etapas: investigação temática, codificação/descodificação e desvelamento crítico. Foram compartilhadas vivências e reflexões sobre os cuidados primários à Saúde Mental, os profissionais demonstraram insegurança e desconhecimento técnico diante as demandas, enfatizando as tipologias e diagnósticos, embora apresentem estratégias e ações promotoras de saúde, ainda se percebe um cuidado medicamentoso e focado em encaminhamentos às especialidades. Ainda, os participantes apontaram como importante estratégia de cuidado instrumentalizar os familiares da pessoa em sofrimento psíquico, mas reconheceram não a realizar adequadamente. Desvelou-se a importância da discussão de temáticas legitimando o espaço da Comissão como local de educação permanente, aprimoramento do conhecimento em Saúde Mental e repensar o cuidado em saúde mental em seus territórios. Os participantes demonstraram ressignificar seus referenciais e ações para o enfrentamento ao cuidado patologizante e curativista.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Promoção da Saúde; Estratégias.

ABSTRACT

The transformations brought about by the Brazilian Psychiatric Reform were consolidated and organized into forms of mental health care based on a social support network logic. Constituted the network of psychosocial care, with different components acting at different levels of health care, Mental Health gained space and visibility, changes occurred in knowledge and in doing. Thus, Mental Health and Primary Health Care are intertwined, both proposing the construction of a dynamic model and directed to the singularities of people and territories. The purpose of this study was to understand, from the point of view of a Commission for Integration Education-Service, the strategies of care in Mental Health in the context of Primary Care. Participatory action research, of qualitative character, anchored in Paulo Freire's Itinerary of Research as a theoretical-methodological framework. The speech registers of 21 participants were obtained in four Culture Circles conducted in three stages: thematic research, codification / decoding and critical unveiling. Experiences and reflections were shared regarding the care strategies used. The professionals demonstrated insecurity and technical unknowledge against demands, emphasizing typologies and diagnoses, although they present strategies and actions that promote

health, yet it is possible to notice a medication care focused on referrals specialties. Still, the participants pointed out as an important strategy of care to instrumentalize the relatives of the person in psychic suffering, but acknowledged not to carry it out properly. The importance of discussing the themes was legitimized by the Commission as a place of permanent education, enhancement of knowledge in Mental Health and rethinking mental health care in their territories. The participants demonstrated a re-signification of their references and actions to confront the pathological and curativist care.

Keywords: Primary Health Care; Mental Health; Health Promotion; Strategies.

INTRODUÇÃO

As mudanças no cuidado em Saúde Mental iniciaram na década de 90, sendo que a Reforma Psiquiátrica foi consolidada como política oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Lei 10.216 em 2001. Foram organizadas linhas de financiamento aos serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos no país. Salienta-se que em todo território nacional, as mobilizações sociais foram guiadas pela luta de resgate de cidadania e dos direitos humanos, com envolvimento de familiares, profissionais e as pessoas com transtornos mentais a fim de mudar a realidade patologizante e excludente imposta (BRASIL, 2005, 2013a, BATISTA, 2014, SANTOS, et al. 2018).

As transformações trazidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira consolidaram-se e se organizaram em formas de cuidado em saúde mental a partir de uma lógica em rede de suporte social. Constituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com diferentes componentes atuando em diferentes níveis de atenção à saúde, a Saúde Mental ganhou espaço, sustentação e visibilidade. Nesta perspectiva, também foram sendo inseridas novas atribuições aos trabalhadores, até porque apenas os serviços substitutivos não garantiriam sua natureza não manicomial, era preciso mudança também na prática profissional.

É nesse instante que Saúde Mental e AB se entrelaçam, visto que ambas se propõem a construção de um modelo dinâmico e direcionado às singularidades das pessoas e territórios. Alguns estudos (FORTES et al., 2011; GONÇALVES et al., 2014) apontam para uma alta prevalência de problemas de saúde mental na AB, especialmente transtornos mentais comuns presentes em cerca de 50% das pessoas atendidas neste contexto.

A AB caracteriza-se como uma das portas de entrada do serviço de saúde e muitas vezes é o único recurso, sendo um importante dispositivo estratégico para o cuidado em saúde mental em função de suas atribuições convergirem às intenções da Reforma Psiquiátrica de desinstitucionalização e consolidação de bases territoriais para este cuidado justamente porque desenvolve um trabalho compartilhado entre equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2015a, FRATESCHI; CARDOSO, 2016).

Porém, não é incomum, neste âmbito, os profissionais de saúde vivenciarem um emaranhado de sentimentos diante das demandas em saúde mental, e das demais que chegam a estes serviços, as quais se tornam verdadeiros desafios, principalmente quanto à identificação, caracterização e manejo destas. De acordo com Rotoli et al. (2019) os profissionais de saúde veem as demandas em Saúde Mental complexas e em função desta percepção, não se sentem instrumentalizados

para atuação frente às mesmas, logo, permanecem em uma lógica de cuidado medicalizante, reforçando um modelo de atenção limitado.

Ainda, as justificativas destes estão em seus sentimentos de impotência e angústia frente a Saúde Mental, legitimando o despreparo profissional. Tais sentimentos são reforçados pelos entraves diários que enfrentam em condições precárias de trabalho, sob restrições de investimentos e recursos, com agendas e filas de espera e ainda com a responsabilidade de transformar as práticas em saúde mental, porque há expectativas tanto da gestão, quanto dos familiares das pessoas em sofrimento psíquico para que haja resolutividade (VASCONCELLOS, AZEVEDO, 2012; SILVA, BRITO, 2015; BARBOSA, CAPONI et al., 2016)

Sem contar que os profissionais de saúde, em muitas situações, depositam expectativas nos familiares, esperando que estes aceitem e cuidem da pessoa em sofrimento psíquico. Apesar de que a forma de conceber e perceber a família foi uma das contribuições importantes advindas da Reforma, uma vez que antes o cuidado disponível às estas pessoas era baseado no isolamento e exclusão. Percebe-se que os profissionais não se dão conta de que não estão oferecendo suporte, nem orientações às famílias. Hoje, a família é concebida como necessária e requisitada como parceira no cuidado reabilitador, é preciso considerá-la neste processo, mas também necessário recordar que ela também apresenta inseguranças, desconhecimento, expectativas frustradas de cura, entre outras condições (BRASIL, 2013).

Neste caminhar da Saúde Mental, salienta Santos et al. (2018), há avanços e retrocessos em função da escassez de recursos para investimento na manutenção estrutural e de pessoal dos serviços de saúde, atrelada a necessidade de lidar com processos históricos muito complexos e arraigados socialmente que dificulta, muitas vezes, o acesso das pessoas em sofrimento psíquico às políticas públicas (BRITO; SANTOS, 2015).

Em função disso, o cuidado em saúde mental, principalmente na AB, requer disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima, justamente para que seja possível aos profissionais de saúde encontrarem estratégias para lidar com as demandas, com as dificuldades das famílias, bem como com suas próprias emoções. Este trabalho envolve vínculo entre os profissionais de Saúde, família e comunidade frente às reais necessidades do território e também disponibilidade de escuta, do acolhimento, da garantia da participação e valorização da família enquanto participante ativa do tratamento para superação de um cuidado ainda excludente e curativista (SILVA; BRITO, 2015).

Apesar de práticas de saúde contrárias ao modelo de atenção psicossocial ainda vigentes, a AB tem um campo fértil para atuação em Saúde Mental, bem como uma série de estratégias disponíveis para um cuidado em saúde mental humanizado, singularizado e promotor de autonomia e resgate da cidadania, como os projetos terapêuticos singulares, apoio matricial, os grupos terapêuticos, consultas conjuntas, visitas domiciliares, práticas integrativas e complementares e educação permanente (ACIOLI, 2006; CHIAVERINI, 2011; JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012; BRASIL, 2013a; CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2016).

Contudo, para que seja legitimada a mudança no cuidado em Saúde Mental, é preciso esforço cotidiano, contínua formação e principalmente, reconhecimento de que para o cuidado em saúde mental, tanto o saber quanto o fazer sejam difundidos entre todos os profissionais de saúde, para que estes passem a desempenhar o papel de autônomos na produção do cuidado e agentes transformadores dessa realidade. Dito isto, o presente estudo se propôs a responder: **qual a percepção**

dos profissionais que compõem uma das Comissões de Integração de Ensino-Serviço do Estado de Santa Catarina, sobre as estratégias de cuidado utilizadas em saúde mental pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde?

METODOLOGIA

O estudo desenvolvido tratou-se de uma pesquisa-ação-participante, de cunho qualitativo, esta se propõe a conhecer a realidade e objetiva mudança. Afirma Thiollent (1986) que a pesquisa-ação pode ser considerada uma estratégia metodológica que proporciona aumento no “nível de consciência” dos participantes e agrega conhecimento ao pesquisador. Para caminhar nesta perspectiva transformadora de ação-reflexão-ação, utilizou-se como referencial teórico-metodológico o Itinerário de Pesquisa por meio de Círculos de Cultura, de Paulo Freire. Através do Itinerário são realizadas discussões e reflexões numa perspectiva transformadora sobre a realidade, apresenta-se como um método crítico e sensível, além de um dispositivo gerador de vínculos, sendo o diálogo a ferramenta primordial do mesmo (GOMEZ, PENAGOS, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

Esta pesquisa foi desenvolvida com uma das (16) dezesseis Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço (CIES) do Estado de Santa Catarina. As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, de cada Região de Saúde do Estado, atribuídas da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente. (BRASIL, 2006; SANDRI et al., 2016). A CIES participante deste estudo, formada desde julho de 2009, encontra-se na Macrorregião do Meio Oeste, sendo composta por 20 municípios. Optou-se pela CIES Meio Oeste como participante deste estudo em função da logística em realizar a pesquisa, bem como a relação direta com o local de trabalho da pesquisadora.

Os encontros realizados foram pactuados com a articuladora e os participantes da pesquisa, respeitando-se a pautas das reuniões. Em função da disponibilidade da CIES, ocorreram quatro Círculos de Cultura, com duração aproximada de 90 minutos. Utilizou-se diário de campo para registro dos saberes construídos e observações apreendidas ao longo dos encontros e foi realizada gravação de áudio e imagem consentida pelos participantes.

Ressalta-se que o Itinerário de Pesquisa Freireano não possui formato estático, entretanto, três momentos o constituem: a investigação temática e levantamento dos temas geradores, codificação/descodificação e desvelamento crítico. O Círculo de Cultura se trata de um espaço dinâmico e dialógico, onde as trocas entre os participantes se concretizam, pois estes estão comprometidos e envolvidos, sobretudo, com a transformação de suas realidades a partir da interação, discussão, aprofundamento e reflexão daquilo vivido (GOMEZ; PENAGOS, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

Os encontros foram desenvolvidos entre julho a novembro de 2018. Destaca-se que em função do número de participantes foram realizadas dinâmicas de quebra-gelo e integração, tanto em subgrupos, como momentos partilhados no grande grupo, com a participação de todos.

O primeiro encontro correspondeu a **investigação temática**, momento onde os participantes tomam consciência de sua realidade e constroem o universo vocabular. No segundo, ocorreu a **codificação e descodificação** momento onde os temas ganham significado à medida que são dialogados, problematizados e contextualizados. Esse movimento de possibilitar aos participantes um “estado” de análise crítica sobre suas ações e percepções até o momento de ressignificação de

um novo conhecimento (MARINHO, 2009). O último momento do Círculo, o **desvelamento crítico**, o qual retrata a realidade e as possibilidades, é um momento de ação-reflexão-ação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número: CAAE:92554218.4.0000.0121, protocolo 2.814.859 respeitando-se os aspectos preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto todos os participantes aderiram voluntariamente à pesquisa e diante explanação dos propósitos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram dos encontros 21 representantes (Tabela 1), com idades entre 25 a 49 anos, destes dezoito são mulheres e três homens. Destaca-se que a formação/atuação em maior destaque foi a enfermagem; o profissional com maior tempo de representação municipal na CIES está há 14 anos e com relação ao tempo de trabalho na AB, o membro com maior tempo, atua há 26 anos.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes dos Círculos de Cultura.

CATEGORIA PROFISSIONAL	SEXO	IDADE	ATUAÇÃO AB (ano)	REPRESENTANTE CIES (ano)	FORMAÇÃO (ano)
ENFERMAGEM	M	49	8	4	10
ENFERMAGEM – AGENTE DE SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	F	44	-	4	20
ENFERMAGEM	F	41	17	14	17
ENFERMAGEM	F	37	10	4	12
ENFERMAGEM	F	34	12	12	12
ENFERMAGEM	F	26	0	<1	1,5
ENFERMAGEM - PROFESSORA UNIVERSITÁRIA	F	26	1,5	<1	4
ENFERMAGEM	F	25	<1	<1	3
ENFERMAGEM	F	24	1,5	1,5	1,5
ENFERMAGEM	F	48	3	2	17
ODONTOLOGIA	F	28	4	3	5
ODONTOLOGIA	F	26	4,5	<1	5
ODONTOLOGIA	M	25	1,8	<1	2
ODONTOLOGIA	F	41	14	2	16
TÉCNICO EM CONTABILIDADE- COORDENADOR DE SAÚDE	F	46	26	2	15
PSICOLOGIA	F	31	<1	-	6

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

De uma perspectiva geral pode-se observar que os participantes dos Círculos se sentiram à vontade nos encontros, mesmo que nem todos motivados a verbalizar, demonstraram interesse naquilo que era proposto parecendo, através de gesticulações, compartilharem das mesmas inquietações.

Os Círculos de Cultura se propõem a problematizar a realidade numa perspectiva crítica, indagadora e aberta. Sendo assim procurou-se provocar inquietações e a tomada de consciência dos participantes ao olharem suas práticas

Como se pode observar, as potencialidades individuais apontadas pelos participantes estão relacionadas, principalmente, a disponibilidade deles para escuta e diálogo com os usuários do serviço e com a equipe de saúde, acrescentando que se sentem bons na comunicação, caracterizando-a com paciência. Por outro lado, nas fragilidades individuais, destacam-se: a falta de preparo, conhecimento e entendimento de quais abordagens e estratégias utilizar frente a situações de saúde mental, em destaque nas crises em Saúde Mental.

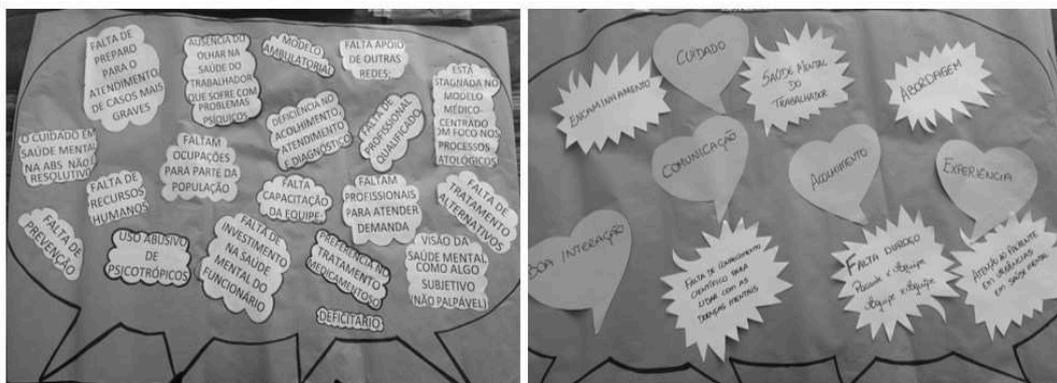
Pontuam pouca experiência e conhecimento quanto a sinais/sintomas para identificação destas demandas, junto da pouca disponibilidade de tempo, devido à alta demanda que as unidades de saúde recebem diariamente. Situação controversa quando se considera a potencialidade “disponibilidade para escuta”. Para muitos, uma das principais questões relacionadas ao campo da Saúde Mental, é o encaminhamento, quando codificado/descodificado, os profissionais explicaram não saber, em alguns momentos, para qual serviço recorrer, mas, enfatizaram não possuírem os serviços da rede para realizarem o encaminhamento, visto que a maioria deles opera apenas com a AB. Salienta que tal questão, posteriormente é abordada, visto que muitos recursos e ações produtoras de saúde, podem ser executadas neste âmbito primário.

Na sequência dos diálogos propostos neste primeiro encontro, propôs-se que, através da reflexão no subgrupo da frase, relacionada a temática central da pesquisa, que o quebra-cabeça formava e assim, os profissionais-participantes direcionaram sua atenção ao segundo norteador deste Círculo “*como eles têm percebido o cuidado em saúde mental na AB*” construíram painéis que revelavam suas percepções coletivas acerca do tema.

O emergir: a busca pela consciência do vivido

No processo de **codificação** e **descodificação**, os temas geradores ganham significado ao serem aprofundados e a partir do diálogo são reveladas as impressões, contradições sobre ações e percepções anteriores e através desta atenta reflexão os temas são ressignificados e transformados. Para possibilitar esse momento, a pesquisadora resgatou os temas do encontro anterior, representados pelo “Painel de Diálogo” (Figura 8) para que o grupo pudesse visualizar e discutir.

Figura 8 - Painéis de Diálogo com os temas geradores da percepção do cuidado em Saúde Mental na AB e a percepção coletiva da prática profissional.



Fonte: Elaborado pelos participantes no Círculo de Cultura (setembro,2018).

Também foram retomados os subgrupos para elaboração de um segundo painel com as percepções individuais (fragilidades e potencialidades) do cuidado em saúde mental agrupadas pelos participantes, possibilitando uma nova percepção sobre sua prática e compartilhamento dela com os colegas. As fragilidades estão representadas pelos balões de grito e as potencialidades, pelos balões de amor. Posterior a discussão, solicitou-se aos participantes que elegessem os temas que de fato representavam suas inquietações e realidades, assim, surgem os balões de multifala, simbolicamente representando a escolha coletiva das temáticas a serem aprofundadas, pois seria o fio condutor para os próximos encontros.

O Círculo de Cultura permite que diferentes temas sejam abordados, discutidos codificados e descodificados, mas algumas temáticas acabam tendo maior relevância às necessidades do grupo, deste modo, os temas foram organizados conforme estas necessidades e considerados como fundamentais para a condução do estudo e para o processo de desvelamento.

Aprofundado o diálogo acerca dos temas, ressalta-se que emergiram no momento de investigação temática, primeiro Círculo, um total de 41 temas geradores entre as percepções individuais e coletivas; codificados e descodificados em 30 temas, os quais foram aprofundados e solicitado ao grupo que elegessem aqueles de maior interesse, reduzidos em 3 temas geradores centrais (Apêndice 2).

Os últimos temas evidenciam as reais necessidades dos participantes: a falta de conhecimento científico para lidar com as doenças mentais; instrumentalizar profissionais e instrumentalizar a família. Será dado destaque, neste estudo, ao que os profissionais-participantes pontuaram como a “falta de conhecimento científico” e a relação desta com o tema gerador “instrumentalização da família”.

A falta de conhecimento científico para lidar com as doenças mentais

O tema gerador com maior destaque trazido pelos participantes iniciou como “falta de capacitação profissional”, por meio da codificação/descodificação culminou em desconhecimento do manejo adequado às demandas em saúde mental e especificamente a “falta de conhecimento científico em relação às doenças mentais”. Entende-se que esta preocupação com as classificações diagnósticas, percebidas nas falas abaixo, direciona a reflexão para que embora todas as intenções da Reforma Psiquiátrica quanto a superação das internações, a implementação de serviços substitutivos, as transformações no modo de cuidar da saúde e as percepções sobre a loucura, não obstante, existe uma naturalização dos diagnósticos e ainda uma oferta de cuidado na lógica manicomial.

A segregação, a classificação, a medicalização e o controle da vida têm sido opções de cuidado em saúde mental, deste modo, intensifica-se o desafio para a desinstitucionalização. Parte da necessidade de enfrentamento deste desafio é visto quando os profissionais-participantes preocupam-se com as classificações das doenças mentais, legitimando o “movimento” de patologização/medicalização da vida cada vez mais crescente (FONSECA, JAEGER, 2015; FERREIRA et al., 2017).

A gente já tem essa dificuldade cultural e preconceito. Porque eu não sei, pra mim, até estudar, depressão era coisa de preguiçoso, entende? Que a pessoa viciada, é sem vergonha. Nunca pensei que gerava tantas outras coisas, depois que eu fui estudar [...]Esquizofrenia é grande demanda devido ao uso de drogas, fiquei sabendo disso agora. Pra mim desenvolvia esquizo, quem tinha que desenvolver (R1).

Agora, a gente realmente vê que a demanda aumentou, diversificou, porque não é só depressão, é suicídio, é esquizofrenia, álcool e drogas, agora tem muitos outros (R3).

Começa das doenças para a prática, do básico para o extremo. Conhecimento popular a gente tem, mas o científico não (R10).

Entende-se a preocupação dos profissionais-participantes com as classificações diagnósticas, visto que muitas vezes enfrentam situações com recursos escassos, uma rede de apoio limitada e uma equipe reduzida. Diante de um quadro psicótico, de alterações de humor e demais ocorrências que fogem ao seu cotidiano e não estão previstas em seus protocolos, tais profissionais sentem-se inseguros devido ao desconhecimento científico e falta de manejo. Em situações como a citada, os profissionais da AB irão requerer apoio de profissionais de saúde mental para confirmação/exclusão do diagnóstico, embora, no cenário atual do SUS, os casos de saúde mental crônicos são acompanhados quase que exclusivamente por médicos generalistas, limitados a prescrição de medicamentos (BRASIL, 2013).

Seria fundamental a realização do apoio aos profissionais de saúde mental e atuação integrada da equipe de saúde para além do cuidado ao sofrimento psíquico sem considerar apenas o diagnóstico, ou restritas às práticas medicamentosas. Uma das possíveis intervenções em Saúde Mental e, significativa contribuição à RAPS, são as de cunho psicoeducacional e pensadas de maneira intersetorial, pois, visam aumentar a capacidade das pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais graves e persistentes a exercitarem sua cidadania (BRASIL, 2013; YASUI, 2015; BELOTTI, LAVRADOR, 2015).

Contudo, atrelado ao desconhecimento dos profissionais os participantes reconhecem a Saúde Mental ainda cercada por preconceito, destacam em seu estudo, Silva e Marcolan (2018), que o preconceito e o estigma social revelam-se tanto no meio familiar, quanto social e nos serviços de saúde, e conduzem ao agravamento dos problemas de ordem mental. A superação do preconceito é um processo que envolve tanto ações educativas, quanto a qualificação dos trabalhadores para construção e fortalecimento de práticas e saberes que vão ao encontro da reforma psiquiátrica (SANTOS et al., 2018).

Entretanto, a qualificação profissional foi também pontuada, visto na fala de R2, como algo falho e sem investimento. Trata-se de uma colocação interessante, segundo o estudo de Brocardo et al. (2018) sobre a avaliação externa do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), período 2013-2014, apontou que, ao analisar o trabalho desenvolvido pelo NASF, embora os resultados não sejam tão satisfatórios quanto a realização de EPs (51,6%) no país, as equipes informaram que o segundo tema mais abordado na EP foi a saúde mental (80,7%).

A Saúde Mental sempre esteve esquecida, abandonada. Foi construído uma parede, tanto os familiares, quanto a atenção a saúde, era tirar do convívio, colocar bem longe para que eles não incomodassem a sociedade ou para que a sociedade não soubesse que meu filho tinha aquela doença (R1).

Déficit geral na questão de saúde mental, a gente não tem um apoio, capacitação, ou treinamento para seguir uma linha de raciocínio, de como trabalhar com esses pacientes e acho que tem crescido, a demanda, está muito grande (R2).

Dificuldade que a gente vê em todos os profissionais, mesmo o médico até o agente comunitário de saúde de realmente enxergar essa queixa como algo pra gente trabalhar, realmente no subjetivo da pessoa. A saúde mental é alguma coisa assim que ainda você não pode ver, não pode palpar, você não consegue avaliar fisicamente [...] É algo mais fácil do que você, às vezes, precisar de 2-3 sessões, consultas, é uma dificuldade que a gente percebe (R3).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos encontros dialógicos possibilitados pelo itinerário freireano identificou-se profissionais de saúde despreparados para lidar com as demandas em saúde mental na AB devido à falta de conhecimento técnico, com ênfase no desconhecimento sobre psicopatologias, resultantes de sentimento de insegurança quanto às condutas para este cuidado, salientando o manejo de crises em Saúde Mental.

As discussões possibilitadas acarretaram a análise das fragilidades da formação acadêmica, mesmo com as mudanças nas diretrizes dos cursos da saúde, bem como a saúde mental não parece ser um tema prioritário ou transversal no cotidiano dos profissionais decorrente à formação obtida, que pode ter sido insuficiente. Ainda, os profissionais-participantes reconhecem que em função de um fazer mecanizado, deixam de orientar e acolher as famílias daqueles em sofrimento psíquico, mesmo que seja parte da atribuição profissional. Visto que o empoderamento da família, sobretudo, na fase inicial do sofrimento mental pode ser incisivo na trajetória de vida de todos os envolvidos. Mas, reconhecesse que as fragilidades profissionais podem estar relacionadas às altas demandas na AB, a falta de recursos financeiros, materiais e de pessoal técnico, a pouca disponibilidade de tempo, entre outros.

Compreendeu-se também que apesar de todas as transformações oriundas da Reforma Psiquiátrica, ainda existe uma naturalização dos diagnósticos e, conseqüentemente, uma oferta de cuidado na lógica manicomial. A segregação, a classificação, a medicalização e o controle da vida têm sido opções de cuidado em saúde mental, deste modo, intensifica-se o desafio para a desinstitucionalização.

Contudo, mesmo que se sintam despreparados para o cuidado em saúde mental, os participantes demonstram perceber que a saúde mental está entrelaçada a maioria das demandas que chegam às unidades de saúde. Ainda identificou-se, de certa maneira, que os profissionais compreendem o sofrimento/adoecimento mental considerando os determinantes sociais de saúde, pois alguns a relacionam aos modos de vida das pessoas/territórios, isto é, a situação econômica, as condições de trabalho, desemprego. Porém, ainda há uma parcela de profissionais que correlacionam o adoecimento à responsabilidade individual/familiar.

A AB tem propósito de ser resolutiva e requer capacidade ampliada de escuta, análise e escopo de ações frente a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde. Embora por um longo tempo tenha se entendido que o espaço favorável para o cuidado em saúde mental era o hospital, hoje, compreende-se que a atenção à saúde mental pode ser qualquer contexto e atribuição de todo e qualquer profissional de saúde.

O desenvolvimento dos Círculos de Cultura se constituiu uma estratégia viável de promoção de saúde ao passo que auxiliou problematizar e reorganizar as formas de cuidado em saúde dos envolvidos, principalmente ao (re)pensar sobre a saúde mental, auxiliando em mudanças frente a reflexão sobre o fortalecimento da AB enquanto "ferramenta" na comunidade para acolher e empoderar pessoas e territórios.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública. **Enferm UERJ**:Rio de Janeiro, n.14.v.1, p.21-6, 2006.

ALBURQUERQUE, I.N. *et al.* **Estratégias para gestão da saúde mental em Fortaleza**: a visão dos coordenadores dos centros de atenção psicossocial CAPS do município de Fortaleza. Redenção, 2014.

AMARAL, C.E.M *et al.* Matrix support in Mental Health in primary care: the effects on the understanding and case management of community health workers. **Interface** (Botucatu).v..22,n.66, p.801-812,2018.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, p.11-23, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de set. de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília,DF, 2017.

BARBOSA,V.F.B., CAPONI,S.N.C., VERDI, M.I.M. Mental health care, risk and territory: crosscutting issues in the context of safety society. **Interface (Botucatu)**. v.20.n.59,p.917-28, 2016.

BATISTA, M. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil.Rev. de Ciências Sociais, João Pessoa,n.40,p.391-404, 2014.

BELOTTI, M.; LAVRADOR, M.C.C. Apoio Matricial: Cartografando seus Efeitos na Rede de Cuidados e no Processo de Desinstitucionalização da Loucura. In..Brasil. Ministério da Saúde.**Saúde Mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p.129-146.

BROCARD, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42.n.1.p. 130-144, 2018.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A.A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17.n.1.p 77-93, 2007.

BULHÕES, A.B.C; et al. Processos de desinstitucionalização em Caps como estratégia de humanização da Atenção e Gestão da Saúde. In.:Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde,p.42-64, 2015.

CAMATTA, .MW.;TOCANTINS, F.R.; SCHNEIDER, J.F. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: expectativa de familiares. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20.n.2, p.281-288, 2016.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde.**Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.3,p.676-689, 2017.
CARVALHO, M.C.A. Saúde Mental na Atenção Básica. In.**Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p.59-74, 2014.

CHIAVERINI, D. H. [Org.].**Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, DF: 2011.

CONSTANTINIDIS, T.C. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro? **Psicol. USP**, São Paulo, v.28.n.1, 2017.

COELHO,R.S.;VELOSO, T.M.G.; BARROS, S.M.M. Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão. **Psicologia: Ciência e Profissão**,v.37. n.2, P. 489-499, 2017.

FERREIRA, T.P.S., et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface**. São Paulo, v.21.n.61, p.373-84, 2017.

FERNANDES, A.D.S.A et al. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos , v. 26, n. 4, p. 904-914, 2018.

FONSECA, T.M.G.;JAEGER, R.A Psiquiatrização da Vida: Arranjos da Loucura, Hoje. In.:Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.**Saúde Mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p.13-22.

FORTES, S. et al. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 33. n.2, 2011.

GONÇALVES, D.A. et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.30.n.3.p.623-632, 2014.

GUIMARÃES, J.M.X.SAMPAIO, J.J.C. **Inovação na gestão em saúde mental: incorporação de tecnologias e (re) invenção nos centros de atenção psicossocial** [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2016.

GOMEZ, M.V; PENAGOS, R.A. **O círculo de cultura como dispositivo de pesquisa e intervenção educacional**. Eixo: Educação e cultura, Colóquio Internacional Paulo Freire, 2016. Disponível em < <http://www.uece.br/> > Acesso em 14/05/2018.

HECK, M.R. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17.n.4, p. 647-55, 2018.

HEIDEMANN, I.T.S.B. *et al.* Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.26.n.4, 2017

JUNQUEIRA, A. M. G.; CARNIEL, I. C. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. Revista da SPAGESP, São Paulo, v.13, n.2, p.12-22, 2012.

LEAL, E.M.; MUÑOZ, N.M. In. JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M.C.A.; SILVA, P.R.F. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p.75-97.

MASUMOTO, L.K.; FAIMAN, C.J.S. Saúde mental e trabalho: um levantamento da literatura nacional nas bases de dados em Psicologia da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). **Saúde, Ética & Justiça**. São Paulo, v.19.n.1,p.1-11, 2014.

MARINHO, A.R.B. **Círculo de Cultura: Origem histórica e perspectivas epistemológicas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

MONTEIRO, E.M.L.M.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. Bras Enferm**, Brasília. v.63.n.3.p.397-403, 2010.

PAULON, S.M *et al.* O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, v. 12, n.temático, 2012.

ROTOLO, A. et al. Saúde mental na Atenção Primária. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, n.23.v.2, 2019.

SANDRI, J.V.A. *et al.* A comissão de integração ensino e serviço regional: sua trajetória no estado de Santa Catarina. **Rev. Bras. de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v.3, n.2, p.57-71, 2016

SANTOS, A.B. *et al.* Saúde Mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.10. n.25, p.01-19, 2018.

SARAGOZO, R.A.; LUFT, S. Formação do profissional no SUS: desafios da rede psicossocial de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.18, 2016.

SILVEIRA, C. B *et al.* Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**.n.19,p.61-70, 2018.

SILVA, F.H.; BRITO, J.M. As Reflexões Teórico-Metodológicas sobre Saúde Mental e Humanização na Atenção Primária no Município de Serra/ESIn.:Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde,p.65-84, 2015.

SILVA, T.C.M.F.; MARCOLAN, J.F. Preconceito aos indivíduos com transtorno mental como agravo do sofrimento. **Rev enferm UFPE** [online], Recife, v.12.n.8,p.2089-98, 2018.

SILVA, G.R. *et al.* Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de saúde da família. **Cogitare Enferm.** [online] v.21n.2, p.01-08, 2016.

SOARES,C.A.; TABOSA, L.S., QUEIROZ, V.V. A gestão do trabalho no campo da saúde mental: desafios e possibilidades. **Cadernos ESP**. v.9.n.1.p.9-18, 2015.

TAMBASCO, L. P. *et al.* A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 140-151, 2017.

TONIN, C.F.; BARBOSA, T. A interface entre Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.11.n.3,p.50-68, 2017.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.

OLIVEIRA, C.I.; CUTOLO,L.R.A. Humanização como expressão de Integralidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo v.36.n.3, p.502-506, 2012

OLIVEIRA, J.A.M.; PASSOS,Y. Efeitos Transversais da Supervisão Clínico-Institucional na Rede de Atenção Psicossocial. In.:Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 147-162.

PAULON, S.M *et al.* O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, v.12, n.temático, 2012.

VASCONCELLOS,V.C.;AZEVEDO,C. Trabalho em saúde mental: vivências dos profissionais diante dos resultados. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.17, n.4 p.659-668, 2012.

YASUI, S. Entre o Cárcere e a Liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar. In.:Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Dep. de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 13-22.

ZEFERINO, M. T. **Crise e Urgência em Saúde Mental**: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4ª Edição. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa, 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar os motivos aos quais este estudo se propôs acerca de compreender as estratégias de cuidado em Saúde Mental no contexto da AB, sob a ótica dos membros da CIES Meio Oeste, acredita-se que os objetivos propostos para este estudo foram atingidos, porém, algumas considerações se fazem expressivas.

Com base nos encontros dialógicos possibilitados pelo itinerário freireano identificou-se profissionais de saúde despreparados para lidar com as demandas em saúde mental na AB, devido à falta de conhecimento técnico enfatizaram o desconhecimento sobre psicopatologias, bem como sentimento de insegurança quanto às condutas para este cuidado, salientando o manejo de crises em Saúde Mental. As discussões possibilitadas acarretaram na análise das fragilidades da formação acadêmica, mesmo com as mudanças nas diretrizes dos cursos da saúde, visto que a saúde mental não parece ser um tema prioritário ou transversal na formação em saúde.

Justificam-se estas fissuras na produção de cuidado dos participantes em razão do apoio e reconhecimento da gestão limitados frente a relevância da temática, e conseqüentemente, escassas ofertas de educação continuada (seminários, capacitações, treinamentos, atualizações) ou momentos de educação permanente. Soma-se a estes, a diversidade de demandas neste nível de atenção à saúde, focadas ainda em intervenções clínicas e reduzidas práticas coletivas. Deste modo, as atribuições profissionais são prejudicadas pela falta de recursos materiais e humanos, validando, assim, o entendimento geral de que o cuidado em saúde mental na AB é deficitário.

Por consequência, trabalhadores de saúde insatisfeitos e um fazer cristalizado, embora haja o reconhecimento da relevância de um cuidado acolhedor e dinâmico, encontrando-se sob a pressão para serem resolutivos, e diante disso, realizam suas ações de forma mecânica. Percebeu-se em alguns discursos, minoritários, o entendimento ampliado sobre o processo saúde-doença. Entretanto em maior proporção ainda existem discursos pautados em aspectos medicalizantes e culpabilizantes, indicando práticas de cuidado neste viés assistencialista.

Com relação à oferta de cuidado, embora haja receio quanto ao manejo em saúde mental, os integrantes dos Círculos de Cultura revelaram realizar intervenções e ações que buscam ir ao encontro do processo de trabalho da AB, embora limitadas e pouco dinâmicas, acolhedoras, preventivas e promotoras de saúde. Ainda, algumas das intervenções mencionadas vão de encontro às formas de cuidado compatíveis e fortalecedoras da Luta Antimanicomial, dentre elas os encaminhamentos recorrentes, o uso de psicotrópicos e atendimentos exclusivamente clínicos.

A partir das relações e diálogos que emergem no espaço dos Círculos de Cultura, ao se propor repensar os processos de trabalho, problematizando os fazeres e saberes em saúde, os participantes tomam consciência de suas ausências quanto algumas condutas oportunas à atenção à Saúde Mental na AB, como a escassez de reuniões de matriciamento, truncamento na comunicação intersetorial, dificuldades com a elaboração de planos terapêuticos que considerem as necessidades (e vontades) dos usuários do serviço.

A expectativa dos profissionais-participantes direcionava-se a um “passo a passo” seguro, mesmo na existência de materiais para consulta, as situações em saúde mental ocorrerão de diferentes formas, legitimando as práticas por meio do

trabalho em equipe e em rede, contextualizadas a partir de suas singularidades. São comuns a prática profissional dúvidas acerca de situações cotidianas, sobre quais intervenções são eficazes e apropriadas em saúde mental. Mas, faz-se importante aos profissionais reconhecerem que a ausência de um saber técnico específico não determinará que uma intervenção será imprecisa ou insuficiente. Compreende-se que as s intervenções em saúde mental na AB podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde, e antes de qualquer inovação, estas precisam respeitar a realidade do território através das singularidades, das pessoas e seus territórios, como também explorar as relações de vínculo entre as equipes/comunidade.

Ressalta-se que o Círculo de Cultura se constituiu uma estratégia viável de promoção de saúde ao passo que auxiliou problematizar e reorganizar os formas de cuidado em saúde dos envolvidos, principalmente ao (re)pensar sobre a saúde mental, auxiliando em mudanças frente a reflexão sobre o fortalecimento da AB enquanto "ferramenta" na comunidade para acolher e empoderar pessoas e territórios.

Constata-se que a caminhada ainda é longa e, este estudo não esgota as possibilidades de repensar e propor estratégias de cuidado em saúde mental na AB. Mas contribuiu com a revisitação das intervenções de cunho preventivo e promotoras de saúde mental. Por fim, impulsionar à mudança é tarefa complexa, contudo, é também atribuição profissional repensar seus modos de cuidar em consonância com os princípios do SUS, ofertar técnicas e práticas humanizadas direcionada às necessidades da população, além do habitual trabalho "clínico".

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública. **Enferm UERJ**: Rio de Janeiro, n.14.v.1, p.21-6, 2006.

ALVES, P.C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22.n.8,p.1547-1554,2006.

ALVES, C. F. O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, v.72 n.1., p. 85-96, 2009.

ARAÚJO, M. *et al.* A Terapia Comunitária: criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto.n.19.p.71-76,2018.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. [Coord.] **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

_____. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In.: AMARANTE, P. [Org]. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 73-83.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, p.11-23, 2009.

BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. **Sociedade em Debate**. Pelotas, v.7.n.2.p.5-25, 2001.

BASAGLIA, F. As instituições de violência. In. BASAGLIA, F. **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985. p.99-133.

BATISTA, M. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Rev. de Ciências Sociais**, João Pessoa, n.40,p.391-404, 2014.

BATISTA, K.; SOUTO, B.G.A. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde na atenção a usuários de drogas. **ABCS Health Sci.**, v.42.n.3.p 129-136, 2017.

BELMONTE, P.R **A reforma psiquiátrica e os novos desafios da formação de recursos humanos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

BOFF, L. **Saber cuidar, ética do humano, compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abr. de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dez. de 2011**. Institui a rede 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.

_____. **Portaria nº 3.588, de 21 de dez. de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de set. de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

_____. **Saúde Mental em Dados 12**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ano 10, nº 12, outubro de 2015a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Portaria nº 1.996, de 20 de agos. 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2007.

BRUCE, M.L.; SIREY, J. Bruce, M. L., & Sirey, J. A.. Integrated Care for Depression in Older Primary Care Patients. **The Canadian Journal of Psychiatry**. v.63.n.7.p.439–446,2018.

BÜCHELE, F. et.al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.11.n.3,p.226-33, 2006.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev Esc Enferm**, São Paulo,v.45.n.3, p.687-9, 2011.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CASELL, E. J. **The Nature of Suffering and the goals of medicine**. 2nd ed. Oxford University Press, 2004.

CAMATTA, .MW.;TOCANTINS, F.R.; SCHNEIDER, J.F. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: expectativa de familiares. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20.n.2, p.281-288, 2016.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic, Saúde, Educ**. Porto Alegre, v.9.n.16, p.161-77, 2005.

CHIAVERINI, D. H. [Org.] **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, DF: 2011.

DALLA VECCHIA, M.,MARTINS,S.T.F.Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural.**Ciência & Saúde Coletiva**,Rio de Janeiro, v.14.n.1,p.183-193, 2009.

DIEZ-CANSECO,F. *et al*. Integration of a Technology-Based Mental Health Screening Program Into Routine Practices of Primary Health Care Services in Peru

(The Allillanchu Project): Development and Implementation. **J Med Internet Res**.v. 20.n.3.p.100, 2018.

DUARTE, J.; BARROS, A. [org.] **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. Editora Atlas S.A., 2012.

ENGEL, MG. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

FACCHINETTI, C. Philippe Pinel e os primórdios da medicina mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 502-505, 2008.

FERRAZ, R.C.F. **A medicalização dos hospitais no século XVIII**:a proposta de reforma hospitalar no discurso da Encyclopédia. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

FOUCAULT, M.. **História da loucura na idade clássica**.São Paulo: Perspectiva, 1987.

FORTES, S. *et al*. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 33. n.2, 2011.

FIGUEIREDO, M.L.R.; DELEVATI, D.M; TAVARES, M.G.Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**. Maceió, v. 2. n.2, p. 121-136,2014.

FERREIRA, T.P.S., *et al*. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface**. São Paulo, v.21.n.61, p.373-84, 2017.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FRATESCHI, M.S., CARDOSO, C.L. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**. [online] Porto Alegre, v.47.n.2,p.159-168, 2016.

FRANÇA, T. et al. Limites e possibilidades das comissões permanentes de integração ensino-serviço: percepções dos gestores. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial 3, p. 144-154, 2017.

GERBALDO, T.B. *et al* . Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde do Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v.16.n.3, p.1079-1094,2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO LVC, NORONHAS JC, CARVALHO AI. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**. v.35.n.3, 2019.

GONCALVES, D.A. et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.30.n.3.p.623-632, 2014.

GOMEZ, M.V; PENAGOS, R.A. **O círculo de cultura como dispositivo de pesquisa e intervenção educacional**. Eixo: Educação e cultura, Colóquio Internacional Paulo Freire, 2016. Disponível em < <http://www.uece.br/> > Acesso em 14/05/2018.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

HEIDEMANN, I.T.S.B. et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.26.n.4, 2017.

JUNQUEIRA, A. M. G.; CARNIEL, I. C. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v.13, n.2, p.12-22, 2012.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LANDSBERG, G. et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 3025-3036, 2012.

LEITE, L.S.; ROCHA, K.B.; SANTOS, L.M. A terra tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro. v.16, n.1, p.183-200, 2018 .

MATTA, G.C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia trabalho, educação e saúde. **Trab. educ. saúde** [online]. v.3.n.2, p. 371-396, 2005.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. **Atenção à Saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>>. Acesso em: 13/03/2018.

MARINHO, A.R.B. **Círculo de Cultura: Origem histórica e perspectivas epistemológicas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

MEDEIROS, G.T. *et al.* Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência. **Interface (Botucatu)** [online]. v..20.n.57, p. 475-484, 2016.

MEHRY, E.E. **O cuidado é um acontecimento e não um ato**, 2006. Disponível em < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-17.pdf>> .Acesso em 20/05/2018.

MOLINER, J.; LOPES, S.M.B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013

MONTEIRO, E.M.L.M.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. Bras Enferm**, Brasília. v.63. n.3. p.397-403, 2010.

PAGLIOSA., F.L. Resgatando a História da Educação permanente no município de Lages-SC. In.: ARRUDA, M.P.; KUHNEN, M. **O dia da gente: educação Permanente renovando práticas de saúde**. Curitiba: Editora CRV, 2015.

PRATA, N.I.S.S. *et al.* Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.33-53, 2017.

PETERS, K.M. *et al.* An Electronic Referral and Social Work Protocol to Improve Access to Mental Health Services. **American Academy of Pediatrics**. v.142. n.5, 2018.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

ROTELLI, F., *et. al.* Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

ROTELLI, F. A instituição inventada. **Revista Per la salute mentale**. For mental health" 1/88 – do "Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia. Disponível em <http://www.exclusion.net/images/pdf/47_bicoi_istituz.invent_po.pdf> Acesso em: 17/01/18.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da saúde**, v.16, n.1, 2002.

SALTMAN, R.B.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W **primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. New York: Open University Press, 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano operativo da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina com os 16 planos de ação regionais 2015-2018**. Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

SANDRI, J.V.A. *et al.* A comissão de integração ensino e serviço regional: sua trajetória no estado de Santa Catarina. **Rev. Bras. de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v.3, n.2, p.57-71, 2016.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D.S. A organização da política de saúde mental. In. JORGE, M. A.S. *et al.* **Políticas e cuidado em saúde mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p.41-58.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: trajetória da Saúde Pública. São Paulo: Editora SENAC, 2005

SILVEIRA, L.C.,BRAGA, V.A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev latino-am enfermagem, Ribeirão Preto** v.13.n.4.p.591-5, 2005.

SILVA, D.L.S.; KNOBLOCH, F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. *Interface*: Botucatu.v.20.n.57, 2016.

SILVA, M.J.P. (Org.) Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de Enfermagem.São Paulo: Centro Universitário São Camilo:Loyola, 2004.

SILVA, G., et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. v.37.2, p.404-417, 2017.

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

THIOLLENT, M.**Metodologia da pesquisa-ação**.São Paulo:Cortez:Autores Associados, 1986.

THIBODEAU, L. *et al.* Individual, programmatic and systemic indicators of the quality of mental health care using a large health administrative database: an avenue for preventing suicide mortality.**Health Promot Chronic Dis Prev Can**, v.38.n.7-8, p. 295-304, 2018.

TÍLIO, R. **A querela dos direitos**: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. USP: Ribeirão Preto-SP, v.7.n.37.p.195-206, 2007.

VASCONCELLOS,V.C.;AZEVEDO,C. Trabalho em saúde mental: vivências dos profissionais diante dos resultados. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.17, n.4 p.659-668, 2012.

APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Como vai a saúde mental? Diálogos e reflexões sobre as práticas de cuidado na Atenção Básica”**. Esta pesquisa está vinculada ao programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e será desenvolvida pela mestranda Carolina Francielle Tonin.

O objetivo deste estudo é compreender, sob a ótica da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Meio Oeste catarinense, as práticas de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica. Tal aspecto se dá uma vez que a Atenção Básica à Saúde (ABS) também tem como uma de suas atribuições o cuidado de pessoas em sofrimento mental, não perdendo de vista o entendimento de que a saúde mental não está dissociada da saúde geral, pois, a maioria das queixas que chegam a ABS apresentam algum componente de sofrimento subjetivo associado.

Esta pesquisa será realizada na Regional de Saúde de Joaçaba, onde ocorrem as reuniões mensais da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Meio Oeste (CIES). Desta forma, a pesquisa será desenvolvida em conformidade com a agenda de reuniões da CIES, ao longo de cinco a seis encontros, uma vez por mês, com duração aproximada de 60 a 90min.

Esta pesquisa envolverá a sua participação em conversa em grupo. Para a coleta de informações deste estudo, serão conduzidos os Círculos de Cultura de Paulo Freire. Neste método são realizadas rodas de conversas mediadas pela pesquisadora onde se propõe conhecer as vivências cotidianas, experiências, impressões, ideias, sugestões e crenças quanto às práticas de cuidado em saúde mental no contexto da ABS. Ou seja, através do diálogo será possível a condução de uma reflexão-crítica aos representantes do CIES quanto aos processos de trabalho relacionados a temática aqui proposta. Deste modo, os objetivos deste estudo serão alcançados de forma colaborativa entre todos os representantes dos CIES que estiverem presentes no decorrer do estudo.

A sua contribuição será espontânea, deste modo, você não é obrigado a responder aos questionamentos ao longo dos diálogos e dinâmicas propostas e desenvolvidos nos Círculos de Cultura. Salienta-se que para o registro legítimo e na íntegra dos diálogos a serem realizados, os encontros serão gravados em áudio e imagem. Caso você não queira ser identificado nas imagens, mas deseje participar dos encontros, o pesquisador posicionará a câmera a fim de manter sua identificação em sigilo. Estes registros serão acessados apenas pelas pesquisadoras



e utilizados exclusivamente para fins científicos decorrentes da presente pesquisa, conforme item III.1(q) da Resolução 466/2012:

A eticidade da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (RESOLUÇÃO, N°466, 2012).

Caso você concorde em participar, sua colaboração em relação à temática proposta possibilitará mudanças no modo de ver e atuar em Saúde Mental em seu contexto de trabalho, contribuindo para a ressignificação do entendimento, das fragilidades e desafios vivenciados quanto ao manejo das situações em Saúde Mental na Atenção Básica. Estes momentos propiciarão trocas de conhecimentos, fortalecimento de vínculo, reconhecimento das realidades de trabalho dos participantes, possibilitando transformações no cuidado.

Por fim, propõe-se o reconhecimento da relevância que a Atenção Básica apresenta no cuidado em saúde mental, principalmente, por suas ações estarem concentradas na proximidade com a comunidade, dado que um cuidado acolhedor e resolutivo pode transformar realidades, tanto da pessoa, quanto do cotidiano das equipes e dos territórios. A mobilização e conscientização provocadas nos Círculos de Cultura poderão proporcionar ações transformadoras, numa perspectiva de construção de novas *práxis* em saúde mental, pautadas em reciprocidade e acolhimento e nas necessidades da Região de Saúde do Meio Oeste.

É importante ressaltar que a sua participação nesta pesquisa não o (a) submeterá a nenhum procedimento considerado invasivo e não trará prejuízos para você. Entretanto, pontua-se que os riscos desta pesquisa são mínimos, considerando que você disponibilizará de seu tempo para participar dos Círculos de Cultura e pela possibilidade de gerar algum desconforto em um primeiro momento. Neste sentido, a pesquisadora estará disponível no momento dos momentos de diálogo para dirimir as dúvidas, desconfortos, constrangimentos nas abordagens, danos psíquicos ou morais que possam surgir relacionadas à pesquisa.

Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelas pesquisadoras, sua privacidade quanto aos dados confidenciais, bem como o seu anonimato – para este serão utilizados codinomes ou siglas – serão preservados. Lembre-se que os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas, mantendo sigilo sobre a sua identificação.



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Destaca-se que você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Contudo, eventuais despesas decorrente deste estudo, bem como a indenização por eventuais danos que possam ocorrer serão ressarcidas pelas pesquisadoras. Além disso, a qualquer momento, você poderá requerer mais informações sobre o estudo, assim como a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração no momento em que desejar, sem necessidade de explicação e sem qualquer penalidade.

Esse documento está escrito em duas vias, sendo que uma via ficará sob sua posse a outra com as pesquisadoras.

Desde já agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos. Se restar dúvidas, o participante poderá contatar a pesquisadora Prof.ª. Dra. Aline Megumi Arakawa no Centro de Ciências da Saúde – CCS, Campus Universitário - Trindade, pelo telefone (48) 3721-6116 ou e-mail arakawa.aline@ufsc.br, ou caso queira apresentar alguma reclamação, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, Universidade Federal de Santa Catarina, endereço: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R:Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, telefone: 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Salientamos que a pesquisa está submetida às exigências da resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012 e suas complementares.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Florianópolis-SC, _____ de _____ de 2018.

Pesquisadoras _____ / _____

Participante _____

APÊNDICE 2 - Representação gráfica dos temas geradores advindos da investigação, codificação/descodificação e desvelamento crítico (2018).

DESENVOLVIMENTO DO CÍRCULO DE CULTURA

DEFICIÊNCIA NO ACOLHIMENTO, ATENDIMENTO E DIAGNÓSTICO	FALTA DE PROFISSIONAL QUALIFICADO	FALTA DE PREPARO PARA ATENDIMENTO DE CASOS MAIS GRAVES	FALTA DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE	FALTA DE OCUPAÇÃO PARA POPULAÇÃO	FALTA DE PREVENÇÃO	PREFERÊNCIA NO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
AUSÊNCIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR	FALTA DE INVESTIMENTO NA SAÚDE MENTAL DO FUNCIONÁRIO	MODELO MÉDICO-CENTRADO E AMBULATORIAL	CUIDADO ABS NÃO RESOLUTIVO	ACOMPANHAR O PACIENTE EM TRATAMENTO	IDENTIFICAR SINAIS E SINTOMAS	BOA COMUNICAÇÃO
DISPONIBILIDADE TEMPORAL PARA DAR ATENÇÃO	SABER OUVIR O PROBLEMA DO PACIENTE	ACEITAÇÃO DE QUE OS PROFISSIONAIS TAMBÉM PRECISAM DE CUIDADO	FALTA DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	DIALOGO BOM RELACIONAMENTO COM OS PACIENTES	FALTA DE PROFISSIONAIS PARA ATENDER DEMANDA	DISPONIBILIDADE PARA DIALOGO
PREOCUPAÇÃO EM MELHORAR O ATENDIMENTO	ENCAMINHAMENTO	FALTA DE TRATAMENTO ALTERNATIVO	SAÚDE MENTAL COMO ALGO SUBJETIVO	ACOLHIMENTO DO PACIENTE EM CRISE	ACESSÍVEL	FOCO NO PROCESSO PATOLÓGICO
DEFICITÁRIO	TER PACIÊNCIA	ABORDAGEM DO PACIENTE COMO ABORDAR COM A SITUAÇÃO	NÃO TER MEDO DO PACIENTE EM SURTO	FALTA DE APOIO DE OUTRAS REDES	ATENDIMENTO DE PACIENTE EM SURTO	COMPREENSÃO DO DIENTE MENTAL

ATENDIMENTO DE TODA A DEMANDA	INTERAÇÃO COM A EQUIPE EM FRENTE AOS CASOS DE SAÚDE MENTAL	DIAGNÓSTICO	CAPACIDADE DE REAÇÃO RÁPIDA	FALTA DE FERRAMENTAS, HABILIDADES E CONHECIMENTO CIENTÍFICO	USO ABUSIVO DE PSICOTRÓPICO
-------------------------------	--	-------------	-----------------------------	---	-----------------------------

INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA

FALTA DE PREPARO DE ATENDIMENTO DE CASOS GRAVES	AUSÊNCIA DE OLHAR NA SAÚDE DO TRABALHADOR	MODELO AMBULATORIAL	FALTA APOIO DE OUTRAS REDES	FALTA PROFISSIONAL QUALIFICADO	ESTACNADA NO MODELO MÉDICO-CENTRADO COM FOCO NOS PROCESSOS PATOLÓGICOS	FALTA TRATAMENTO ALTERNATIVO
DEFICIÊNCIA NO ACOLHIMENTO, ATENDIMENTO E DIAGNÓSTICO	FALTA CAPACITAÇÃO DA EQUIPE	FALTAM OCUPAÇÕES PARA PARTE DA POPULAÇÃO	O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ABS NÃO É RESOLUTIVO	FALTA RECURSOS HUMANOS	PREFERÊNCIA NO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	VISÃO DA SAÚDE MENTAL COMO ALGO SUBJETIVO (NÃO PALPÁVEL)
DEFICITÁRIO	FALTA DE PREVENÇÃO	USO ABUSIVO DE PSICOTRÓPICO	FALTA DE INVESTIMENTO NA SAÚDE MENTAL DO FUNCIONÁRIO	FALTAM PROFISSIONAIS PARA ATENDER DEMANDA	ENCAMINHAMENTO	CUIDADO
BOA INTENÇÃO	COMUNICAÇÃO	SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR	ACOLHIMENTO	ABORDAGEM	EXPERIÊNCIA	ATENÇÃO AO PACIENTE EM URGENCIAS EM SAÚDE MENTAL

FALTA DIÁLOGO PACIENTE X EQUIPE EQUIPE X EQUIPE	FALTA DE CONHECIMENTO CIENTÍFICO PARA LIDAR COM AS DOENÇAS MENTAIS
--	--

CODIFICAÇÃO E DESCODIFICAÇÃO

INSTRUMENTALIZAR OS PROFISSIONAIS	ACOLHIMENTO (PASSO A PASSO)	INSTRUMENTALIZAR A FAMÍLIA
-----------------------------------	-----------------------------	----------------------------

DESVELAMENTO CRÍTICO

ANEXO 1 - Parecer consubstanciado do CEP-UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Como vai a saúde mental? Diálogos e reflexões sobre as práticas de cuidado na atenção básica.

Pesquisador: ALINE MEGUMI ARAKAWA BELAUDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92554218.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.814.859

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado do Mestrado profissional em Saúde mental da Universidade Federal de Santa Catarina orientada pela profa Aline Megumirakawa Belaunde e que utilizará como abordagem metodológica a pesquisa-ação tendo os círculos de cultura de Paulo Freire como proposta para a coleta de dados. A pesquisa será realizada junto a representantes da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Meio Oeste (CIES) a fim de compreender, sob a ótica da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Meio Oeste catarinense, as práticas de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica. Durante a realização dos círculos de cultura os pesquisadores pretendem fazer uso de gravação em áudio e vídeo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

•Compreender as práticas de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica sob a ótica de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço catarinense.

Objetivo Secundário:

Identificar o entendimento sobre saúde mental dos membros da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço; Verificar as práticas de cuidado em Saúde Mental utilizadas pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde; Reconhecer as potencialidades e fragilidades no cuidado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Como vai a saúde mental? Diálogos e reflexões sobre as práticas de cuidado na atenção básica.

Pesquisador: ALINE MEGUMI ARAKAWA BELAUDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92554218.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.814.859

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado do Mestrado profissional em Saúde mental da Universidade Federal de Santa Catarina orientada pela profa Aline Megumirakawa Belaunde e que utilizará como abordagem metodológica a pesquisa-ação tendo os círculos de cultura de Paulo Freire como proposta para a coleta de dados. A pesquisa será realizada junto a representantes da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Meio Oeste (CIES) a fim de compreender, sob a ótica da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Meio Oeste catarinense, as práticas de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica. Durante a realização dos círculos de cultura os pesquisadores pretendem fazer uso de gravação em áudio e vídeo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

•Compreender as práticas de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica sob a ótica de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço catarinense.

Objetivo Secundário:

Identificar o entendimento sobre saúde mental dos membros da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço; Verificar as práticas de cuidado em Saúde Mental utilizadas pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde; Reconhecer as potencialidades e fragilidades no cuidado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Como vai a saúde mental? Diálogos e reflexões sobre as práticas de cuidado na atenção básica.

Pesquisador: ALINE MEGUMI ARAKAWA BELAUNDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92554218.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.814.859

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado do Mestrado profissional em Saúde mental da Universidade Federal de Santa Catarina orientada pela profa Aline Megumirakawa Belaunde e que utilizará como abordagem metodológica a pesquisa-ação tendo os círculos de cultura de Paulo Freire como proposta para a coleta de dados. A pesquisa será realizada junto a representantes da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Meio Oeste (CIES) a fim de compreender, sob a ótica da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Meio Oeste catarinense, as práticas de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica. Durante a realização dos círculos de cultura os pesquisadores pretendem fazer uso de gravação em áudio e vídeo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

•Compreender as práticas de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica sob a ótica de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço catarinense.

Objetivo Secundário:

Identificar o entendimento sobre saúde mental dos membros da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço; Verificar as práticas de cuidado em Saúde Mental utilizadas pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde; Reconhecer as potencialidades e fragilidades no cuidado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.614.859

em saúde mental no contexto da Atenção Básica à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, pois, não submete os mesmos a nenhum procedimento considerado invasivo e que traga prejuízos, entretanto, por se tratar de um estudo que envolve a participação em conversa em grupo, por meio do desenvolvimento dos Círculos de Cultura, poderá ser gerado algum desconforto em um primeiro momento. Neste sentido, a pesquisadora estará disponível no andamento dos momentos de diálogo para dirimir as dúvidas, desconfortos, constrangimentos nas abordagens, danos psíquicos ou morais que possam surgir relacionadas à pesquisa.

Benefícios:

O desenvolvimento deste estudo trará aos participantes-colaboradores benefícios indiretos com relação ao processo de trabalho dos mesmos, pois, por meio dos diálogos propostos serão possibilitadas mudanças no modo de ver e atuar em Saúde Mental em seu contexto de trabalho, contribuindo para a resignificação do entendimento, das fragilidades e desafios vivenciados quanto ao manejo das situações em Saúde Mental na Atenção Básica. Estes momentos propiciarão trocas de conhecimentos, fortalecimento de vínculo, reconhecimento das realidades de trabalho dos participantes, possibilitando transformações no cuidado. Bem como, por meio deste estudo, conduz ao reconhecimento da relevância que a Atenção Básica apresenta no cuidado em saúde mental, principalmente, por suas ações estarem concentradas na proximidade com a comunidade, dado que um cuidado acolhedor e resolutivo pode transformar realidades, tanto da pessoa, quanto do cotidiano das equipes e dos territórios. A mobilização e conscientização provocadas nos Círculos de Cultura poderão proporcionar ações transformadoras, numa perspectiva de construção de novas práxis em saúde mental, pautadas em reciprocidade e acolhimento e nas necessidades da Região de Saúde do Meio Oeste.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante teoricamente e apresenta adequada descrição dos procedimentos a serem realizados para a investigação, bem como apresenta documentação pertinente e adequada a tramitação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado de acordo com a Resolução 466/2012, contudo não menciona contato com a

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.814.859

Mestranda que realizará a coleta de dados. O único contato informado ao participante é da pesquisadoras responsável e do CEPESH. Ressalta-se a importância de que haja o contato tanto da pesquisadora principal como de demais membros da pesquisa.

Recomendações:

incluir o contato da assistente (mestrando) de pesquisa no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1159204.pdf	26/06/2018 18:13:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	26/06/2018 18:11:36	ALINE MEGUMI ARAKAWA BELAUNDE	Aceito
Outros	ANUENCIA_CIES.jpg	26/06/2018 18:11:05	ALINE MEGUMI ARAKAWA BELAUNDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	26/06/2018 18:09:53	ALINE MEGUMI ARAKAWA BELAUNDE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Assinada.pdf	26/06/2018 18:09:20	ALINE MEGUMI ARAKAWA BELAUNDE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Agosto de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO 2 - Termo de Anuência da Pesquisa



CIES- COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO

MEIO- OESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Comissão de Integração Ensino-Serviço do Meio Oeste (CIES – Meio Oeste), tomei conhecimento do projeto de pesquisa “*Como vai a Saúde Mental? Diálogos e reflexões sobre as práticas de cuidado na Atenção Básica*” e, cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 22 de maio de 2018.

Luciana Mendes Rapozo
Enfermeira
CORENSC 107991
Sec. Municipal de Saúde

LUCIANA MENDES RAPOZO
ARTICULADORA CIES MEIO-OESTE