



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

NAYARA ALACOQUE COELHO

**PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NO
COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte

2018

NAYARA ALACOQUE COELHO

**PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NO
COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Claudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte

2018

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

Coelho, Nayara Alacoque.

C672p Processo de integração das ações em saúde mental no cotidiano dos
serviços de Belo Horizonte [manuscrito]. / Nayara Alacoque Coelho. - -
Belo Horizonte:2018.

137f.

Orientador: Claudia Maria de Mattos Penna.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência à Saúde Mental. 3. Reforma
dos Serviços de Saúde. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Penna, Claudia Maria de
Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III.
Título.

NLM: WA 305

ATA DE NÚMERO 580 (QUINHENTOS E OITENTA) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA NAYARA ALACOQUE COELHO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 7 (sete) dias do mês de novembro de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "INTEGRAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NO COTIDIANO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E CERSAM", da aluna *Nayara Alacoque Coelho*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Rita de Cássia Marques e Teresa Cristina da Silva Kurimoto, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

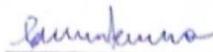
() APROVADA;

(X) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

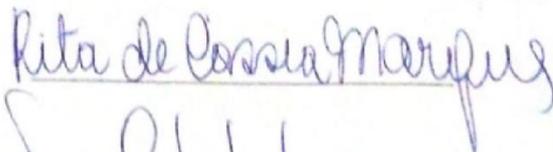
() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Patricia Prata Salgado, Servidora do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 07 de novembro de 2018.

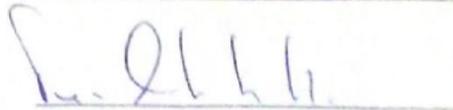
Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna
Orientadora (Esc. Enf/UFMG)



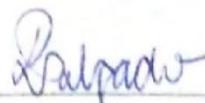
Profª. Drª. Rita de Cássia Marques
(Esc. Enf/UFMG)



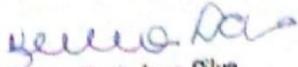
Profª. Drª. Teresa Cristina da Silva Kurimoto
(Esc. Enf/UFMG)



Patricia Prata Salgado
Servidora do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 03.11.2018


Profa. Dra. Kénia Lara Silva
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem UFMG

DEDICATÓRIA

À minha amável e querida Ana Carolina Capai Lopes Parasin, por me incentivar e me motivar à escrita. O seu apoio incondicional foi essencial para dar-me ânimo, motivo da minha persistência.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me impulsiona, inspira, abençoa e possibilita o alcance de meus sonhos e desejos.

À minha mãe, por seu amor e compreensão em minhas ausências. Aos meus queridos: Renata, Márcia, Alexandre e Willian, por compartilharem afetos e angústias. Obrigada por serem sempre presentes e por confiarem tanto em mim. Amo muito vocês!

Às minhas pequenas, Roberta, Rafaelly e Isabelly e ao meu anjinho, Théo: vocês alegam e iluminam minha vida de uma forma inexplicável. O amor de vocês é dádiva divina.

Às minhas queridas Karina, Fernanda, Jéssica e Thaís, por compartilharem os bons e maus momentos. Suas palavras de força, fé e incentivo fizeram toda diferença nessa caminhada. Nossa irmandade é para a vida inteira! Amo vocês!

Às amigas preciosas: Driely, Valéria, Prince, Nayara e Maryane. O apoio e a torcida de vocês me revigoram!

À minha orientadora, Prof.^a Dra Cláudia Maria de Mattos Penna, pelo incentivo, acolhida e pelo compartilhamento de saberes. Obrigada pelo aprendizado e pela paciência.

À Prof.^a Dra, amiga e grande mestre de vida Teresa Kurimoto, pelo apoio e aposta, pelo suporte nas horas difíceis. Por ser ternura e calma!

À Prof.^a Dra. Annette Martins, pelos bons, saudáveis e ternos encontros que sempre ampliam meu saber e iluminam minha alma.

Aos integrantes do NUPECCS, pela troca de experiências e conhecimentos, que muito contribuíram para a realização desse estudo.

À Isabela Gurgel, pela amizade e partilha. Por todo apoio nas transcrições: sua ajuda foi fundamental para a concretização deste estudo!

A todos os profissionais de saúde que lutam diariamente para oferecer um cuidado humanizado, pautado na liberdade e autonomia, em especial aos que tornaram este estudo real.

Aos pacientes, que me permitem um aprendizado constante, me motivam a persistir e a ser melhor a cada dia.

A todos que torceram, acreditaram e confiaram que este estudo seria possível: meu mais profundo obrigado!

Andar Com Fé

(Gilberto Gil)

Andar com fé eu vou,
que a fé não costuma "faiá"
Andar com fé eu vou,
que a fé não costuma "faiá"
Andar com fé eu vou,
que a fé não costuma "faiá"
Que a fé tá na mulher
A fé tá na cobra co-ral
Num pedaço de pão
A fé tá na maré
Na lâmina de um punhal
Na luz, na escuridão
A fé tá na manhã
A fé tá no anoite-cer
No calor do verão
A fé tá viva e sã
A fé também tá pra mor-rer
Triste na solidão
Certo ou errado até
A fé vai onde quer que eu vá
A pé ou de avião
Mesmo a quem não tem fé
A fé costuma acompa-nhar

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender, em uma perspectiva histórica, o processo de construção de saberes e práticas referentes à integração das ações de saúde mental nos Centros de Referência à Saúde Mental e nas Unidades Básicas de Saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem da História Oral, na perspectiva teórica da Sociologia Compreensiva do Cotidiano, considerando a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Participaram da pesquisa dezenove profissionais de saúde, que atuam por pelo menos dois anos, nos Centros de Referência em Saúde Mental e nas Unidades Básicas de Saúde. Foram utilizadas entrevistas como técnica de coleta de dados, que foram submetidas à técnica de Análise de Conteúdo Temática. Os resultados encontram-se organizados em quatro categorias: 1. Reforma psiquiátrica belo-Horizontina sob o olhar dos profissionais: traz as primeiras iniciativas reformistas e transição do cuidado realizado nos hospitais psiquiátricos para o cuidado realizado nos serviços de base comunitária e territorial, indicando quais saberes e práticas de integração foram percebidas nesse processo; 2. O louco e sua família: paciente estigmatizado e diferenciado, que trata da construção e desconstrução histórica e cultural acerca da pessoa em sofrimento mental e suas ações e rupturas que influenciam na integração entre os serviços. 3. A história construída no cotidiano dos profissionais de saúde, dividida em duas subcategorias: 3.1. O cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e 3.2. Os furos da rede no cotidiano dos serviços de saúde, as quais evidenciam no cotidiano dos serviços estudados como vem se dando a construção do diálogo, comunicação e articulação para o cuidado em saúde mental e as lacunas percebidas nos serviços para a atenção integral e global à saúde mental e 4. Experiências cotidianas exitosas, que trata das realidades presentes na vivência diária dos profissionais, seus modos de fazer e operar para a garantia da integração de ações e assistência à saúde mental efetiva. Os resultados apontam para a dinamicidade presente nas relações entre os serviços que constituem a Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte e as várias facetas encontradas na assistência oferecida às pessoas em sofrimento psíquico. Ao final, diante de limites e desafios encontrados nessa trajetória, percebem-se caminhos possíveis para a efetivação de um trabalho em rede e que garanta cuidado qualificado, exercido na comunidade, com base territorial e práticas psicossociais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Assistência à Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The present study aimed to understand in a historical perspective, the process of building knowledge and practices regarding the integration of mental health actions in the Mental Health Reference Centers and the Basic Health Units that make up the Network of Psychosocial Care of Belo Horizonte. This is a qualitative research, with an Oral History approach, within Michel Maffesoli's Comprehensive Sociology, considering the Brazilian Psychiatric Reform. The participants were nineteen health professionals who worked for at least two years in the Reference Centers of Mental Health and Basic Health Units. Interviews were used as data collection technique, which were submitted to the Thematic Content Analysis technique. The results are organized into four categories: 1. Psychiatric Reform in Belo Horizonte under the eyes of professionals: brings the first reformist initiatives and transition of care performed in psychiatric hospitals to the care performed at CERSAM and UBS, indicating which knowledge and integration practices were perceived in this process. 2. The madman and his family: stigmatized and differentiated patient that deals with the construction and historical and cultural deconstruction about the person in mental suffering and their actions and ruptures that influence the integration between the services; 3. The history constructed in the daily life of health professionals, divided into two subcategories: 3.1. Care for people in psychological distress and 3.2. The holes of the network in the daily life of the health services, which evidence in the daily life of the services studied how the construction of the dialogue, communication and articulation for the care in mental health and the perceived gaps in the services for the integral and global attention to the mental health and 4. Successful everyday experiences, that shows the present realities in the daily experience of professionals, their ways of doing and operating to guarantee the integration of actions and assistance to effective mental health. The results point to the dynamics present in the relations between the services that make up the Network of Psychosocial Care of Belo Horizonte and the various facets found in the assistance offered to people in psychological distress. In the end, faced with the limits and challenges encountered in this trajectory, one can perceive possible paths for the execution of a network and guarantee a qualified care, exercised in the community, with territorial basis and psychosocial practices.

Key words: Primary Health Care, Mental Health Assistance, Psychiatric Reform.

LISTA ILUSTRAÇÕES

FIGURA I – Mapa Representativo de Belo Horizonte com distribuição por distritos/ regionais.....	27
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela I: CERSAM distribuídos por regionais e o ano em que foram criados.....	28
Tabela II: Participantes da pesquisa realizada em serviços públicos de Belo Horizonte.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Apoio Matricial
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BH	Belo Horizonte
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM	Centro de Referência de Saúde Mental
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESM	Equipe de Saúde Mental
HO	História Oral
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPECCS	Núcleo de Pesquisa de Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PDP	Programa de Desospitalização Psiquiátrica
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVO.....	23
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	23
3.1 Tipo de Estudo	23
3.2 Cenário do estudo	26
3.3 Participantes do estudo.....	29
3.4 Coleta de Dados.....	31
3.5 Análise dos Dados.....	32
3.6 Aspectos Éticos.....	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
4.1 Reforma Psiquiátrica Belo-Horizontina sob o olhar dos profissionais	34
4.2 O louco e sua família: paciente estigmatizado e diferenciado	65
4.3 A história construída no cotidiano dos profissionais de saúde	83
4.3.1 O cuidado às pessoas em sofrimento psíquico	84
4.3.2 Os furos da rede no cotidiano dos serviços de saúde	102
4.4 Experiências cotidianas exitosas.....	108
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS	120
APÊNDICES.....	134

1. INTRODUÇÃO

Até o final do século XVIII e início do século XIX, as pessoas em sofrimento mental eram vistas como indivíduos desprovidos da razão, ameaçadores da ordem e perturbadores da paz social.

Em momentos de crise, os “loucos” eram recolhidos e confinados, nos porões das Santas Casas de Misericórdia, em prisões, em quartos próprios ou em construções especialmente criadas para esse fim. Excluídos do convívio social e sem assistência médica especializada, os “loucos” eram contidos de forma violenta e desumana. As manifestações de sofrimento psíquico, como delírios, alucinações e agitações eram reprimidas com o uso de camisas de força, violência e uso excessivo de remédios. (MOREIRA, 2013).

A fim de compreender a atual conjuntura da política de saúde mental e a assistência aos ditos loucos nos dias de hoje, é necessária uma compreensão dos fatos ocorridos ao longo dos anos. Acompanhando a trajetória brasileira da política de saúde mental, temos que a primeira lei federal, nº 1.132, aprovada em 22 de Dezembro de 1903, passou a regulamentar e organizar a assistência ao doente mental. No que se refere aos serviços ofertados para os indivíduos em crise, a referida lei previa a internação em estabelecimento específico ou domiciliar. Tal reclusão, porém, só era executada após a comprovação da existência da alienação por meio de atestados médicos (QUINTAS; AMARANTE, 2008).

Por um lado, a Lei Federal nº 1.132/1903 caracteriza o início do processo de formulação e implementação da política de saúde mental no Brasil, mas por outro, a aprovação da lei não garantiu transformações sociais na assistência psiquiátrica e nem na vida das pessoas em sofrimento mental. Dentre as críticas direcionadas à mencionada lei, destaca-se a ausência da participação social, dos técnicos e da comunidade interessada na elaboração do documento. (MOREIRA, 2013).

Mais tarde, com a promulgação do Decreto nº 24.559, de 1934 o qual dispõe sobre a Profilaxia Mental, a assistência e a proteção aos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos; a família passou a exercer o papel de cuidado ao alienado em seu próprio domicílio, cabendo a ela acionar a autoridade/internação

hospitalar quando o período de crise persistisse por mais de dois meses e reivindicar a retirada do paciente das instituições psiquiátricas(DUARTE, 2008).

Entretanto, quando os indivíduos eram classificados como psicopatas por perícia médica, eram tidos como incapazes de exercer suas atividades pessoais e civis, sendo privados do direito de ir e vir e de responder por seus atos. Assim, acabavam em reclusão e sem possibilidade de viver em sociedade (MOREIRA, 2013).

Durante os anos 60 houve um cenário desfavorável aos avanços da política de saúde mental. A partir do golpe militar de 1964, até os anos de 1970, ocorreu o fenômeno da indústria da loucura, com a exploração comercial dos serviços destinados à cura da loucura e com a possibilidade de repasse público diretamente para o privado (MOREIRA, 2013). Assim, surgiram diversas clínicas psiquiátricas privadas e, conseqüentemente, houve um aumento do número de internações excessivamente longas.

Neste período, enquanto a população internada do hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período. O movimento de internações seguiu a mesma tendência, pendendo a balança francamente para o lado da empresa hospitalar, que em 1965 internou 35.000 pessoas e em 1970, 90.000. (RESENDE, 2007, p. 61).

A psiquiatria reinava na sua prática asilar e segregadora. A forma, muitas vezes até criminosa, de atenção com as pessoas em sofrimento mental ficou evidente e passou a incomodar trabalhadores, familiares, os próprios usuários, a academia, gestores públicos, entre outros atores, trazendo à tona a situação crítica que essas pessoas se encontravam. Nesse período veio à tona a situação assustadora das condições, inclusive sanitárias, dos Hospitais Psiquiátricos em vários estados do país. O Brasil revelou-se cada vez mais excludente, depositando em suas instituições fechadas pessoas que ficavam esquecidas pelo Estado, sofrendo uma completa negação de os seus direitos civis. O número de internados aumentava significativamente, pessoas passavam a morar dentro das instituições, perdendo os laços familiares e sociais. Os hospitais da rede pública, em suas

precárias condições de tratamento eram reservados aos indivíduos desassistidos da previdência social (BIRMAN, COSTA, 2014).

Insatisfeita com os feitos do poder público, em meados da década de 1970, a sociedade civil se organizou em diversas frentes de enfrentamento do regime militar. Articulados por meio de movimentos sociais os cidadãos suscitaram críticas acerca da má qualidade da saúde e da educação, da precária condição habitacional, das crises de financiamento do Estado, exigindo ampliação do processo de democratização política (MOREIRA, 2013).

Nesse período tiveram origem duas grandes reformas: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. A Reforma Sanitária culminou no nosso atual Sistema Único de Saúde - SUS, embasado na equidade, na integralidade, na descentralização e na participação social. A Reforma Psiquiátrica propôs novas formas de cuidado à saúde mental, com a extinção dos equipamentos manicomiais e a recente configuração da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. (RADKE, 2017).

Assim como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica encontra nos anos 1970 um cenário de revolta contra as condições de trabalho, e ao modo de conceber e estruturar os serviços de saúde até então, sobretudo perpetuantes das desigualdades sociais. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM é organizado em 1978, se propondo a debater e encaminhar propostas de transformação da assistência psiquiátrica, envolvendo também associações de classe e setores e entidades mais amplas da sociedade. (QUINTAS et al, 2007).

Na Itália, o Movimento Antimanicomial, nas décadas de 60 e 70, denunciou tanto a proposição de que os doentes mentais deveriam ser isolados do convívio social em hospitais psiquiátricos, manicômios judiciários ou nos serviços especializados extramuros, quanto a violência e os maus tratos que os mesmos estavam sujeitos caso fossem internados.

Tal movimento foi capaz de conduzir uma significativa mudança nos modos de interpretar o sofrimento mental, promovendo a reestruturação de códigos e crenças acerca da loucura e da razão, bem como das estratégias para seu enfrentamento. Instituiu-se, assim, um novo olhar sobre as pessoas doentes internadas nos manicômios, reconhecendo-as como cidadãos sujeitos de direitos. Iniciou-se, assim, a construção de um modelo alternativo em prol da promoção de

justiça, da liberdade e da reconstrução dos vínculos comunitários das pessoas em sofrimento psíquico, por parte dos profissionais da saúde em relação àqueles que necessitam de cuidados (GOULART, 2015, 2007).

Frente às contestações e reivindicações do Movimento Antimanicomial e a necessidade de reformar e, posteriormente, superar o controle institucional sobre “os loucos e a loucura”, o Estado italiano constituiu uma comissão para propor a revisão da legislação psiquiátrica em vigor, que datava de 1904. Dessa forma, promulgou-se, em 1978, a Lei nº 180, conhecida como Lei Basaglia.

Acerca da Lei 180/1978, Rotelli tece as seguintes considerações:

Uma lei, portanto, que reorganiza radicalmente o setor da saúde; uma lei que implicava uma obra de engenharia sanitária muito complexa; uma lei que estabelecia que todo um pessoal político e institucional, completamente novo, deveria assumir a responsabilidade sobre a questão da saúde. Era uma lei que implicava uma concessão ‘universalística’ das necessidades; uma concessão de direitos gerais de cidadania (ROTELLI, 2001, p.94).

A constituição de tais movimentos possibilitou o questionamento das políticas psiquiátricas, as quais preconizavam que, para se tratar os indivíduos com algum tipo de transtorno mental, era necessário isolá-lo do convívio social por um período prolongado, senão definitivo, mantendo-o subjugado à ação técnica e assistencial. Em resposta a tais diretrizes, os movimentos visaram à desinstitucionalização, à desconstrução dos modelos asilares e à substituição dos serviços ofertados aos portadores de saúde mental, prezando por uma assistência que garanta a cidadania e uma nova ética que, somada à ideia de autonomia do sujeito, estivesse atenta às novas formas de exclusão social (GOULART, 2015; 2007).

No início de 1986, é inaugurado em São Paulo o primeiro serviço substituído ao hospital psiquiátrico, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS¹, fortalecendo as ações e serviços de base comunitária, fazendo um contraponto aos grandes manicômios (PITTA, 2011).

¹Este nome CAPS é utilizado pelo Ministério da Saúde para designar os novos dispositivos institucionais que sustentam uma fundamentação teórico-prática distinta dos hospitais psiquiátricos. Algumas cidades preservam este nome na identificação dos seus serviços, outras usam NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial. Em Belo Horizonte, e outras cidades, usa-se o nome CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental.

No campo legislativo, formulou-se o Projeto de Lei nº 3657/89. O projeto Paulo Delgado, como ficou conhecido, previa a extinção progressiva dos manicômios, substituição dos serviços por outros recursos assistenciais e regulamentação da internação compulsória. Apesar de não ter sido transformado em lei de imediato, o projeto tornou-se fonte de inspiração para a formulação de leis estaduais e municipais, todas com o mesmo preceito do projeto inicial (GOULART, 2015,2007).

No ano de 1990, por meio das leis 8.080 e 8.142, houve a regulamentação do SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988. Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde, integralidade das ações, equidade na oferta de serviço, descentralização política e administrativa de tais serviços, hierarquização da rede e controle social do sistema de saúde a partir da participação da sociedade.

A promulgação das portarias nºs 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde foi outra importante conquista em prol da Reforma Psiquiátrica. A portaria nº 189/91 objetivou organizar os serviços de saúde mental a partir dos princípios do SUS, instituir métodos e técnicas terapêuticas diversas nos vários níveis de complexidade assistencial, garantir a continuidade da atenção nos vários níveis, multiprofissionalizar a prestação de serviços, tornando possível a participação social nos processos de formulação, avaliação e monitoramento das políticas de saúde mental. Já a Portaria nº 224/92 teve por objetivo atribuir funções para o Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS– e para o CAPS. Por serem unidades de saúde locais/regionalizadas, o NAPS e o CAPS atendem uma população definida pelo nível local e ofertam serviços de saúde que intermediam o regime ambulatorial e a internação hospitalar, contemplando, assim, a necessidade por serviços de urgência psiquiátrica ou de internação hospitalar (MOREIRA et al, 2013).

Outro importante documento sobre os CAPS foi produzido dez anos depois: a Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Essa portaria estabelece que o Centro de Atenção Psicossocial pode constituir-se nas modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, que se diferenciam por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional; o CAPSad, (Álcool e outras Drogas), responsável pela atenção psicossocial de pessoas com transtornos decorrentes de uso e dependência

de substâncias psicoativas e o CAPSi (Criança e Adolescente), voltado à atenção psicossocial para atendimentos de crianças e adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Entre a criação do primeiro CAPS e a regulamentação da Portaria nº 336/02 ocorreram relevantes mudanças no cenário sociopolítico e econômico brasileiro, além de importantes acontecimentos na área da assistência à saúde mental, entre eles, a realização de três Conferências Nacionais de Saúde Mental e a aprovação da Lei nº 10.216/01.

A ampliação da lei 10.216 de 10 de Abril de 2001 foi de grande importância para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Como proposta buscou-se a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, a extinção progressiva dos manicômios no país, o redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. (MOREIRA, 2013).

Sob os princípios da Reforma Psiquiátrica, no ano de 2003, foi organizado um colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. Entretanto, foi somente no ano de 2010, por meio da Portaria GM nº 3.796/10, que ocorreu a oficialização do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental como instância coletiva e participativa de gestão, com o objetivo de evidenciar e consolidar a necessidade de se criar mecanismos de aperfeiçoamento da gestão tripartite da Política Nacional de Saúde Mental - PNSM. (GOULART, 2015, 2007).

Já as demandas sociais dos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, com história de longa internação psiquiátrica (02 anos ou mais de internação ininterruptos), foram atendidas pelo Governo Federal a partir da formulação da Lei nº 10.708, de 2003, que instituiu o programa “De Volta para Casa”. O objetivo deste programa é garantir efetivamente o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Pela análise da legislação e normativas orientadoras da política de saúde mental, percebe-se uma mudança na forma de entender a loucura e na sua própria denominação dos que por ela são acometidos: de loucos, para alienados, e então pessoas em sofrimento mental. A cada nova designação, reflete-se uma nova forma de compreender o problema e atuar sobre ele.

Em 2011, pela portaria 3.088 é instituída a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS constituída pelos seguintes componentes: I Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de institucionalização; e VI - Reabilitação Psicossocial.

Vale destacar a concomitância das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, que culminou na formação do SUS e posterior implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 no Brasil. Ambos os movimentos partem de princípios e diretrizes semelhantes e aspiram à construção de formas mais humanas e acolhedoras de se pensar e promover a saúde, ampliando a concepção do adoecer psíquico, o que implica na elaboração de novos modos de atenção que contemplem essa perspectiva (COSTA-ROSA, 2013).

Publicado em 1994, o documento BRASIL revela que a implantação do PSF tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Sendo o PSF estratégia que busca o cuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde de pessoas no território brasileiro, torna-se essencial que o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico se dê nas Unidades Básicas de Saúde – UBS– em articulação com os serviços substitutivos e especializados em Saúde Mental, uma vez que a atenção básica é a porta de entrada dos serviços de saúde.

Sabe-se que os CAPS são dispositivos estratégicos no cuidado às pessoas em sofrimento mental. No entanto, o número de CAPS implantados não é suficiente para atender à demanda, uma vez que eles são referência para um número muito grande de pessoas e não estão implantados em todos os municípios brasileiros.

Nesse sentido, a orientação do Ministério da Saúde é que a rede de cuidados deve ser estruturada necessariamente a partir da Atenção Básica, sendo que, nesse nível de atenção, as ações de saúde mental devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Para tanto, em 2008, o Ministério da Saúde criou a Portaria nº154, que estabelece os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF – com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família – ESF – na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Essa portaria estabelece que os NASF, constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada NASF conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Desse modo, a fim de garantir a integralidade do cuidado, a integração da saúde mental na atenção básica vai se constituindo como o melhor caminho para garantir que as pessoas com transtornos mentais recebam o cuidado do qual necessitam (HIRDES et al., 2015) Isto equivale a dizer: um cuidado que se volte não só às questões psíquicas, mas também para àquelas que, não deixando de relacionar-se ao psíquico, constituem-se problemas de saúde, como por exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

É nessa perspectiva, de cuidado integral, baseado em uma assistência em rede, que se configura o apoio matricial – AM – da saúde mental às equipes da atenção básica. O AM visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico a equipes de saúde da Atenção Básica (CAMPOS; DOMITT, 2007). Sua ideia central é compartilhar situações encontradas no território, em uma atitude de corresponsabilização pelos casos, que se realiza por meio de supervisões clínicas e de intervenções conjuntas. Dessa forma, busca-se superar a lógica do

encaminhamento/fragmentação, por meio da ampliação da capacidade resolutiva da equipe local.

O apoio matricial consiste em um arranjo organizacional para “outorgar suporte técnico” aos profissionais generalistas da atenção básica e permite a ampliação da clínica, com o resgate e valorização de outras dimensões e análise de cada caso, com projetos terapêuticos individualizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Entretanto, ao evoluir para uma proposta de rede, os cuidados passam a ser feitos e pensados por profissionais lotados em espaços físicos distintos (os especialistas nos CAPS e os generalistas nas UBS) tendo o apoio matricial como mediador, o que gera impacto nas práticas e saberes requeridos para essa nova configuração. Sendo assim, torna-se fundamental compreender como tem se dado a integração entre os CAPS e as UBS para uma assistência que garanta um cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico.

Em minha trajetória como acadêmica de enfermagem, participei durante quatro anos do projeto de extensão “Oficina de Cuidados”, desenvolvido em um CAPS de Belo Horizonte com o oferecimento de oficinas terapêuticas para os usuários do serviço. Nesse percurso foi possível perceber distanciamentos e aproximações entre CAPS e UBS para assistência não só às questões de saúde mental dos indivíduos como para as questões de ordem física e clínica. Em contrapartida, as experiências como acadêmica em UBS e atualmente como enfermeira em uma equipe de saúde da família, permitiram-me identificar fragilidades e entraves que comprometem a integração entre os serviços e, portanto, dificultam a assistência integral.

No último período da graduação tive a oportunidade de vivenciar a iniciação científica com minha atual orientadora no mestrado e participar dos estudos e discussões realizados pelo Núcleo de Pesquisa em Cotidiano, Cultura, Educação e Saúde (NUPECCS), que aborda a perspectiva do cuidado em saúde com foco na integralidade, no cotidiano dos serviços e na formação do vínculo e acesso à saúde.

As discussões e experiências possibilitaram o desenvolvimento de um estudo que buscasse a compreensão de como as práticas integrais de saúde se estabeleceram no cotidiano dos serviços de saúde mental e de unidades básicas.

Buscou-se a compreensão em uma perspectiva histórica, sobre o processo de construção de saberes e práticas para a integração das ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades básicas e nos centros de referência de saúde mental de Belo Horizonte. Tem-se por pressuposto que o vínculo e a integração devem ser estabelecidos entre os serviços e ações de uma rede em saúde para que haja uma assistência de forma integral e efetiva.

Entretanto, mesmo com as iniciativas de integração nos serviços de atenção à saúde e de acordo com a PNSM, nota-se que existem impasses para a concretude dessa integração. Devido à complexidade da proposta e da própria prática, há limites e desafios no cotidiano dos profissionais que necessitam de compreensão para a efetivação da integração entre os serviços.

Sabe-se que no advento da Reforma Psiquiátrica o cuidado no território volta-se, em particular, ao que havia de prioritário naquele momento, os pacientes egressos dos manicômios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Com o decorrer do tempo e até os dias atuais, além desses sujeitos, os profissionais generalistas e, em certa medida, também os especialistas, precisam lidar com todas as formas de manifestação do que se denomina sofrimento psíquico, o que é considerável, haja vista a prevalência de transtornos na população. De acordo com a publicação “Depressão e outras perturbações mentais comuns”, da Organização Mundial de Saúde, houve um aumento de 18% de pessoas que vivem com depressão, entre 2005 e 2015. A depressão atinge 5,8% e os distúrbios relacionados à ansiedade afetam 9,3% das pessoas que vivem no Brasil. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Dessa forma, pode-se acompanhar e compreender, do ponto de vista da PNSM, em seu aparato legal, toda a trajetória que marca a definição da importância da RAPS integrada ao SUS, o que não se pode afirmar com relação ao cotidiano dos profissionais que constroem tal integração. Isso porque, pouco se fala dessa questão nas publicações científicas, a não ser por meio da análise de experiências exitosas (HIRDES, 2015; LIMA et al., 2013; SCHMIDT, 2013; PINTO et al., 2012; SILVEIRA, 2012; VASCONCELOS et al., 2012.). Além disso, não se localizam publicações acerca dos saberes e práticas construídos por profissionais em suas

vivências cotidianas que nos permitam trilhar o processo de construção dessa integração desde as primeiras iniciativas reformistas até os dias atuais.

As pesquisas realizadas pelo NUPECCS nos últimos quinze anos buscaram analisar as práticas de integralidade desenvolvidas no trabalho cotidiano de trabalhadores da UBS e evidenciaram que uma prática pautada na integralidade da assistência constitui uma construção cotidiana, e é dependente de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. (SANTOS et al, 2015; VIEGAS et al, 2015; PENNA et al, 2014; BRITO et al, 2013; SANTOS et al, 2013; REZENDE et al, 2012; TORRES et al, 2012; VIEGAS et al, 2012; QUEIROZ et al, 2011; MONTENEGRO et al, 2010; HEMMI et al, 2009).

Assim, com foco sobre o cuidado integral, propõe-se o presente estudo, que busca a compreensão de como tem sido estabelecida a integração entre as ações de saúde mental nas UBSe nos CERSAM no cotidiano dos trabalhadores. Tem-se também como pressuposto, que a integralidade do cuidado requer um trabalho em equipe interdisciplinar, que busca no cotidiano o atendimento de forma resolutiva às necessidades apresentadas pela população.

Acredita-se que, ao revisitar a história do processo de integração de práticas e saberes da saúde mental na Atenção Primária à Saúde - APS, encontraremos elementos para, compreender o que se construiu por meio da legitimidade da experiência de profissionais de saúde que cuidam desses usuários cotidianamente. Espera-se, além disso, que este estudo possa nos permitir olhar, de modo contextualizado e inovador, para os impasses e desafios impostos pela necessidade premente de se tecer essa integração entre as ações de saúde mental no âmbito da APS. Afinal, como afirma Meihy (2011), a perspectiva histórica deve carregar consigo um caráter transformador.

Dar voz aos protagonistas da assistência à saúde é consolidar a própria Reforma Psiquiátrica. Dar voz a esses atores sociais, que participam efetivamente da assistência em saúde, possibilita reflexões e mudanças para um cuidado com qualidade, o que pode contribuir para uma melhor inserção social e o exercício de direitos da pessoa em sofrimento psíquico.

2. OBJETIVO

Compreender, em uma perspectiva histórica, o processo de construção de saberes e práticas referentes à integração das ações de saúde mental que se dão nos Centros de Referência em Saúde Mental e nas Unidades Básicas de Saúde da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa que busca o aprofundamento das percepções dos sujeitos numa dada realidade. A realidade que buscamos compreender é como vem se dando ao longo dos anos, a integração entre os serviços especializados em saúde mental e as unidades básicas de saúde.

O nosso objeto de estudo, por sua riqueza e complexidade, necessita de um olhar que penetre transversalmente as várias facetas que o compõem – seus sujeitos, suas histórias e vivências, os processos de construção envolvidos, seus limites e desafios.

Para tanto, a abordagem qualitativa mostra-se bastante precisa por convergir uma variedade de saberes e práticas que permitem desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos. A pesquisa qualitativa valoriza a figura do sujeito e de seus significados na produção dos resultados, pois se destina ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmos (MINAYO, 2010).

A adoção metodológica da estratégia qualitativa para esta investigação explica-se porque a realidade que a pesquisa propõe captar está carregada de impressões subjetivas, uma vez que se apresenta na forma de histórias sociais, sob a ótica de seus atores e suas relações com o universo estudado.

Optamos pela História Oral (HO) como base do percurso metodológico, fundamentada na perspectiva da Sociologia Compreensiva do Cotidiano

(MAFFESOLLI, 2008). Acredita-se que a versão dos diferentes atores sobre o vivido por eles pode ser tomada como práxis, ou seja, “como testemunhos dinâmicos da realidade social” (SILVA et.al, 2005: p.98). Michel Maffesoli afirma que “a sociedade não é apenas um sistema mecânico de relações econômicas, políticas ou sociais, mas um conjunto de relações interativas, feitos de afetos, emoções, sensações que constituem o *stricto sensu*, o corpo social” (MAFFESOLI, 2008, p.73).

Reconhece-se, assim, que todo e qualquer fenômeno cotidiano é passível de múltiplos olhares, compreensões distintas e representa, por si só, uma cristalização da complexidade do mundo. Para tal, adota-se uma atitude que respeita as representações populares e as minúcias que pontuam a vida de todos os dias, com vias a unir-se ao discurso polifônico produzido pela sociedade ao seu próprio respeito (MAFFESOLI, 2008).

Assim, ao assumir tal abordagem para compreender a integração entre atenção primária à saúde e saúde mental busca-se um método específico que pretende, antes de tudo, compreender e acompanhar de perto os meandros deste fenômeno da existência social. Compreender vem de *com/preendere* que significa “pegar tudo junto”, tomar tudo aquilo que foi separado (MAFFESOLI, 2006). Portanto, a proposta aqui assumida é a de descortinar, ressaltar e emoldurar o objeto de estudo que já é e existe por si próprio, no presente, e dotado de suas verdades locais.

Emerge daí também a visão de um reencantamento do mundo no qual, lançando um olhar sobre este cotidiano presente e valoroso, percebe-se o retorno potente dos afetos comuns, da emoção e da sensibilidade vividas em conjunto e presentes nas experiências humanas e nas vivências cotidianas. Não é, então, uma redução ao individual que está em questão, mas exatamente o seu oposto: a “socialidade”, o aspecto social e comunitário, as nodosidades particulares que são as pessoas e suas interações (MAFFESOLI, 2008).

A História Oral, por sua vez, permite que o indivíduo utilize sua memória na definição de um lugar social e das relações interpessoais (DIAZ, 2008). Para tanto, a HO congrega procedimentos que se iniciam na elaboração do projeto até a definição do grupo participante e colaborador (MEIHY, 2011). Neste sentido, Alberti (2005, p.30) afirma que, ao pensar em utilizar a História Oral numa pesquisa, deve-se

perguntar “o que a narrativa dos que viveram ou presenciaram o tema pode informar sobre o lugar que aquele tema ocupava (e ocupa) no contexto histórico e cultural dado?”.

A metodologia de escolha para o presente estudo estabelece-se, então, na construção de narrativas que podem se tornar "fontes do conhecimento, mas principalmente do saber", (NEVES, 2003, p. 23), pois permitirá por meio dos relatos de profissionais de saúde sobre suas próprias vivências cotidianas no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, na atenção primária à saúde e nos serviços de saúde mental, compreender como a história da integralidade do cuidado e integração dos serviços está ocorrendo.

A História Oral revela o indescritível, realidades que não se encontram nos documentos escritos (JOUTARD, 2000). Neste estudo, especificamente, busca-se investigar a temática proposta, chamando “às falas” aqueles que participaram dos processos de construção da integração inseridos, como profissionais, nos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, o tipo de História Oral utilizada foi a híbrida, que mescla a análise das entrevistas com outros documentos, promovendo um diálogo, indo além das gravações e transcrições; e a modalidade História Oral Intelectual ou Acadêmica, que se fundamenta teoricamente de forma sistemática, com procedimentos operacionais e metodológicos justificados, dialoga com a historiografia, e avalia a fortuna crítica, que considera o que já foi escrito sobre o tema, pois depende do conhecimento cumulativo. O gênero narrativo, história oral temática, versa prioritariamente sobre a participação do entrevistado no tema escolhido direto e dedutivo, no qual as questões deverão ser contextualizadas e ter uma ordem de importância capaz de definir tópicos principais segundo o narrador. A História Oral Temática corresponde a uma narração mais restrita do depoente, mais direcionada para uma determinada temática, seu compromisso é a elucidação ou a opinião do narrador sobre algum evento definido. (MEIHY, 2011).

As narrativas ganharam caráter científico quando os argumentos foram sistematizados, arranjos metodologicamente, equiparados uns aos outros em diálogo continuado e cumulativo e assumidos profissionalmente (MEIHY, 2011).

Meihy (2011) aponta que a presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão de ser da História Oral, pois além de oferecer uma mudança do conceito de história, garante sentido social à vida de depoentes e leitores, que passam a entender a sequência histórica e a se sentir parte do contexto em que vivem; nesse sentido, ela se fundamenta no direito de participação social e, portanto, está ligada à consciência da cidadania.

3.2 Cenário do estudo

A presente pesquisa teve como cenário os serviços de atenção à saúde mental e as unidades básicas de saúde de Belo Horizonte. Atualmente a RAPS de Belo Horizonte é composta pelas Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Referência à Saúde Mental, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivências e Cooperativas Sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Os CERSAM são serviços substitutivos que atendem pessoas em sofrimento mental em crise e constituem o dispositivo principal da política de saúde mental e têm como usuários prioritários, os psicóticos e neuróticos, muitas vezes, egressos de hospitais psiquiátricos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Conta com equipe multiprofissional, psicólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras; e a condução do projeto terapêutico busca a estabilização do quadro clínico, a reconstrução das atividades de vida diária e a socialização.

O município de Belo Horizonte é dividido em nove distritos /regionais: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova, conforme distribuição abaixo:

FIGURA I: Mapa de distribuição de Belo Horizonte com distribuição por distritos/regionais



Fonte: PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018.

Atualmente a RAPS de Belo Horizonte conta com treze CERSAM, sendo um serviço para cada regional, com exceção da regional Centro Sul, que é atendida pelos serviços das regionais Leste e Oeste. Dentre estes, oito CERSAM são para assistência psiquiátrica da população adulta, três para atendimento de necessidades decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas, que ficam nas regionais Pampulha, Barreiro e Nordeste e dois para atendimento infantil, nas regionais Nordeste e Noroeste. Todos os CERSAM, são classificados como nível III (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), que constituem-se como serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Conta com regime intensivo, para os casos que necessitam em situações de crise psiquiátrica

da hospitalidade noturna. O acolhimento ocorrem de 07:00 às 19:00 e após esse período, é feito no Serviço de Urgência Psiquiátrica - SUP, que possui equipe que supervisona e apoia o funcionamento noturno dos CERSAM

A tabela a seguir mostra os CERSAM de Belo Horizonte e o ano em que foram criados.

TABELA I: CERSAM distribuídos por distritos/regionais e o ano em que foram criados

Serviço	Ano de Criação
Barreiro	1993
Noroeste	1996
Leste	1997
Pampulha	1997
Nordeste	2002
Venda Nova	2002
Oeste	2002
Norte	2015
Pampulha – Álcool e Drogas	2008
Barreiro - Álcool e Drogas	2012
Nordeste - Álcool e Drogas	2014
Noroeste – Infantil	2000
Nordeste – Infantil	2016

Fonte: Elaborado pela autora

A integração da política de saúde mental do município com a estratégia da atenção básica do PSF veio fortalecer a estratégia iniciada em Belo Horizonte em 1993, e ampliar a oferta de equipamentos e serviços substitutivos. Belo Horizonte conta atualmente com 152 unidades básicas de saúde e 588 equipes de Estratégia Saúde da Família. (BELO HORIZONTE, 2018).

Fizeram parte do nosso estudo oito CERSAM, das regionais: Nordeste, Pampulha, Oeste, Leste, Noroeste, Barreiro e Venda Nova e o CERSAM infantil

Noroeste. Além desses, participaram também nove Unidades Básicas de Saúde que estão integradas e alocadas nas regionais em que os CERSAM estão inseridos e que foram escolhidas aleatoriamente, por sorteio. Os CERSAM que tinham funcionamento inferior a dois anos no momento de nossa coleta de dados foram excluídos desta pesquisa, por terem sido implantados recentemente, o que poderia dificultar o alcance do objetivo deste estudo.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde que atuavam nas UBS e nos CERSAM. Como critério de inclusão estabeleceu-se convidar profissionais que atuassem há pelo menos dois anos nos serviços de saúde. Objetivou-se, inicialmente, a inclusão de pelo menos um representante do CERSAM e da UBS por regional.

Dessa forma o estudo contou com um total de 19 participantes, estabelecidos de acordo com o critério de saturação das informações, que ocorre, segundo Minayo (2010), quando um número suficiente de dados é capaz de suscitar a reincidência das informações, sem desprezar conteúdos que possam ser significativos. Participaram desse estudo 2 médicos, 6 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 5 psicólogos, 2 assistentes sociais e 2 terapeutas ocupacionais; que tinham tempo de atuação entre 3 e 32 anos na data de realização das entrevistas, conforme distribuição na tabela abaixo:

Tabela II: Participantes da pesquisa realizada em serviços públicos de Belo Horizonte.

PARTICIPANTE	PROFISSÃO	SEXO	TEMPO DE ATUAÇÃO	LOCAL DE SERVIÇO
1	Assistente Social	F	8 anos	UBS
			2 anos	CERSAM
2	Enfermeira	F	14 anos	CERSAM

3	Terapeuta Ocupacional	F	15 anos	CERSAM
4	Enfermeira	F	23 anos	CERSAM
5	Psiquiatra	F	2 anos	UBS
			9 anos	CERSAM
6	Psicólogo	M	3 anos	UBS
7	Técnica de Enfermagem	F	32 anos	UBS
8	Assistente Social	F	10 anos	UBS
9	Terapeuta Ocupacional	F	22 anos	CERSAM
10	Enfermeiro	M	31 anos	UBS
11	Psicólogo	M	25 anos	UBS
12	Enfermeira	F	25 anos	UBS
13	Psicóloga	F	9 anos	UBS
14	Enfermeira	F	15 anos	UBS
15	Psicóloga	F	4 anos	UBS
16	Técnica de Enfermagem	F	18 anos	UBS
17	Médico	M	15 anos	UBS
18	Psicóloga	F	21 anos	CERSAM
19	Enfermeira	F	15 anos	CERSAM

Fonte: Elaborado pela autora

Os participantes foram identificados primeiramente pela formação profissional, seguidos pela ordem de participação, abreviados pela letra P – participante. A seguir, foram utilizados códigos, C- CERSAM e U - UBS, para indicar o local de trabalho do participante e na sequência o tempo de atuação nos serviços em representação numérica e utilizando a letra a, referindo-se à palavra anos, (Enfermeira - 2º P- C14a; Enfermeira - 16º P - U15a). Destaca-se que dois dos participantes possuíam no momento das entrevistas, vínculo profissional tanto em uma UBS quanto em um CERSAM, sendo assim foram identificados pelos códigos de ambos os serviços, seguidos pelo tempo de atuação em cada um deles. (Assistente Social - 1º P- C2aU8a e Psiquiatra - 5º P -C9aU2a).

3.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas temáticas orientada por um roteiro semiestruturado (Apêndice I), com o propósito de fazer emergir a vivência, a experiência e a percepção dos participantes. As questões dirigidas aos profissionais de saúde dos serviços versaram sobre:

- Experiências do entrevistado sobre a saúde mental;
- Percepção sobre as transformações ocorridas em Belo Horizonte, com relação ao cuidado em saúde mental;
- Descrição da sua história na participação nessas mudanças;
- Experiência em relação à integração dos CAPS e das UBS;
- Descrição da integração da assistência a pessoas com sofrimento mental;
- A integração das ações nos CERSAM e das UBS ao longo dos anos.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de fevereiro a junho de 2017, sendo que todas as entrevistas foram conduzidas pelo mesmo pesquisador. Inicialmente, foi realizado contato com os gerentes dos serviços para apresentação do projeto de pesquisa e, em seguida, os participantes que cumpriram os critérios de inclusão foram convidados a participar. Foi agendado um momento à escolha do participante, para que fosse realizada a entrevista, em local apropriado e de forma

individual. Os depoimentos foram, então, gravados e transcritos na íntegra para análise dos dados posteriormente. A duração das entrevistas teve um tempo médio de quarenta e cinco minutos. Não houve recusas em participar da pesquisa.

Informações sobre formação profissional, influências teóricas e pessoais, marcos significativos da história relativa ao tema da pesquisa foram coletadas simultaneamente. Esse procedimento pode resultar numa coleta de dados melhor contextualizada e com maior qualidade (MEIHY, 2011).

3.5 Análise dos Dados

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram transcritos (na íntegra), textualizados (retirada das perguntas feitas pelo pesquisador e rearranjo dos acontecimentos por meio da cronologia dos fatos e temática) e transcriados (síntese feita pelo pesquisador dos sentidos presentes nas falas) (MEIHY, 2011).

Assim organizados, os dados das entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática, por ser considerada bastante apropriada para as pesquisas qualitativas em saúde (MINAYO, 2010).

Para Bardin (2010), a Análise Temática divide-se em três diferentes fases – que foram as utilizadas como procedimento para a obtenção dos resultados neste estudo:

- 1ª fase: Pré-análise, que consiste na organização de todo o material. A recuperação das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa é feita, abrindo a possibilidade de reformulação desses frente ao material coletado e de elaboração de indicadores que possam orientar a interpretação final. A pré-análise possui quatro etapas, que são: a leitura flutuante, momento que ocorre o primeiro contato com os documentos; constituição do corpus, que envolve a organização do material de forma a responder a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formulação de hipóteses e objetivos, a partir de procedimentos exploratórios; referenciação dos índices e da elaboração dos indicadores a serem adotados na análise para, então, preparar formalmente o material.
- 2ª fase: Exploração do material, momento de escolha e codificação dos discursos que vão possibilitar a enunciação da análise. Esse recorte realizou-se a

partir dos resultados obtidos na primeira fase, em que a aplicação de códigos criados foi utilizada na decomposição das falas em temas.

- 3ª fase: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, consiste em transformar os resultados brutos em resultados significativos. É a etapa de lapidação da pesquisa. O pesquisador propõe inferências e realiza as interpretações pertinentes ao contexto teórico da investigação.

3.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi desenvolvida respaldando-se na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido à apreciação da Câmara do Departamento de Saúde Pública da Escola de Enfermagem e, em seguida, à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Este estudo foi aprovado pelo COEP com parecer número 1.840.619. Aos participantes que aceitaram participar da pesquisa, foi entregue e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice II, e solicitada assinatura após anuência. Foi assegurado o caráter de anônimo das entrevistas. A participação nesta pesquisa ocorreu de forma voluntária e todas as informações e esclarecimentos a respeito do estudo foram devidamente prestados, deixando claro que, os participantes não teriam nenhum tipo de ganho financeiro além de não haver risco de causar nenhum prejuízo ou danos em seu ambiente de trabalho decorrente da participação na pesquisa. Destaca-se que foram reservados todos os direitos dos participantes, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento no a qualquer momento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os discursos aqui apreendidos encontram-se organizados em cinco categorias, sendo a terceira dividida em duas subcategorias, conforme distribuição abaixo:

- 4.1 Reforma Psiquiátrica Belo-Horizontina sob o olhar dos profissionais
- 4.2 O louco e sua família: paciente estigmatizado e diferenciado
- 4.3 A história construída no cotidiano dos profissionais de saúde
 - 4.3.1 O cuidado às pessoas em sofrimento psíquico
 - 4.3.2 Os furos da rede no cotidiano dos serviços de saúde
- 4.4 Experiências cotidianas exitosas

4.1 Reforma Psiquiátrica Belo-Horizontina sob o olhar dos profissionais

Nesta categoria, apresentamos a construção de saberes e práticas na perspectiva dos profissionais da transição do modelo manicomial e asilar para o modelo pautado no cuidado no território e em liberdade.

Acredita-se que no cotidiano, por meio de quem viveu e vive a transição desses dois modelos é que podemos compreender a autenticidade da assistência à saúde mental.

Não tinha nem estrutura. Você não tinha psicólogo no posto de saúde. A estrutura era a mínima, era um clínico, pediatra, ginecologista, enfermeiro e os auxiliares. Não tinha essa estrutura de hoje, que tem farmacêutico, tem assistente social, tem psicólogo. (PSICÓLOGO - 7º P - U31a)

Antigamente não englobava muito dentro da unidade básica, do posto de saúde. Que antes não tinha CERSAM, existia as internações, e depois o movimento antimanicomial que foi acabando aos poucos com o paciente internado. (ENFERMEIRO - 10º P- U32a)

Não havia atendimento e não fazia parte do cotidiano das UBS a assistência à pessoa com sofrimento mental, antes do movimento da Reforma Psiquiátrica que se iniciou no Brasil no fim da década de 1970. Nesses serviços a equipe de saúde constava de clínicos, pediatras, ginecologistas, enfermeiros e auxiliares conforme 'PSICÓLOGO – 7ºP - U31a'. Somente após a implantação dos serviços substitutivos, os CERSAM, que as UBS passaram a ocupar o lugar de assistência em saúde mental, transformando a lógica de seu trabalho. Os CERSAM recém implantados atenderiam a clientela mais grave, na intenção de fazer frente aos hospitais psiquiátricos que eram as únicas referências para os pacientes nas situações de crise.

(...) Antes, eram tratados em hospitais, e clínicas, os pacientes ficavam internados. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM - 7º P - U32a)

(...). Então, ou o cara foi atendido no Galba, ficou lá em observação, depois foi liberado, ou do Galba foi transferido pro Raul Soares, ou pra outro hospital psiquiátrico, ou até mesmo pra Barbacena. (ENFERMEIRO - 10º P - U31a)

Antes da Reforma Psiquiátrica o tratamento em saúde mental era concebido no contexto do manicômio e no asilamento. Os pacientes ficavam internados em hospitais psiquiátricos públicos ou privados. O primeiro manicômio em Minas Gerais foi inaugurado em 1903, em Barbacena. Já no início de seu funcionamento, o manicômio estava superlotado pelos ditos loucos, desempregados e mendigos. O tratamento ofertado dentro dos hospitais baseavam-se em condições desumanas: eletrochoques, contenção física e química, medicação excessiva, retirada das vestes, banhos frios, entre outros (SILVA, 2005; MOREIRA, 2013; DUARTE, 2016).

No começo da implantação do projeto de saúde mental, proposto pela Reforma Psiquiátrica, Belo Horizonte era conhecida pelo elevado número de leitos psiquiátricos, cerca de 2100; que eram em sua maioria de longa permanência. Esses leitos eram distribuídos em sete hospitais psiquiátricos, dos quais seis estavam vinculados ao SUS, três públicos (Instituto Raul Soares, Hospital Galba Veloso e Centro Psicopedagógico) e três privados (Clínica Pinel, Clínica Nossa Senhora de Lourdes e Instituto Psicominas). Posteriormente, a clínica particular conveniada ao SUS, Serra Verde, em Vespasiano, teve seu gerenciamento assumido por Belo Horizonte (SILVA, 2009; ANAYA, 2004, MOREIRA, 2013).

Em Minas Gerais, no ano de 1979, promovendo uma interlocução com a bem-sucedida experiência italiana de psiquiatria democrática, realizou-se o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, o qual contou com a participação de usuários, seus familiares, jornalistas e especialistas em saúde mental como Franco Basaglia e Robert Castel². Esse evento conseguiu atingir a opinião pública de todo o país, ao ampliar as discussões acerca dos problemas enfrentados pela saúde mental para

² Franco Basaglia: psiquiatra e precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano. Robert Castel: sociólogo e pesquisador francês que dedicou seus trabalhos à psicologia e a ordem psiquiátrica.

além dos domínios exclusivos dos técnicos e profissionais da área da saúde (AMARANTE, 2003; MINAS GERAIS, 2007; DUARTE, 2016).

Durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, Franco Basaglia teve a oportunidade de conhecer pessoalmente, entre outras instituições psiquiátricas, o Hospital Colônia de Barbacena, fazendo com que a precária assistência psiquiátrica de Minas Gerais ganhasse repercussão nacional e internacional. Assim, as declarações do renomado psiquiatra italiano a respeito do hospício de Barbacena, comparando-o a um campo de concentração nazista, garantiu visibilidade mundial ao tema da loucura e à forma como vinha sendo tratada em Minas Gerais (ARBEX, 2013).

Paralelo ao III Congresso Mineiro de Psiquiatria, foram divulgadas duas denúncias que também mobilizaram a opinião pública em todo o Brasil. Uma delas foi composta pelas reportagens intituladas “Nos porões da loucura”³, do jornalista Hiram Firmino, no Jornal Estado de Minas. E a outra, de formato cinematográfico, foi o filme “Em nome da Razão”⁴, de autoria do cineasta Helvécio Ratton. Ambas as denúncias foram produções mineiras e expunham a face impiedosa do hospital psiquiátrico, além de tornar públicas as condições subumanas em que eram tratados os internos (DUARTE, 2016).

Em Belo Horizonte, diferentes espaços de críticas e debates sobre o então modelo de assistência em saúde mental foram se ampliando. Com os preceitos de que nenhuma especialidade era capaz de tratar sobre todas as questões trazidas pela loucura, criou-se o Movimento Mineiros dos Trabalhadores de Saúde Mental: um movimento marcado pela interdisciplinaridade, que teve um importante papel na implantação do Projeto de Saúde Mental destacada (SILVA, 2005).

Os estados de São Paulo e Minas Gerais, em 1982, em virtude do cenário político favorável, implantaram mudanças no modelo assistencial da saúde mental. Membros do Movimento da Luta Antimanicomial foram convidados a ocuparem cargos diretivos, possibilitando algumas intervenções nos hospitais psiquiátricos. No período, a gestão da saúde mental se orientou pelos seguintes princípios:

³Série de reportagens publicadas no Estado de Minas na década de 1970. Hiram conta a trajetória do antigo Hospital Colônia de Barbacena que com os violentos tratamentos impostos aos pacientes levaram cerca de 60 mil pessoas à morte.

⁴Documentário brasileiro de 1979. O documentário é todo filmado em preto e branco, mostrando o cotidiano dos pacientes internados no Hospital Colônia de Barbacena.

congelamento do número de leitos psiquiátricos; expansão da rede ambulatorial com um trabalho interdisciplinar (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais), cujas unidades foram equipadas dentro das possibilidades de cada realidade; regionalização dos serviços de saúde, integrando os hospitais; controle das internações; introdução dos conceitos de humanização e reinserçãosocial (SILVA, 2005; SILVA, 2009; MOREIRA, 2013).

Por mais de oito décadas, os hospitais psiquiátricos se constituíram como a principal referência à assistência à saúde mental. Diante da superlotação, a solução encontrada era ampliar o número de leitos oferecidos. As críticas dirigidas aos hospitais psiquiátricos, vistos como um lugar inadequado, desumano, de abandono e violência para tratar da pessoa em sofrimento mental, não repercutiam no financiamento da assistência à saúde mental (SILVA, 2005).

No cenário mais amplo, em 1987, foi criado o primeiro CAPS no município de São Paulo. Em 1988 constituiu-se o SUS⁵ e, em 1989, foi criado o primeiro NAPS em Santos, colocando a década de 1980 como período de eventos e práticas que mudou as políticas de saúde mental dos anos seguintes, dando início à trajetória da desinstitucionalização na atual Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995 apud SILVA, 2009).

Momento importante na trajetória dos trabalhadores de saúde mental de Belo Horizonte foi o “Encontro de Santos” em 1991. César Rodrigues Campos, psiquiatra e coordenador de saúde mental da Fundação Hospitalar do Estado Minas Gerais – FHEMIG – na época, organizou uma visita à cidade de Santos com os trabalhadores de saúde mental do Instituto Raul Soares e Hospital Galba Veloso. Nessa cidade, havia um conjunto de serviços e ações em saúde mental, inseridos na rede pública, cuja proposta assistencial atrelava-se à conquista da cidadania do louco. A visita possibilitou aos trabalhadores da FHEMIG conhecerem os NAPS, territorializados e capacitados para o acolhimento de pacientes em crise, as oficinas, as cooperativas e os Centros de Convivência, envolvidos na proposta de inserção social da pessoa em sofrimento mental. (SILVA, 2005 e SILVA, 2009).

Na época o prefeito era o Patrus Ananias, ele tinha entrado, acabado de assumir a prefeitura de Belo Horizonte, e pra mim desde então, que sou

⁵Intitulado pelas lei 8080 de 1990 e 8142 de 1990.

funcionária pública, foi o melhor prefeito que a gente teve. Ele com a saúde e educação, ele deu grandes passos. Não só na valorização da gente enquanto funcionário, enquanto servidor da população, como também para a implantação desses serviços. (TERAPEUTA OCUPACIONAL - 9º P-C22a).

Com a mudança de governo ocorrida em 1993, devido às eleições do ano anterior, os trabalhadores de saúde mental elaboraram o projeto “Uma Proposta de Programa para a Saúde Mental/SMSA/BH” encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde e ao prefeito, na época, Patrus Ananias. No projeto, os trabalhadores propunham uma nova organização da rede de saúde mental com serviços substitutivos públicos, abertos, regionalizados, denominados Centros de Referência em Saúde Mental, articulados a outros dispositivos que possibilitassem o atendimento de seus usuários em diferentes momentos, rompendo, assim, com a lógica manicomial (SILVA, 2009).

O projeto de saúde mental representava o discurso que viria orientar as práticas de todos os profissionais de saúde mental da rede de Belo Horizonte, inclusive as práticas assistenciais nos CERSAM, tornando-se um norteador para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no município.

(...)Barreiro, não sei se você sabe, era a região de BH que mais internava no Galba, no Raul Soares, por isso que começou pelo Barreiro, aí o CERSAM Barreiro foi o primeiro (ENFERMEIRA - 4º P - C23a).

Em 1993, foi inaugurado o primeiro CERSAM de Belo Horizonte, no distrito sanitário Barreiro, conforme apontado por ‘ENFERMEIRA - 4ºP-C23a’, região que apresentava elevado número de internação hospitalar. Também neste ano ocorreu o “I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial” em Salvador, reforçando o papel de movimento social da luta antimanicomial e propondo atividades junto à sociedade civil e o plano cultural (ANAYA, 2004; SILVA, 2009).

A gente passou a receber muitos egressos, por causa da desospitalização. O processo de desospitalização, eram equipes que iam nos hospitais e tentavam fazer uma avaliação daqueles pacientes e a possibilidade deles saírem do hospital (ENFERMEIRA - 4º P -C22a).

Os primeiros pacientes do CERSAM Barreiro eram egressos dos hospitais psiquiátricos, que recebiam ‘alta’ após uma avaliação para a possibilidade de residirem com seus familiares.

Uma supervisão aos manicômios foi iniciada em 1993, colocando em cada hospital psiquiátrico público ou privado, conveniado ao SUS, um supervisor hospitalar. Esses supervisores eram psiquiatras que, participando diariamente da rotina do hospital, avaliavam e exigiam qualidade de serviços e um atendimento mais “digno” aos internos. O resultado do trabalho dos supervisores foi apresentado na Escola de Saúde de Minas Gerais (ESMIG) no final de 1996. O trabalho dos supervisores resultou em um estudo dos óbitos ocorridos na Clínica Serra Verde em 1995, onde se verificou o aumento de 100% do número de óbitos em relação a 1994. Denúncias foram encaminhadas ao Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM/MG), ao Ministério Público e à Auditoria do Estado, exigindo a mudança da assistência oferecida pela clínica, com repercussões nos outros hospitais. Em 1996 foi a vez das clínicas Pinel e Nossa Sra. De Lourdes sofrerem processo administrativo pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, após advertências feitas em virtude do tratamento oferecido a seus pacientes (ANAYA, 2004; SILVA, 2005; SILVA, 2009; MOREIRA, 2013).

Em 1995, foi aprovada pela Assembleia Legislativa Mineira a lei nº 11.802/95, conhecida como “Lei Carlão”, estabelecendo as diretrizes legais da reforma da assistência psiquiátrica no Estado. A lei determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária. Assim, essa lei oficializou o processo de reforma psiquiátrica em Minas Gerais, legitimando as ações que já vinham sendo realizadas e permitindo agenciar outras ações como a reorientação dos investimentos financeiros, antes destinados ao manicômio, para a implantação de serviços substitutivos, a humanização da assistência e o reconhecimento da cidadania do louco. (SILVA, 2009; MOREIRA, 2013).

E posteriormente aqui o noroeste. Então o CERSAM Barreiro já tinha uns 2 anos de funcionamento quando a gente começou essa equipe aqui, a constituir o CERSAM Noroeste. (ENFERMEIRA - 4º P - C22a).

Em 1995 foi inaugurado o segundo CERSAM, no distrito sanitário mais populoso do município, o distrito Noroeste, dois anos após a criação do primeiro. (ANAYA, 2004; SILVA, 2009). No local em que esse serviço foi criado, existia um serviço de especialidade psiquiátrica como veremos nas falas abaixo:

Porque aqui esse galpão, onde é o CERSAM NOROESTE atualmente, era um grande ambulatório da psiquiatria. Então atendiam aqui, pacientes de todo o estado. Eram vários psiquiatras, que chegavam cedinho com a agenda toda fechada já. Então o paciente tinha consultas, marcavam ele de 2 em 2, 3 em 3 meses. As pessoas chegavam na porta mesmo, "A fulano é receita disso e tal..." fazia a prescrição, nem olhava para o paciente. O paciente mal sentava na cadeira. Não existia um tratamento assim. Na verdade era uma renovação de medicamento de uso contínuo, mas não existia uma conversa pra saber se aquele sujeito tá melhor, se podia reduzir aquela dose. (TERAPEUTA OCUPACIONAL - 9º P - C23a)

E existia aqui ao lado um PAM (Pronto Atendimento Médico) que também era conhecido como PAM psiquiatria que era um serviço ambulatorial. E dentro desse serviço existia uma equipe multiprofissional muito pequena. Porque na verdade o grosso mesmo, a grande frente de trabalho desse PAM psiquiatria era consulta psiquiátrica que era oferecida aqui sem nenhum sistema de referência e contrarreferência. Os centros de saúde podiam encaminhar, porém existia demanda espontânea na porta da cidade inteira aqui. E aí, depois da constituição de 88, vem no começo dos anos 90 a passagem desse serviço, isso era um serviço federal, pertencia ao antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), então aí de 88 a 92 houve o processo de estadualização desses serviços, então ele passa pra também administração do estado e em 92, ele passa para a administração do município. Aqui na noroeste a gente sempre trabalhou organizando esses centros de saúde tendo como uma visada que esses serviços federais seriam municipalizados. Então em 93, quando o município assume de fato a administração, aí o distrito noroeste, a gente assume esse PAM psiquiatria na perspectiva de transformar esse serviço que era municipal, atendia a cidade inteira, para um serviço que atendesse ao distrito noroeste. (PSICOLÓGO - 18º P - C21a)

Antes da criação do CERSAM Noroeste, entre 1990 e 1994, havia atendimentos psiquiátricos no serviço de atendimento público em psiquiatria geriátrica do Estado, que funcionava no antigo Posto de Atendimento Médico (PAM) Padre Eustáquio, situada na rua de mesmo nome regional pertencente ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social INAMPS⁶, que era de administração federal. Posteriormente esse serviço passa para o controle do estado e logo depois para a administração dos municípios, após a criação do SUS

⁶O INAMPS, autarquia federal, foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). A assistência médica aos segurados foi atribuída ao INAMPS que foi extinto em 1993, pela Lei nº 8.689, e suas competências transferidas às instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS, com a constituição de 1988.

que consagrou o direito universal à saúde e a unificação/descentralização para os estados e municípios da responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde.

Na descrição da Terapeuta Ocupacional - 9ºP-C23a e do Psicólogo - 18º-C21a, o serviço de psiquiatria geriátrica não garantia a circulação social e a atuação de equipemultidisciplinar no cuidado à saúde mental, mas sim, constituía-se como serviço médico centrado e os atendimentos resumiam-se à prescrição de medicamentos. Em 1996 com a criação do CERSAM Noroeste no local, esse serviço foi desativado.

A gente assume essa área física, os funcionários, e a partir daí, o que que a gente faz? Dentro dessa área que são esses 3 prédios aqui que hoje é o centro de convivência, o CERSAM infantil e o CERSAM. Os profissionais que atendiam nesse ambulatório foram distribuídos para os centros de saúde e pra outros equipamentos na área da saúde, porque eram muitos, por exemplo, era um volume enorme de psiquiatra. Não sei nem te dizer hoje, mas era mais de 20, 30 psiquiatras só aqui nesse quarteirão com consulta. (Terapeuta Ocupacional - 9º P -C22a)

Aí esse desmonte parece que foi, esses psiquiatras foram sendo realocados, nos postos de saúde. Porque aí que entra a história da unidade básica. (Psicólogo - 18º P - C21a)

Com o fim da lógica de atendimento do ambulatório psiquiátrico no PAM, o CERSAM Noroeste foi criado no mesmo local, em que atualmente também funciona um CERSAM para atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento mental e um Centro de Convivência⁷. Os psiquiatras foram realocados nas UBS e estas, passaram a ofertar os primeiros atendimentos às pessoas com sofrimento psíquico.

Segundo Corrêa (2018), coordenador do ambulatório psiquiátrico no PAM, havia uma média de duzentos atendimentos pela equipe por mês nesse serviço e com a mudança da política municipal, o atendimento foi desativado, assim como o próprio PAM. Para esse autor, os psiquiatras foram impositivamente transferidos para as UBS da prefeitura na periferia, ocasião em que alguns se aposentaram ou se demitiram do Serviço Público.

⁷Portaria 3.088 de 2011.Os Centros de Convivência são dispositivos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental brasileira, onde são oferecidos às pessoas em sofrimento psíquico espaços de sociabilidade, de trabalho, lazer, cultura, saúde, entretenimento, inclusão social, discussões e posicionamentos sobre problemas de sua comunidade.

Paralelo a criação do CERSAM Noroeste, outros serviços substitutivos foram sendo implantados ao longo dos anos:

Aí foi criando o leste, aí foi uma sequência assim de CERSAM, que aí a gente já pode já ir distribuindo. A gente ainda contava com a ajuda dos hospitais com relação à noite. Então, a gente, às vezes, precisava fazer um contato com o Raul ou com o Galba, pra acolher a noite. No outro dia, a gente ia lá buscar, porque não tinha o leito noturno e não tinha como dormir na família, porque a família 'tava' rechaçando naquele momento, né? (Enfermeira - 4º P - C23a)

Em 1996, foram inaugurados mais dois CERSAM, o Leste, responsável pela demanda da região Leste que, antes, era encaminhada para o Instituto Raul Soares e o Pampulha, abraçando além da população da regional Pampulha, mais duas regionais próximas geograficamente à sua: Venda Nova e Norte (SILVA, 2009, MOREIRA, 2013).

A princípio, contou-se com a ajuda dos hospitais psiquiátricos para hospedagem noturna dos pacientes, pois os CERSAM ainda não ofertavam hospitalidade noturna e muitos familiares não tinham condições de acolher seu ente doente. Mais tarde, os CERSAM foram ampliados e começaram a atender a demanda noturna.

E depois criou a hospitalidade noturna que a gente ficou mais tranquilo. Começou com duas unidades só, né? Na Pampulha e no Barreiro, que tinham os leitos noturnos. Aí a gente mandava pra lá, até a gente conseguir criar no nosso também. (Psicólogo - 18º P - C21a)

Em 2002 foram inaugurados outros três CERSAM nos distritos sanitários Nordeste, Venda Nova e Oeste, totalizando sete CERSAM no município. Além disso, os CERSAM Leste e Pampulha passaram a funcionar 24 horas por dia, todos os dias, oferecendo hospitalidade noturna aos pacientes que necessitassem de acompanhamento no período da noite. Nessa primeira experiência, os dois serviços que funcionavam 24hs eram responsáveis por oferecer, no período noturno, pernoite para os pacientes indicados, além de pacientes designados dos outros três CERSAM e acolhimento de novos casos de urgência do município. Os CERSAM que funcionavam 24 horas dispunha de uma equipe, no período noturno, formada por um médico e três auxiliares de enfermagem. (SILVA, 2009; MOREIRA, 2013).

Esse primeiro momento da hospitalidade noturna, embora tenha representado algum avanço, trazendo a possibilidade de oferecer um cuidado integral ao paciente

em crise, foi alvo de críticas e questionamentos por parte dos profissionais dos demais CERSAM, que tinham dificuldades para conseguir pernoite para seus pacientes (SILVA, 2009). Mais tarde a hospitalidade noturna passou a ser oferecida em todos os CERSAM de Belo Horizonte.

O CERSAM Venda Nova começou, porque o CERSAM Pampulha atendia o pessoal de Venda Nova, então a gente redividiu as áreas. Então, a gente começou a atender Venda Nova inteiro e tinha paciente que estava no CERSAM Pampulha, que foi transferido pra gente. Então, os primeiros pacientes da gente, foram pacientes que estavam no Pampulha. Foi chamado muito profissional pra está ocupando as vagas. Então, a gente ficou um tempo no CERSAM Pampulha, pra ficar conhecendo os profissionais do serviço pra depois está vindo pra cá. Então, alguns pacientes que a gente acolheu lá, a gente trouxe e alguns pacientes que já estavam acolhidos, que já estavam tratando lá, vieram pra cá. (Terapeuta Ocupacional - 3º P - C15a)

Os primeiros pacientes do CERSAM Venda Nova, recém criado eram pacientes acompanhados no CERSAM Pampulha. O apontamento feito por 'Terapeuta Ocupacional - 3ºP-C15a', de que a criação gradual do CERSAM Venda Nova, possibilitou aos profissionais que iam sendo contratados, que foram chamados para estarem ocupando as vagas de trabalho nesse serviço, um pré acompanhamento da rotina do CERSAM Pampulha e uma aproximação com a saúde mental, antes de assumirem efetivamente seus cargos.

Infere-se que isso foi importante estratégia para a consolidação de uma nova forma de saberes e práticas acerca da loucura, a construção planejada baseada na capacitação dos trabalhadores para a vigente proposta. É fundamental pensar que, apesar de haver grande necessidade de abrir novos serviços para dar conta da demanda de desospitalizados e os casos novos que vem surgindo, a priorização da capacitação/formação dos trabalhadores é essencial para a um projeto de saúde mental sólido e efetivo.

Então o movimento de luta antimanicomial culminou na criação dos serviços substitutivos, provocando mudanças na lógica de cuidado hospitalocêntrico e manicomial. Esse período também, foi de grandes mudanças no contexto da atenção básica em saúde.

Ficava muita gente sem ter acesso e não existia aquela situação assim: "Ah você mora em outro município então você tem que ser atendido no seu município". Belo Horizonte tinha pouquíssimos psiquiatras, você imagina o

interior. Conseguiu a vaga, era atendido, não existia o acolhimento, essa triagem dos casos mais graves. A gente num tinha PSF, a gente não tinha enfermeiro por equipe, eu praticamente não tinha contato com o paciente da psiquiatria, só quando chegava algum assim, muito surtado que aí, a gente ajudava a medicar. Era um enfermeiro pra atender, puericultura, na época a gente tinha muita criança desnutrida. (Técnica de Enfermagem - 7º P - U32a)

Aí depois eu formei em 85 e 86 eu fui trabalhar na unidade básica de saúde no Barreiro. Que nesse momento, em 86, 'tava' sendo criadas equipes de saúde mental nas unidades, que é o primeiro movimento da prefeitura, isso antes da constituição de 88, do que ainda era, na época, as ações integradas de saúde. (Enfermeira - 12º P - U25a)

Enfermeira - 12ºP- U25 destaca que em 1986 começaram a ter profissionais especialistas em saúde mental nas UBS que compunham as Equipes de Saúde Mental – ESM. Nesses serviços atendiam-se pacientes independentes do local de residência, pois a assistência à saúde não se utilizava à época dos conceitos de regionalização e território adquiridos com criação do SUS na Constituição de 1988. Os atendimentos eram por ordem de chegada e por distribuição de vagas, não se levando em consideração a priorização dos casos urgentes e a distribuição territorial dos usuários. Os profissionais já lotados nos serviços, médicos e equipe de enfermagem, começaram a ter os primeiros contatos com as pessoas em sofrimento mental, mas que ainda não faziam parte da prioridade de suas assistências. Como destaca 'Técnica de Enfermagem - 7º P - U32a', "só quando chegava algum assim, mais surtado que aí a gente ajudava a medicar". Mais tarde, com a implantação do PSF, toda essa lógica de atendimento foi alterada.

Durante os anos 1980, os trabalhadores mineiros envolvidos com os movimentos da Reforma Psiquiátrica propuseram e implementam ações no campo da saúde mental, fazendo com que diversas mudanças ocorressem nesta política. Em relação à ampliação da saúde mental ambulatorial, por exemplo, essas mudanças se deram na perspectiva das Ações Integradas de Saúde (AIS), visando o fortalecimento de um sistema de saúde unificado e descentralizado, focado, sobretudo, em ações integrais que fossem capazes de superar as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar. A abertura do espaço para a participação popular, bem como a estruturação dos serviços e ações em saúde de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada então postas para os

municípios eram francamente defendidas pelo Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental. (DUARTE, 2016).

Isso porque os princípios da luta pela extinção do manicômio estavam absolutamente alinhados com os princípios e diretrizes do SUS, sobretudo com a ideia de descentralização da assistência em saúde mental.

Aí depois que passou a ter os hospitais dia, e que eles vinham, quando começou a vir a equipe de psicólogo e psiquiatra 'pra cá', deve ter mais ou menos uns 20 anos por aí, ou até mais, uns 25 anos eu acho, mas antes era só psicólogo, assistente social, e depois passou a ter psiquiatra. (Técnica de Enfermagem - 7ºP- U32a)

Veio primeiro a gerente e ela falou que ia começar a vir pacientes que iam ser atendidos aqui, né. Mas assim, não tinha na farmácia medicamentos de saúde mental. À medida que as pessoas iam procurando a unidade, que elas tinham consciência, eu acho que elas iam nos hospitais, e os hospitais passavam pra eles do atendimento que 'tava' tendo aqui na unidade. (Assistente Social - 8º P- U31a)

Para as UBS, a assistência em saúde mental deu-se com a composição da ESM, com psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Essas equipes, atuavam nas UBS objetivando, principalmente, evitar que o paciente psiquiátrico chegasse à internação hospitalar.

A princípio, o Programa de Saúde Mental de Belo Horizonte, buscava formular, uma concepção de saúde integral “o famoso trinômio do bio-psico-social. Por isso, as primeiras equipes de Saúde Mental respeitavam essa conformação: psiquiatria (bio), psicólogo (psico) e assistente social (social)”. (NETO, 2008, p. 20)

Além disso, até esse momento não havia medicações psiquiátricas disponíveis nessas unidades, que foram sendo incorporados à rotina da assistências desses serviços de forma gradual.

Acho que o PSF deve ser mais ou menos de 2004. E, a partir daí a gente foi conhecendo mais as pessoas também porque aí começamos a ter um vínculo por causa do PSF, ia nas casas e conhecia as famílias, ficar conhecendo pessoas com sofrimento mental, que a gente nem conhecia, e tudo, e com isso, foi tentando trazer pra cá e tudo. (Técnica de Enfermagem - 7º P - U32a).

O PSF surgiu no Brasil, em 1994, veiculando ser uma estratégia para reorientar/reorganizar/reformular o modelo assistencial em saúde, que estava centrado na doença e no médico, não no indivíduo como sujeito de direitos, e nem na equipe de saúde como deveria ser. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Em Belo Horizonte, o PSF foi implantado em 2002 com 176 ESF em 127 centros de saúde. (BELO HORIZONTE, 2018). Dessa forma, os profissionais que compunham as unidades básicas em saúde de Belo Horizonte, presenciaram várias mudanças conjuntas iniciadas pela transição do modelo de saúde, em especial a assistência à saúde mental no setor primário de saúde.

Então com o processo de desospitalização em curso, os pacientes da saúde mental começaram a ser atendidos numa nova lógica de cuidado:

Porque a gente queria se tornar mesmo essa referência. Então a gente atendia tudo que viesse. Se não era urgência, a gente encaminhava pro posto, tentava uma conversa. Aí a gente percebeu mesmo que a gente precisava dessa aproximação. Então nos primeiros anos a gente fez muito isso, assim. Fazia uma carta explicando o quê que era o CERSAM, ia até os postos, chamava o pessoal pra vir até aqui. (Terapeuta Ocupacional - 9º P - C22a)

Então, à medida que os casos iam chegando nos CERSAM, eram classificados quanto a gravidade, sendo uns acompanhados no próprio serviço e outros, não urgentes, encaminhados para as UBS.

A grande demanda de atendimentos, a complexidade da clínica psiquiátrica, a modificação da visão de cuidado em saúde mental e a criação de serviços substitutivos aos manicômios levaram à necessidade de um cuidado integrado entre CERSAM e UBS, ambos centrados na lógica do cuidado no território e na comunidade. Como apontado por 'Terapeuta Ocupacional - 9ºP-C22a', houve um esforço dos profissionais do CERSAM, para facilitar o entendimento por parte dos profissionais das UBS, quanto às mudanças na assistência em saúde mental e uma primeira aproximação foi iniciada, com o uso de cartas explicativas e o contato físico entre os profissionais dos diferentes serviços. Os CERSAM atenderiam os casos considerados mais urgentes, pacientes em crises agudas, em situações de surto, com riscos para si mesmo e para outros, e as UBS, com suas equipes de saúde

mental, atenderiam os casos que não estavam em crises agudas, estáveis do ponto de vista psiquiátrico.

Essa seleção dos casos mais graves era possível porque a criação dos CERSAM teve algumas especificidades em relação aos profissionais que neles atuariam:

Foi uma, uma batalha muito grande assim, uma história muito grande nesses 22 anos de criação do CERSAM. A gente tinha um engajamento político muito grande. Grandes discussões teóricas mesmo, sabe. (Terapeuta Ocupacional - 9º P - C22a).

Os primeiros CERSAM de Belo Horizonte, já nascem com o ideal do cuidar em liberdade, centrado no território e com a necessidade de desospitalização, o que permitiu um suporte teórico para o desenvolvimento de novos conhecimentos.

Percebe-se uma dicotomia, ao se estabelecer a assistência à saúde mental nas UBS e nos CERSAM. As UBS já existiam quando a equipe de saúde mental começa a ser constituída e, ao contrário dos CERSAM, não foram criadas com o intuito primário do cuidado em saúde mental. Ainda, ao contrário das UBS, nos serviços substitutivos, os recursos humanos constituíam-se por profissionais com engajamento político e teórico na defesa da luta antimanicomial. Assim, tem-se dificuldades para os profissionais da UBS que não faziam parte do contexto de mudanças e empenho com os ideais propostos pela Reforma Psiquiátrica.

Ademais, com exceção das ações de aproximação entre CERSAM e UBS, destacadas por 'Terapeuta Ocupacional - 9º P-C22a': "Fazia uma carta explicando o quê que era o CERSAM, ia até os postos, chamava o pessoal pra vir até aqui", a implantação das práticas de cuidado à saúde mental nesse período se deu de forma isolada. Não houve um projeto político que articulasse às ações que estavam sendo realizadas nas UBS com as desenvolvidas nos CERSAM que foram sendo criados.

Nós temos o doutor aqui, que é o psiquiatra, tá conosco também desde o início. Ele é nosso mentor assim, teórico. Então esse sustentáculo teórico a gente sempre teve assim, da equipe também, por parte dele e também por outros profissionais maravilhosos. Que a gente não era simplesmente discussões assim, de pontos de vista desembasados, pessoas despreparadas, que não sabiam onde queriam chegar, era uma equipe e reuniões muito interessantes, muito aguerridas, de muita defesa, de ponto pessoal. (Enfermeira - 4ºP - C23a)

As supervisões desde sempre, foi uma coisa meio que condição, sabe, pro CERSAM abrir, aí vinha os psicanalistas mais feras assim, que hoje nem chega perto. Aí vieram o povo mais fera e dava supervisão pra gente. (Enfermeira - 19º P – C15a)

A criação dos primeiros CERSAM foi acompanhada por discussões com importantes psiquiatras e psicanalistas da época. Isso mostra que tais serviços foram idealizados, constituídos com um arcabouço teórico e por um esforço pessoal e profissional na busca pelo cuidado em liberdade e a inserção social da pessoa em sofrimento mental. Embora a 'Enfermeira - 4º P - C23a' destaca um psiquiatra como referência teórica, a lógica de constituição dos CERSAM é em um saber horizontalizado, em que a interdisciplinaridade ganha espaço em detrimento do saber médico centrado.

Também, como dito por 'Assistente Social - 9ºP-C15a', a supervisão clínico-institucional, surge no início da criação dos serviços substitutivos, a fim de dar suporte para os profissionais que montavam as equipes desses serviços, no acompanhamento das pessoas com sofrimento mental.

A supervisão é um momento em que os profissionais se reúnem e discutem algum caso escolhido por eles, geralmente de difícil manejo, e contam com o auxílio de um supervisor, na maioria das vezes de formação psicanalítica, para elaboração de ações e condutas frente ao caso discutido. Ainda hoje, ela faz parte da RAPS de Belo Horizonte. Preconiza-se que a discussão dos casos clínicos deve sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão e a política pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Espera-se que o supervisor inicie sua tarefa contando com condições propícias de acolhimento pela equipe, de modo a também acolhê-la em suas dificuldades, tensões internas, sobrecarga, construindo um ambiente de trabalho favorável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A gente tem uma reunião que é de micro, são a cada três semanas, a gente tem duas reuniões aqui e uma reunião de microárea. Essa de micro, ela reúne todas as microáreas, então a gente tem supervisão de caso, as UBS, trazem os casos, o CERSAM traz casos, a gente faz um agendamento, eu tenho um caso que é mais complexo, que precisa discutir então tem a supervisão de caso. Depois da supervisão de caso, tem as reuniões das micro, no mesmo dia, no mesmo espaço. Então, agente reúne, se eu tenho um caso que eu vou encaminhar para a UBS, ele está de alta do CERSAM, ele vai ser encaminhado para a continuidade do tratamento na UBS, já

estabilizado, eu vou chegar e passar o caso para a UBS, os representantes estão lá. (Psiquiatra - 5º P - U2aC9a)

Há semanalmente reuniões entre a equipe multiprofissional do próprio serviço, em que se discutem os casos, as fragilidades e potencialidades encontradas no cotidiano de trabalho. A cada 21 dias, são realizadas reuniões em que além dos profissionais do CERSAM, participam profissionais das UBS e de outros componentes da RAPS. Nessas reuniões há a presença de uma supervisora que orienta e promove a discussão de um caso escolhido pelos profissionais, e que estejam com dificuldades na condução do tratamento. Após a supervisão do caso, os profissionais dos CERSAM e das UBS, reúnem-se no que eles denominam como “reuniões de micro”, em que ocorrem discussões de casos específicos segundo a área de abrangência, denominadas de microáreas⁸ de cada profissional ou equipe.

Olha os profissionais do PSF são convocados, uns vem, outros não vem, a dificuldade da UBS, é que eles muitas vezes eles não fecham a agenda existe essa dificuldade, entendeu. Mas o pessoal da equipe da saúde mental é mais sensível, então a UBS que tem a saúde mental participa mais ativamente. Tem alguma UBS que ainda não tem, ou tem uma fragilidade, aí tem mais dificuldade, mas já é uma coisa definida, que é um cronograma definido por ano das reuniões. (Enfermeira - 2º P - C14a)

Eu acho que a gente trabalha muito mais isolado do que a gente deveria trabalhar. A gente tem as reuniões ampliadas em que a gente deveria encontrar e conversar com as equipes de saúde, mas eu acho que são reuniões muito protocolares. Então a gente leva um caso pra discussão, muitas vezes fica um pouco mais superficial, fica nesse caso e isso limita muito. Então assim, a gente hoje mesmo ‘tava’ discutindo na reunião de equipe essa questão de como se faz essa ponte entre CERSAM e a UBS, como que faz esse contato. Eu acho que desde o início que a gente sempre teve muito essa dificuldade, a gente sempre teve muito essa questão, o contato tem que ser sempre via discussão nas reuniões ampliadas e já tiveram vezes da gente pedir enfermeiro, médico e a gente não consegue. (Psiquiatra - 5ºP - U2aC9a).

O PSF muitas vezes não está lá, a ideia é convidá-los, mas pela agenda dos centros de saúde, muitas vezes, ou eles não são liberados ou eles não tem tempo, não dá, tem várias questões aí. (Psicóloga- 13º P - U9a)

Mesmo com a definição de uma agenda de reuniões entre CERSAM e UBS, há dificuldades delas ocorrerem de forma planejada pela ausência dos profissionais da UBS, que por vezes não têm disponibilidade para participação. Os profissionais

⁸ As reuniões de microáreas serão aprofundadas na categoria 4.3 deste trabalho.

apontam que quando nessas unidades existem profissionais de saúde mental, elas ocorrem de maneira mais ativa em relação àquelas que têm apenas profissionais da ESF.

Para 'Psiquiatra - 5ºP - U2aC9a' nos momentos em que as equipes dos CERSAM e das UBS se reúnem por microáreas para discussão de casos específicos, os encontros ficam muito protocolares e limitados à passagem de casos de um serviço ao outro. O tempo que se destina ao contato entre os serviços é avaliado como curto, não tendo possibilidade para real discussão e, o fato de os profissionais das ESF nem sempre estarem presentes nas reuniões torna ainda mais superficial o debate em relação aos casos.

Em um estudo realizado por Arce et al (2017), com equipes do PSF, percebeu-se que os profissionais reconhecem que sua vinculação direta com profissionais da saúde mental poderia contribuir muito para a inserção de ações de cuidado às pessoas com adoecimento mental nas UBS. Entretanto essa vinculação direta, muitas vezes é dificultada pela grande demanda do PSF, seja pelo cumprimento de protocolos instituídos, ou pela grande demanda de casos para um número limitado de profissionais presentes nos CAPS.

No trabalho de Araujo et al(2012) a rede de atenção psicossocial analisada foi comparada a um arquipélago, composto por ilhas, e caracterizada apenas por sua localização em uma mesma região, mas sem comunicação entre elas. A apresentação dessa rede expressa sua distância com relação ao que é preconizado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Há que se considerar a grande demanda dos serviços e a dificuldade de interromperem suas atividades para participarem de encontros fora do ambiente de trabalho, mas também a lógica de atuação de muitos generalistas, que não se sentem responsáveis pelo cuidado em saúde mental, pois muitos profissionais consideram que o usuário ao procurar por um serviço com uma questão de saúde mental, ou precisa ser ouvido pelo psicólogo ou atendido pelo psiquiatra para prescrição de medicamentos (RODRIGUES et al, 2012; GRYSHECK et al, 2015; CAMURI et al, 2010)

Em contrapartida, quando se tem nas reuniões, a participação de profissionais da ESF:

Amarração é boa porque o ACS participa então ele conhece a região ele conhece a área, muitas vezes a gente acha que o paciente tem um bom suporte, e eles falam assim, “não, mas ele mora com um monte de gente na casa, mas ninguém tá nem ai pra ele não, né, ele mora num quartinho isolado, fechado, trancado”. (Enfermeira - 2º P - C14a)

A gente discute os impasses no caso, que o posto tá encontrando, de acesso, e às vezes o paciente não aceita o ACS chegar, como é que a gente vai fazer? Que estratégia, entendeu? Eu fiz a última ata da reunião que foi muito nesse sentido de uma senhorinha idosa, que ‘tava’ trancada dentro de casa. Eles queriam trazer ‘pro’ CERSAM, mas ela tem 90 anos, no mínimo uma avaliação clínica bem feita ela precisa primeiro. Ela ‘tá’ trancada em casa, talvez desnutrida. Só uma cunhada que é o contato. Então a gente, montando uma estratégia de como que a gente pode ajudar, ‘pra’ ter acesso a essa pessoa. E também os casos, que tão chegando, que tão saindo, né? O quê que tá embolado com a família, de quem, o que é? Como é que o ACS lá pode ajudar no território? Como é que o CERSAM aqui, pode colaborar? Essas construções todas. (Psiquiatra - 5º P – C2U8a)

Reforça-se, mais uma vez que a integração entre as UBS com os CERSAM é imprescindível para o trabalho em rede e a condução exitosa dos casos. Na troca de informações e experiências entre os profissionais de ambos os serviços é possível traçar ações e estratégias que possibilitam resolução de conflitos e peculiaridades que o sofrimento mental acarreta, para que se ofereça um cuidado que leve em consideração o sujeito de forma integral. Há que se considerar também a importância dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, que por morarem no mesmo território dos usuários, constituem-se profissionais de grande relevância na formação do vínculo usuário e profissional de saúde, à medida que conhecem a comunidade, suas potencialidades e dificuldades.

Ratifica-se a necessidade dos serviços se articularem para que seja possível a participação dos profissionais das UBS nos encontros com o CERSAM, uma vez que o sucesso do tratamento está ligado a articulação de um trabalho em rede.

Outro aspecto a ser considerado é em relação ao momento de supervisão clínica dos casos:

(...) então eu tinha medo de abrir a boca, às vezes porque eu tinha um outro saber, e ela (supervisora) foi até aberta, perguntou “o que que você faz?”, e eu fui explicando a psicodrama e tal, mas tinha essa coisa de ser uma figura de muito saber, de muita notoriedade na rede, então, “ela vai saber que eu sou uma farsa”, “que eu não sei nada de saúde mental, que medo”. [...] A supervisora anterior por exemplo, tinha uma linguagem muito mais fechada, lacaniana, psicanalista. Isso é uma coisa que eu questiono assim, não é que é um retrocesso, é uma dificuldade, a rede de saúde mental, e pra mim é uma dificuldade porque eu não sou da área, ela é muito psicanalista. Alguns

profissionais tem abertura e escuta, outros não, e teve um dia que eu disse, e se tem coisas na supervisão que eu psicóloga não entendo, imagina a minha colega assistente social, ela 'num' vai entender, e alguns profissionais dizem isso mesmo, "nossa eu não entendi nada", e eu digo, "nem eu". Algumas coisas eu entendo, se falar português, eu entendo, se falar lacanês (referindo a Psicanálise teorizada por Lacan) eu não vou entender, mas isso foi um avanço que a atual supervisora é mais acessível, amesmo nesse quesito, e eu sinto que eles recebem, um saber diferente que é o meu, eles ouvem. Hoje eu tive que cavar esse espaço e eu sinto recebida, em alguns momentos e em outros não. (Psicóloga - 13º P - U9a)

Destaca-se que nas reuniões de supervisão e discussão de casos que ocorrem entre os serviços predominam o conhecimento psicanalítico, que promove a exclusão de outros saberes ou não abertura para discussões sob ótica de outras formações teóricas. Isso promove no profissional que não domina o saber psicanalítico, a sensação de "não saber nada de saúde mental, de ser uma farsa". Como é relatado, se há dificuldade na compreensão das discussões com referencial psicanalítico para profissionais com especialidade, para os generalistas por exemplo, é um grande desafio. Infere-se que a predominância nas reuniões de um saber específico, além de outros motivos anteriormente citados (dificuldades em fechar agendas e número alto de demandas), contribui para a ausência de profissionais das UBS nessas reuniões, pois os mesmos podem se sentirem deslocados ou não acolhidos por possuírem outros saberes que não pautados na psicanálise.

Há necessidade de se repensar o saber instituído nas reuniões de supervisão, com vistas a possibilitar nesses espaços, abertura para a apreensão de saberes e práticas de todos os profissionais envolvidos na construção do projeto terapêutico, buscando o envolvimento dos diferentes conhecimentos que podem impactar positivamente no acompanhamento da pessoa com sofrimento psíquico.

Ainda em relação às supervisões clínicas:

A supervisão nos ajuda muito, que aquele caso ali discutido, é um caso sentinela pra tantos outros. Peguei um caso, há uns 3 anos atrás de um travesti, que eu assim, me descabelei pra estudar a questão da transexualidade. Porque eu tinha que ajudar ela de alguma forma e eu não tinha, não sabia nada sobre isso. Ela não falava direito. Quem me ensinou foram as pessoas que eu busquei, do movimento LGBT, de umas pessoas que mexem muito com a política, que foram me auxiliando. Que conheciam essa paciente, viam como ela era, antes da crise, que ela era uma pessoa cheia dos cabelos, dos saltos, riquíssima, casa boa, roupa boa, tinha muitos

clientes, e que virou um trapo humano. Não existe uma formação contínua, porque eu acho que saúde mental deveria ter. Sinceramente eu acho que a prefeitura devia pagar um analista pra cada trabalhador, pra pessoa poder fazer a sua análise, pra conseguir tratar do outro bem, sem misturar, né? E também precisava ter uma formação contínua nesses temas, né? Que a gente tenta suprir com a supervisão, mas ainda é pouco. (Terapeuta Ocupacional - 9º P - C22a)

A supervisão é um dispositivo para aprimoramento da prática do trabalho, que possibilita a discussão dos casos mais complexos e a construção de estratégias e ações para a condução do tratamento a partir dos diversos componentes da RAPS.

Entretanto, aponta-se que a supervisão por si só é insuficiente como recurso à educação permanente. É necessária a busca de conhecimentos pelo próprio profissional, seu empenho, desdobramento e esforço para compreensão de cada caso, dada às particularidades e peculiaridades da clínica psiquiátrica.

Evidencia-se a necessidade de incentivos à formação e aprimoramento profissional por parte dos gestores em saúde. Falta supervisão e amparo ao profissional que lida com casos complexos. Segundo Silva et al (2014), os trabalhadores em saúde mental necessitam de capacitações em maior número para fazer frente ao grande desafio de cuidar de pessoas com transtornos da saúde mental, entretanto, essa capacitação não é convenientemente disponibilizada.

No estudo de Paiano et al (2016) com profissionais de saúde de um ambulatório de saúde mental, a ausência de capacitação dos profissionais e de educação permanente foi ressaltada pela maioria dos entrevistados que, além de solicitarem treinamentos e capacitações sobre saúde mental para o próprio serviço ambulatorial, também questionaram a ausência de cursos e capacitações para as equipes das UBS.

A educação permanente em serviço deveria ser estimulada pelo SUS, isto porque a formação dos profissionais de saúde configura-se como um desafio, considerando-se que a maioria dos coordenadores de serviços continua sendo formada distante do debate e da construção de políticas de saúde. Aproximar a aprendizagem dos espaços de trabalho é uma necessidade sentida pelos próprios profissionais no dia a dia. Assim, seria essencial o relacionamento entre os serviços, intensificando a articulação com a atenção primária, a atenção hospitalar e os serviços substitutivos, como alternativa ao estrangulamento em que esses serviços

se encontram, além de permitir continuidade da assistência ao usuário (PAES et al, 2013).

Até aqui apresentamos a supervisão de casos como estratégia de aproximação entre UBS e CERSAM. Abaixo apresentamos como se dá a organização e aproximação da saúde mental dentro das UBS.

Então, um psiquiatra para as duas unidades básicas de saúde, então a gente que compõe a equipe de saúde mental aqui participa também dessa reunião de matriciamento, e a discussão ocorre com as equipes, com os médicos de cada equipe, e esses médicos também traz pra nós, através das consultas, observações dos ACS ou da enfermagem, pacientes pra serem agendados com psiquiatria da nossa UBS. (PSICÓLOGA – 13ºP-U9a)

Mas a psicóloga ta sempre tentando acolher, mesmo que não assuma os pacientes, pelo menos dá esse primeiro atendimento, essa acolhida que às vezes a equipe de PSF tem dificuldades, em drenar, isso pra mim é fundamental. (ASSISTENTE SOCIAL – 8º P - U10a)

O fluxo de atendimento à saúde mental nas UBS ocorre via PSF, que é a porta de entrada do usuário com todas as suas necessidades de saúde. Ao identificar pessoas em sofrimento psíquico que necessitam de um acompanhamento de especialistas, os profissionais repassam os casos à equipe de saúde mental – (psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras) durante reuniões de matriciamento ou na ausência dessas equipes, os casos são encaminhados aos CERSAM.

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No processo de integração da saúde mental à APS na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. No SUS, as equipes de saúde da família funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. E a equipe de apoio matricial é a equipe de saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Ressalta-se que nem todos os casos de sofrimento psíquico são acompanhados por profissionais especialistas ou pelo serviço de urgência. Na maioria das UBS, ocorre o que se chama matriciamento, profissionais da ESF discutem os casos com os psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais que compõem a equipe de saúde mental nas UBS e nesta reunião definem-se os casos que serão acompanhados por especialistas e os casos que encontram resolução dentro da própria ESF.

O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. (CAMPOS, 2007).

A partir de 2002 em Belo Horizonte buscou-se orientar a rede quanto a princípios e diretrizes da interface Equipe de Saúde Mental-Equipe de Saúde da Família e estabeleceu-se que: a) As Equipes de Saúde Mental (ESM) nas UBS, orientadas pelos princípios da política de saúde mental do município, atuariam em conjunto com os demais dispositivos da rede de saúde mental, priorizando o atendimento às pessoas com sofrimento mental grave e persistente; b) O acolhimento às pessoas com sofrimento mental seria responsabilidade da UBS, devendo as mesmas serem acolhidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) que contariam com o apoio matricial das ESM de referência; c) A proporcionalidade ESM/ESF obedeceria a critérios epidemiológicos, demográficos, de acesso etc., e não pelo número de ESF. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, 2006).

É realidade que a articulação dos profissionais da ESF com a saúde mental em nosso estudo, ocorre principalmente nas reuniões de matriciamento, sendo o contato com os serviços de urgência muito pontual e fragmentado. As equipes de saúde mental constituem-se como referência à assistência à saúde mental nas UBS, e à elas cabem o suporte aos profissionais da ESF que muitas vezes se sentem inseguros no manejo às pessoas em sofrimento psíquico. Entretanto, no cotidiano, devido à grande demanda de casos, a superlotação das agendas e à ausência de disponibilidade para discussões e acompanhamentos, esse suporte fica defasado.

Os estudos de CASTRO e CAMPOS, 2016; MINÓIA E MINOZZO, 2015; HIRDES et al, 2015; JORGE et al, 2015, mostram que o apoio matricial produz maior corresponsabilização pelos casos quando se evidencia pelas equipes o conhecimento que elas têm de quem está em atendimento nos CAPS, a avaliação de que o diálogo com outros serviços é possível e de que contam com uma retaguarda especializada adequada. Para essas equipes a demanda de saúde mental, apesar de ser importante, é sentida como menos angustiante, pois não se sentem sós.

Entretanto a barreira que se apresenta é o entendimento em muitos serviços, de que o apoio matricial configura-se apenas como uma passagem de casos, em que não se discute possibilidades de tratamento e ações conjuntas, mas sim serve apenas como encaminhamento às equipes de especialistas em saúde mental. Tal prática evidencia a presença marcante da lógica do encaminhamento nas práticas de cuidado.

Para alcançar o objetivo de fortalecer o cuidado em saúde mental no território, é preciso estratégias que proporcione soluções equânimes e resolutivas que exigem também políticas sociais de inclusão e convivência social saudável na direção das necessidades de saúde do usuário, estas últimas mais complexas e abrangentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Torna-se imprescindível o apoio aos profissionais pelos gestores e coordenadores dos serviços, pois como também evidenciado no estudo de Jorge et al (2015), os profissionais se acham pouco apoiados pelos coordenadores das unidades básicas de saúde. Nessas unidades de saúde, a lógica da gestão dos processos de trabalho é baseada na produtividade e no atendimento

da demanda para os programas do Ministério da Saúde, o que impossibilita a participação da equipe, seja pela justificativa de falta de tempo, de equipe incompleta ou da não disponibilidade dos profissionais para ações que articulem saúde mental na atenção básica.

O número de paciente portador de sofrimento da área, é enorme, sabe. É um pouco diferenciado, por exemplo, da UBS que tem um nível melhor, onde têm pessoas que às vezes não tem tanta necessidade, tanta dependência da UBS, que isso faz muita diferença na questão da área de risco, o V é altíssimo risco, vulnerabilidade muito grande, de tudo, pobreza. (PSICÓLOGA – 13ºP - U9a)

A demanda é enorme, são 10 equipes de PSF pra uma psiquiatra. E a demanda do V é uma demanda muito grande, ele é uma UBS que justificaria ter um psiquiatra pra ele assim sabe, e lá só tem uma psicóloga de 20 horas, e é uma demanda assim muito grande. (PSIQUIATRA – 5ºP-U2aC9a)

A princípio estava preconizada uma vaga de psiquiatra pra atender essas três unidades de saúde. Nós não conseguimos esse psiquiatra. Então o profissional que tá lotado aqui na UBS P, ele dá cobertura para a UBS Q, R, S e T. (PSICÓLOGA – 6ºP - U3a)

Há uma sobrecarga dos profissionais da saúde mental nas UBS. Na maioria das unidades há apenas um psicólogo para a população adstrita de todo o território com carga horária de 20 horas semanais. A realidade é ainda mais impressionante em relação à carga horária do médico psiquiatra, um único profissional para toda a população de até cinco UBS. Além disso, as assistentes sociais que no passado eram exclusivas para as demandas em saúde mental, com a implantação do PSF passam a lidar com todas as demandas sociais e econômicas que chegam aos serviços.

Essa realidade também é encontrada em outros estudos, como o de Hirdes (2015), em que a falta de pessoal e a sobrecarga de trabalho são apontadas como dificultadoras para a qualidade do cuidado e acompanhamento em saúde mental e implicam diretamente na ausência de diálogo e articulação entre CAPS e UBS.

Antes, assim, telefonava e encaminhava o paciente, o número de pacientes que eles encaminhavam era muito maior né, às vezes sem necessidade, às vezes era pra um reajuste de medicação, que não é urgência, teoricamente isso não é caso de CERSAM, mas o generalista também não tem a obrigatoriedade de atender o paciente da saúde mental, mas ele atende,

porque a demanda é infinita e o psiquiatra da UBS não ta dando conta da demanda, então o generalista que ta pegando o boi pelo chifre. (ENFERMEIRA – 2ºP - C14a)

Eu vejo uma necessidade mesmo dessa integração porque às vezes o profissional da UBS, ele fica muito sozinho. Porque aqui no CERSAM a gente tem essa vantagem né, essa equipe que eu chamo de transdisciplinar. Um interfere no atendimento do outro, as coisas são feitas em conjunto. Então eu acho até que é uma maneira da gente dá uma assistência também a esse profissional do PSF. Então tem que fazer uma forçação de barra para que essas ações de integração realmente aconteça, porque eu acho que fica ai no papel, mas nem sempre ela realmente acontece. (ENFERMEIRA – 4ºP - C23a)

Os profissionais pontuam a necessidade de maior integração do PSF com os CERSAM o que melhoraria a qualidade do atendimento prestado ao usuário, fortaleceria os laços entre os profissionais e daria mais segurança aos generalistas das UBS.

Em um cenário de escassez de profissionais da saúde mental, as equipes do PSF acabam tendo que assumir muitos casos, muitas vezes não tendo conhecimentos e habilidades específicos da clínica psiquiátrica e por vezes não encontram especialistas para discussão e acompanhamento de casos como ocorrem nos serviços especializados. Assim, na voz de uma participante, “pegam o boi pelo chifre”, lidam com casos muito complexos que escapam do saber e conhecimento profissional, em alguns momentos sem o suporte necessário.

De acordo com o estudo de Kanno et al (2012) os profissionais da ESF atribuem a insegurança em lidar com casos de saúde mental considerados complexos à formação profissional e capacitação técnica insuficientes, sobrecarga e condições desfavoráveis de trabalho.

Ela mesma fala que, pra ela foi uma experiência interessante, porque quando ela saiu de licença, ela tava com muitos casos. Ela tem uma dificuldade de soltar os pacientes, é engraçado assim, a licença maternidade foi bom nesse sentido, que a gente ficou 6 meses sem ninguém substituir, foi um momento que ela teve que encaminhar, não tinha outra opção, aí ela falou que foi a melhor coisa que aconteceu, porque "eu aprendi a confiar que o paciente dá conta, mesmo sem tá comigo, e que as equipes podem absorver." (PSIQUIATRA - 5ºP - U2aC9a)

Em alguns casos também há uma centralidade dos pacientes psiquiátricos pela equipe de saúde mental. Assim, além da dependência do usuário pela equipe de saúde mental ocorre uma insegurança por parte dos profissionais das ESF que não se sentem preparados para o manejo com a saúde mental contribuindo para a lógica do encaminhamento.

Pontua-se que a assistência à saúde mental diverge também em relação aos fatores sociais e determinantes em saúde encontrados em cada região. Pelas falas, UBS em regiões com melhores condições econômicas e sociais apresentam demandas de cuidado em saúde mental em números menores em relação às regiões com cenário inverso.

A equipe sempre teve dois, quando a psicóloga daqui aposentou eu vim para o lugar dela. Interessante falar em agenda porque, o dia que eu estou com a agenda mais cheia, menos vem paciente, isso é interessante. Tenho um horário fechado de 14:00 as 17:30, mas eu acho que é porque é muito fácil marcar, então quando facilita muito, dificulta a vinda, é um contrassenso né, dizer isso, mas é verdade, facilidade de agendamento, implica em facilidade de desistência também, "ah não vou lá não, depois eu marco, foi fácil. (ASSISTENTE SOCIAL – 1ºP – U8aC2a)

Em todas as UBS que fizeram parte desse estudo, há apenas um único profissional psicólogo e as falas apontam um excesso de demanda que limita a qualidade e frequência do atendimento oferecido. Outrora, na única UBS em que há dois profissionais da psicologia, o que se vê é um abandono do tratamento por parte dos pacientes, atribuída pelo profissional entrevistado à facilidade no agendamento.

A ausência dos usuários do SUS às consultas e procedimentos previamente agendados tem se revelado um problema crônico. Oleskovicz et al (2014) afirma que o número de consultas e exames agendados e não realizados devido ao não comparecimento dos pacientes, atinge índices significativamente altos e que podem ser percebidos em todas as regiões do Brasil e em diversos tipos de atendimento e especialidades médicas.

Em estudos que buscaram conhecer os motivos e fatores associados à ausência dos usuários às consultas agendadas, destacaram-se: o esquecimento assim como o agendamento em horários inoportunos; coincidência do horário de funcionamento das unidades com o de trabalho dos usuários, impossibilidade de

cancelamento do encontro sem que o usuário compareça ao serviço; percepção de melhora e/ou que o tratamento não seria mais necessário; consideração de que o tratamento fora inadequado ou ineficaz (BITTAR et al, 2016; GONÇALVES et al, 2015, IZECKSOHN et al, 2014). Percebe-se a necessidade de conhecer os motivos que levam à ausência nas consultas agendadas de modo a intervir para aperfeiçoar o modo de atendimento.

O absenteísmo é fonte de desperdícios de recursos financeiros e gera prejuízos a outros pacientes que aguardam por atendimento. Na literatura não foram encontrados estudos associando a facilidade de agendamento às ausências às consultas. Dessa maneira, como sugere Bittar (2016), conhecer o grau de alfabetização da clientela para inovar com técnicas de comunicação adequadas a cada público é necessário para coibir altos valores em absenteísmo, além da importância de um acompanhamento mais próximo daqueles usuários que não comparecem às consultas agendadas.

Acontecia pela necessidade, o povo ligava pra cá, “Ah tô mandando paciente pra ai e tal”. Mandava o fluxo assim, sem muito controle, chegava gente demais, às vezes sem necessidade de CERSAM. Então às vezes paciente chega lá, não tem paciência de esperar o acolhimento, começa a gritar, começa a ficar mais inadequado, ai às vezes a pessoa que vai acolher fica com medo, ai nem escuta o que o paciente tem pra falar “Ah não, você tem que ir pro CERSAM”. Escreve lá o endereço e entrega na mão do paciente. (ENFERMEIRA – 2ºP - C14a)

Então a enfermeira lá pode falar, venceu a receita. O médico da equipe dela pode falar. Agora vai mandar pra uma unidade de urgência pra fazer isso. Então a gente tem que ter todo esse trabalho, “olha, você sabe o nome da pessoa que te atendeu?” Aí fala “a, não sei quem que é” Aí tem que avisar à gerência do serviço. “Olha, tem alguém falando pra vir procurar o CERSAM pra renovar receita” é precis no que se explique pra essa pessoa que a gente não renova receita, que é unidade de urgência, a gente só atende na crise, é preciso informar. (TERAPEUTA OCUPACIONAL- 3ºP - C15a)

Há críticas pelos profissionais dos CERSAM em relação aos profissionais das UBS no que se refere ao acolhimento dos pacientes com sofrimento mental, ao manejo clínico e à resolução de suas demandas e atendimentos. Questiona-se o excesso de encaminhamentos muitas vezes de forma desnecessária e por

demandas que deveriam ser resolvidas na atenção básica, visto o caráter de urgência que define os CERSAM.

Ainda, dificuldades nas UBS ligadas a multiplicidade de demandas, despreparo profissional em lidar com a saúde mental e falta de diálogo e interação entre os serviços são evidenciadas. Fatores também encontrados em outros estudos e apontados como comprometedores e prejudiciais à assistência em saúde mental. (FRATESCHI, 2016; MATUDA et al, 2015; GAZIGNATO et al, 2014; DELFINI et al, 2012).

Até nem julgo muito, porque eu acho que o trabalho lá é muita coisa, sabe, e o enfermeiro faz muito acolhimento, então ele tem que dá conta de muita coisa, e as vezes ele não para. A gente faz o acolhimento e faz o registro, quando tem alguma coisa que você não entende, você pergunta de novo ai quando chega no final ai você vê que não é bem assim não, não precisava de ter encaminhado, acontece demais. (TERAPEUTA OCUPACIONAL – 3ºP - C15a)

O CERSAM tem uma demanda lá, mas é uma demanda, qual por tanto que o CERSAM atende, o CERSAM ele tem um número de consultas, um número de atendimentos, entendeu, CERSAM não tem assim, uma loucura, se chegar aqui, igual chega pra gente, 40 usuários, a gente tem que triar esses 40, fazer o acolhimento, fazer a escuta de cada um, bonitinha, não, o CERSAM lá, acredito que ele trabalhe com determinado número. (ENFERMEIRO – 10ºP - U31a)

Percebe-se nas falas uma dificuldade do trabalho em rede, uma vez que os profissionais parecem atuar de forma isolada, não compartilhada. O desconhecimento do processo de trabalho no outro serviço, as dificuldades travadas diariamente no cotidiano, a falta de manejo e capacitação profissional para lidar com questões de saúde mental e o imaginário de que o lidar com a saúde mental num serviço especializado seja menos árduo, leva o profissional que atua na UBS a julgar que nos CERSAM a demanda seja menor e o atendimento mais facilitado, daí talvez se explique a quantidade de encaminhamentos realizados para esses serviços.

Com a criação dos CERSAM como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, muitos profissionais das UBS entendem que estes devem ser os locais de atendimento das demandas das pessoas em sofrimento mental. Isso

porque, como dito na primeira categoria, os CERSAM foram criados para esse fim, o que não foi realidade nas UBS. Percebe-se que a criação dos CERSAM tal como a implantação dos PSF na rede de saúde em BH são acontecimentos recentes e ainda em construção no cenário de saúde da cidade, portanto é compreensível que haja pontos frágeis na articulação do trabalho em rede e certa dificuldade no apoderamento cotidiano da lida com a saúde mental pelos profissionais. Contudo, atuar nas barreiras e dificultadores para integração torna-se necessário para evolução do trabalho e garantia de uma assistência com integralidade.

Isso tem que vir de lá do distrito também, se a gente tem que sair toda vez da UBS ligando, aqui que dia que é seu matriciamento, que dia que é, sabe, aquela coisa, matriciamento muda, aí o povo entra de greve, teve uma época que entrou todo mundo de greve, era um dia de paralisação, aí, como que a UBS faz, sabe. (TERAPEUTA OCUPACIONAL – 2ºP - C14a)

Como eu estava te falando, precisa de um desejo gerenciado. O que esse gerente tem que fazer? Possibilitar que o profissional vá, aonde o povo está, que libere ele da carga horária dele para ele poder estar presente na reunião de UBS né. Eu fui e gostei demais. Porque eu vi as coisas acontecendo, eu vi que era importante né, eu senti pro paciente como isso era legal, a efetividade e a qualidade do trabalho que a gente presta, quando a gente consegue fazer essa interação. (ENFERMEIRA – 4ºP - C23a)

Sabe-se que para que o trabalho em rede aconteça, e os serviços que constituem a RAPS possam assistir às pessoas em sofrimento psíquico de forma integral, é primordial o diálogo e a articulação entre os profissionais.

Aponta-se que o desejo profissional é primordial para que a integração entre os serviços aconteça. Torna-se crucial que gestores se apropriem de estratégias que impeçam que o passado das práticas psiquiátricas, marcadas por exclusão, tortura e isolamento social se cristalize no cotidiano dos serviços de saúde. Nas falas da própria participante, torna-se necessário que o trabalho em rede seja objeto de desejo gerencial e do distrito. É preciso que os serviços se organizem de forma a permitir a participação nas reuniões locais e a possibilitar interação e integração das práticas e ações.

Você tem que acreditar na fala do outro, então se o outro fala assim, eu preciso de vocês, mesmo que seja paciente vir pra cá, eu acolher e encaminhar de volta, eu vou tá fazendo isso, mas assim, a gente vê colegas que viram e começam a perguntar até a identidade do paciente no telefone,

se o parto foi a termo, umas coisas que eu acho super desnecessárias, assim, tipo assim, ter aquela relação meio que de poder sabe assim, eu sei mais do que você, então assim, você é da ponta, você tá falando da unidade básica, mas e aí? (TERAPEUTA OCUPACIONAL - 3ºP - C15a)

É claro que tem uns profissionais que ainda bancam essa coisa do, eu sou o melhor, quero saber como que é o paciente que vocês tão mandando, isso deu uma abaixada assim, mais do que, porque antes era meio que insuportável pro posto, a relação com a gente era muito pior. (ENFERMEIRA – 2ºP - C14a)

Os próprios profissionais dos CERSAM salientam que as relações interprofissionais são marcadas em momentos diversos por relações de poder no sentido CERSAM – UBS, sendo que estes exercem poder sobre aqueles, na medida em que se consideram detentores do saber e do saber-fazer.

Há uma dualidade na assistência. Se por um lado, os CERSAM estão sobrecarregados por representarem muitas vezes, a única referência para a saúde mental por outro, nas UBS, a diversidade de demandas e o elevado número da população atendida levam a uma sobrecarga de trabalho.

A compreensão desses cenários pelos próprios sujeitos envolvidos e a capacidade de se colocar no lugar do outro e perceber a hegemonia presente nos CERSAM torna-se importante para diminuir as dificuldades no manejo à saúde mental nas UBS e amplia a capacidade de interação entre os serviços. Nesse contexto, há uma cumplicidade, convivência, empatia. Para Maffesoli (2008, p. 78) “a compreensão implica generosidade de espírito, a proximidade, a correspondência que permite apreender ou sentir as sutilezas, os matizes de uma situação social qualquer e, isso demanda uma atitude de empatia”. Ou seja, poderia ser dito que compreender é exercitar ou ver pelo olhar do outro, retomando o próprio olhar que já estará “embebido” pelo olhar do outro. (NÓBREGA et al, 2012).

Dessa forma, apenas no contato cotidiano entre os profissionais, na participação efetiva nas rotinas entre os serviços, por meio de diálogo e comunicação efetivas é que será possível uma real interação que culmine no trabalho em rede.

A vivência cotidiana permite o compartilhar saberes e práticas que possibilitam melhora do cuidado e assistência prestados.

Já vi psicólogo apontando dedo na cara de psiquiatra, por ter sedado demasiadamente o paciente dela, que ela precisava de escutar, que ele precisava de falar. E brigas assim, nesse ponto, brigas entre aspas, mas nesse ponto assim de um embasamento mesmo que a gente procurava. Nesse caminho que eu te falei, nesse viés, da cidadania, do tratamento com respeito, do tratamento digno. Então foram coisas muito bacanas. (Enfermeira - 4º P - C23a)

Salienta-se que o itinerário da saúde mental, é para além de uma trajetória política e social, um percurso pessoal, mantido por pessoas que acreditavam e acreditam no projeto e na inserção da pessoa em sofrimento psíquico no viver e conviver em sociedade. Evidentemente, o rompimento com a estrutura do modelo asilar não acontece de forma espontânea por resoluções legais ou pelo empenho de alguns profissionais em especial, mas sim, por meio da reconstrução de um pensamento, de uma época, que exige mais participação, compromisso e inclusão.

O cuidado em saúde se faz em novas experimentações e direções. Exige que a conexão com os usuários se dê em seus diferentes contextos, considerando inclusive a série de afetações e efeitos que compõem a paisagem do trabalho. Isso implica, aos trabalhadores e aos estudiosos do campo público, uma disponibilidade à prática da problematização, um desafiador e contínuo exercício de constituição de realidades. Implica, por isso mesmo, em um processo de formação ampliado, para além da simples absorção de conteúdos, de técnicas, capacitações e aprendizagens dos modos de operar (já prontos) na esteira dos diferentes serviços sanitários com seus problemas-complicações dados como inertes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A experiência com outros serviços, o contato com os usuários antes da constituição do serviço, permite um processo de formação e aproximação com a loucura impossível de ser apreendido somente com arcabouços teóricos.

Evidentemente o rompimento com a estrutura do modelo asilar, não acontece de forma espontânea por resoluções legais ou pelo empenho de alguns profissionais em especial, mas sim, da reconstrução de um pensamento, de uma época, que exige mais participação, compromisso e inclusão (MACIEL, 2012).

Daí o predomínio da visão asilar do cuidado à saúde mental em muitos casos. Romper com esse pensamento exigia e exige uma articulação dos vários setores:

Ainda destaca-se a lenta criação dos CERSAM em BH, em detrimento do número de pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental. A diferença entre o primeiro e o último serviço criado para transtornos psiquiátricos em adultos foi de 22 anos, e atualmente, uma das nove regionais que compõe o município não possui um CERSAM em sua área de abrangência. Essa problemática assemelha-se ao contexto geral do Brasil, que apesar da mudança no cuidado de saúde mental e redução do número de instituições manicomiais, os CAPS tiveram um surgimento tardio e sem investimento financeiro que atendesse às suas reais necessidades, conforme previsto em lei, diretrizes e normas (FIGUEIREDO et al, 2014). Desse modo, o atendimento posto em prática a partir da Reforma Psiquiátrica ainda apresenta limites e desafios, para um cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico.

4.2 O louco e sua família: paciente estigmatizado e diferenciado

Esta categoria traz, em uma perspectiva histórica, diferentes visões dos profissionais a respeito da pessoa em sofrimento psíquico, suas concepções sobre o cuidado e a assistência em saúde mental e o papel dos familiares. Tais visões são produtos de uma construção histórica e cultural que marcam o percurso da loucura na sociedade.

Se uma pessoa dessa (pessoa em sofrimento mental) se torna agressiva, ela pode machucar uma ou mais pessoas ali, principalmente se você não tem uma guarda municipal, você não tem nada pra conter essa pessoa. (Enfermeira - 10º P - U31a)

Ao louco, imprevisivelmente agressivo, cabe o tratamento em contenção, historicamente constituído, diferentemente do cuidado pautado em liberdade e na convivência social. Isso pode ser explicado pelo imaginário a respeito das pessoas em sofrimento psíquico e pela vivência profissional das práticas e saberes anteriores ao processo de Reforma Psiquiátrica, no modelo manicomial.

Para Foucault (2007), os manicômios são produtos sociais e suas extinções exigem um processo complexo, contínuo e integral, um trabalho com a identidade da

população que respeite suas características singulares. Para tanto, se faz necessária uma construção coletiva de mudanças que reconheça o manicômio como um instrumento ineficaz ao tratamento das pessoas em sofrimento mental.

Aí quando começou a vir, eles vinham, eles ficavam, assim, olhando meio de longe, com medo e tal. Mas aí, depois a gente viu que a coisa não era tão assim, né, e eles estando com a medicação e estando controlados eles são normais. Teve alguns episódios, assim, bem poucos mesmo, em vista do sofrimento que é, mas eles não tem assim, agressividade, eles estando com a receita deles e medicação, eles não tem problema nenhum com a gente. (Técnica de Enfermagem - 7º P - U32a)

Aí veio o PSF e foi vinculando aos poucos, não foi fácil, porque todo mundo tinha medo de atender o doente mental. Todo mundo morria de medo deles, interessante que hoje é tão tranquilo atendê-los. Muito tranquilo! (Enfermeira - 14º P- U15a)

Quando eu cheguei, vou ser muito sincera, eu tinha medo da loucura. Eu achava que eu ia ser agredida. Eu vim pra saúde porque eu queria ser clínica, mas eu não queria trabalhar com a Saúde Mental, que eu morria de medo. (Psicóloga - 15º - U4a)

O medo, centrado na crença de que a pessoa em sofrimento mental é agressiva, sem controle, temida e pode surtar a qualquer momento, ainda perpassa o imaginário da nossa sociedade, inclusive dos profissionais de saúde. O comportamento do louco associa-se à imprevisibilidade. Tal visão é evidenciada quando os egressos dos hospitais psiquiátricos chegam ao cotidiano das UBS, pois até então não se conhecia outra forma de cuidado da saúde mental, do aquele do confinamento e da exclusão social.

Medo, angústia e ansiedade são reações encontradas pelos profissionais da atenção básica ao lidarem com questões de saúde mental (AMARAL et al, 2018; JUCÁ et al, 2009; ONOCKO et al, 2011; KANTORSKI et al, 2001). Há o receio de comportamentos agressivos, ao mesmo tempo em que os profissionais se percebem com poucos recursos para ajudar, gerando sensação de despreparo e pavor.

Entretanto o contato dos profissionais com as pessoas em sofrimento mental, em situações que consigam exercer e reconhecer seu potencial de cuidado, facilita a desmistificação da loucura (AMARAL et al, 2018).

Os profissionais relatam um imaginário acerca da loucura que é desvendado na convivência e na vida cotidiana com as pessoas em sofrimento psíquico, pois percebem que não há riscos na dimensão e na intensidade inicialmente presumidas. A esse respeito, BONDIA (2002, p. 21), nos traz que “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca”. O saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana.

Embora esteja presente no imaginário social e até mesmo nas práticas profissionais, a concepção do louco como pessoa agressiva e incapaz de viver socialmente, é possível que a Reforma Psiquiátrica com suas diferentes formas de atuar e cuidar influencie mudanças no imaginário social da loucura, porque se trata de um novo paradigma no cotidiano de um grupo social. É a substituição, em processo, de um modelo tradicional por um modelo inovador e democrático.

Bezerra (2007) pontua que, a Reforma Psiquiátrica envolve dimensões dos tipos teóricos – conceituais, jurídica-política, técnico-assistencial e sociocultural que alteram os paradigmas biomédicos, mas ainda permanecem presentes no imaginário social. A relação da sociedade com o doente mental é categorizada em termos de ‘normal’ versus ‘desviante anormal’. São tecidas representações como ‘louco’, ‘bizarro’ e ‘agressivo’, o que gera um comportamento de medo e uma necessidade de separar o doente mental do meio social, excluindo-o. Essas representações certamente influenciam sua forma de interação na sociedade atual (MACIEL et al, 2012).

O medo diante da pessoa em sofrimento psíquico não é fruto apenas da falta de capacitação ou conhecimento teórico a respeito da pessoa em sofrimento mental e manifestações sintomáticas, pois o medo é sócio e culturalmente construído e faz parte de um imaginário coletivo.

A esse respeito Maffesoli (2008) admite a existência de dois tipos de imaginário, o individual e o coletivo. Para ele, existe uma interface entre o real e o imaginário e este é algo que não se consegue ver, mas se sente. Caracteriza-o como uma força, um catalisador, uma energia e, ao mesmo tempo, como um patrimônio de grupo (tribal); uma fonte comum de emoções, de lembranças, de afetos e de estilos de vida; um patrimônio compartilhado que o autor também chama como “cimento social”.

O imaginário é algo que ultrapassa o indivíduo, que impregna o coletivo ou, ao menos, parte do coletivo. O imaginário é o estado de espírito de um grupo, de um país, de um Estado, nação, de uma comunidade, etc (MAFFESOLI, 2001).

Esse imaginário predomina nas práticas de cuidado no cotidiano dos profissionais de saúde:

Tem um paciente, que ele é muito temido, tanto aqui, quanto lá no CERSAM. Ele tem uma postura um pouco hostil mesmo, mas ele está numa fase melhor. Aí um dia ele veio aqui. Só que lá no CERSAM eu já estou acostumada a conversar com ele, atender ele e tal, que aqui no UBS, ninguém atende ele com a porta fechada. Aí eu cheguei, chamei ele, conversou comigo, fechei a porta, atendi ele normal, e ele foi embora, quando eu saí daqui da sala, estava todo mundo branco, aí eles: "você atendeu ele com a porta fechada?", atendi. "Você é doida?" Falei que que tem gente, aí que eu percebi esse medo que o pessoal tem dele aqui. (Assistente Social - 1º P - U8aC2a)

Porque venhamos e convenhamos, unidade básica não é lugar pra atendimento de pessoas com problemas mentais porque aqui você tem idosos, gestantes, crianças né [...]. E eu te confesso eu acho que não pode acabar com 100% das internações não, ele precisa de uma internação sim. (Enfermeiro - 10º P - U31a)

A dificuldade de inclusão e circulação social está ligada ao temor e preocupação que compõe o cenário das pessoas com sofrimento mental. Como evidenciado na fala de 'Assistente Social – 1ºP - U8aC2a', "aceita-se" o louco, mas há de haver um lugar, um serviço de saúde específico pra ele, na fala de 'Enfermeiro – 10ºP - U31a', "aceita-se" o louco, mas é preciso atendê-lo de forma diferenciada, com portas fechadas.

Para 'Enfermeiro – 10ºP - U31a', a atual configuração da assistência em saúde mental não consegue dar conta das demandas dos pacientes, levando o profissional a acreditar na necessidade de um modelo que confine a pessoa que está em sofrimento mental, por meio da internação. Pode-se inferir, que a saúde mental é vista como uma carga para esse profissional e por isso a necessidade de tratar os pacientes em serviços especializados e distantes da atenção no território.

Em um estudo que buscou identificar os conhecimentos dos profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Natal sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, os profissionais demonstraram compreensões deturpadas e reducionistas desta e, em sua maioria, não deram credibilidade ao atual modelo de

atenção à saúde mental pautado no cuidado psicossocial, remetendo suas falas à necessidade de internamento dos pacientes. Percebeu-se que o modelo hospitalocêntrico e excludente ainda permanece vivo no ideário desses profissionais como referência para a assistência às urgências psiquiátricas (BONFADA et al, 2013).

As noções de aprisionamento e práticas manicomiais encontram-se presentes na assistência à saúde mental. Porém, se de um lado, a reforma psiquiátrica possibilitou o fim do aprisionamento do louco entre paredes:

A gente não vê um paciente falando assim, eu deixei de usar o diazepam, eu deixei de usar o clonazepam, a gente vê assim, aquele que tomava um, agora ele toma dois, ele toma três, ele toma cinco, cada dia. Ou ele toma o clonazepam com outros medicamentos, você não vê um paciente que fala assim, oh eu melhorei, 'to' bem, eu 'num' preciso usar nenhum. Nesses 32 anos eu não conheço uma pessoa que deixou de tomar não. (Técnica de Enfermagem - 7º P - U32a)

Antes os medicamentos que eram consumidos aqui pela saúde mental era só o diazepam, ne, inclusive antigamente vinha 3000 comprimidos de diazepam que eram assim, um absurdo ne, 3000 comprimidos, e hoje assim, a cada 15 dias vem 45000 comprimidos e não dá pra 15 dias. Antes era só diazepam, hoje não, hoje tem o rivotril, tem o clonazepam, tem a imipramina, o próprio diazepam mesmo e outros psicotrópicos. (Enfermeiro - 10º P - U31a)

De outro lado, a exclusão foi substituída pelo crescente controle medicamentoso, se antes era um, hoje são cinco, porque a loucura se controla, mas não se cura. Se a história mostra que antes o controle sobre os loucos era enclausuramento com medidas de contenção subumanas, na atualidade, mesmo com as propostas psicossociais, este se dá quimicamente. Não há melhoras da loucura, não se deixa de tomar medicamentos. Entretanto, pode-se inferir que, não se deixa de tomar medicamentos para outras doenças crônicas, como hipertensão ou diabetes. Mas a loucura precisa ser normalizada e normaliza-se o louco quando medicado.

Em lugar de isolamento físico manicomial, dociliza-se pela dispensação bioquímica, pelo isolamento provocado pelo uso de medicamentos que modelam os hábitos e as condutas, os pensamentos e os delírios – persistência do poder psiquiátrico que assume novos matizes. (GALINDO et al, 2014 – p. 103).

Segundo dados da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), dos medicamentos controlados comercializados em drogarias e farmácias brasileiras, o Clonazepam foi o princípio ativo mais consumido no Brasil durante os anos de 2007 a 2010, seguido, respectivamente, pelos Bromazepam e Alprazolam. De acordo com o Boletim de Farmacoepidemiologia da Anvisa, publicado no segundo semestre de 2011, 44% dos remédios vendidos nas farmácias e drogarias são para o objetivo de supostamente tratar os quadros produzidos como transtornos mentais e de comportamento (SNGPC, 2011).

Há um rol de psicotrópicos que são considerados mais bem tolerados, cujo efeito mais evidente tem sido a contenção bioquímica de emoções, antes consideradas aflições aceitáveis, associadas à própria condição humana ou à vida, num âmbito de modernização. Os fármacos prometem a estabilização de sentimentos, humores, pensamentos e ações, em um contexto social e político-econômico de encomendas com vistas ao mercado do investimento subjetivo (GALINDO et al, 2014).

Em sua análise sobre poder psiquiátrico, Foucault (2006) mostra que o uso do medicamento permitiu que a calma, prescrita nas instituições asilares, se prolongasse ao interior do corpo do doente. Corpos úteis e dóceis são efeitos de procedimentos de controle por práticas disciplinares que visam formar linearidades históricas e alinhamentos políticos, como obediência e assujeitamento sem crítica. Corpos vigiados e punidos são efeitos de uma sociedade da vigilância, panóptica, que opera por alinhamento político. O poder disciplinar se generaliza, a partir do século XVII, como prática de controle meticuloso dos corpos para torná-los úteis e dóceis, produtivos e governados por mecanismos de vigilância, de gestão do tempo e do espaço, pela sanção normalizadora e pelo exame (GALINDO et al, 2014).

O processo de implantação dos ideais da Reforma Psiquiátrica abriu novas possibilidades de estabelecimento de laços para os usuários de saúde mental e seus familiares. Contudo, novas formas sutis de governo dos corpos e da vida tendem a ganhar mais evidência do que a modalidade de segregação da 'disciplina bloqueio do corpo'. As táticas disciplinares de vigilância e controle por inclusão social em meio aberto se tornam mais rentáveis e permitem mais liberdade; todavia,

criam terreno para intensa farmacologização que, sem dúvida, emerge como um dos seus vetores da liquidez das relações e da vida, hoje (GALINDO et al, 2014).

Não é uma pessoa de um atendimento, igual você chega aqui com uma dor de ouvido, dor de garganta, prescreve-se um antibiótico pra você, um analgésico, um antitérmico, você vai pra casa daqui uma semana você 'ta' curado. O paciente mental não, é um paciente pro resto da vida, e com isso, ele precisaria de muitos psicólogos, e não é só uma sessão com psicólogo que vai resolver o problema do cara, aquilo são sessões e mais sessões, você precisaria de mais psiquiatras, mais CERSAM. (Enfermeiro - 10º P - U31a)

Porque é uma coisa assim, muito lenta, às vezes a gente quer uma coisa mais prática, mais resolutiva, você quer ver o paciente melhorar, e o paciente de saúde mental ele é um paciente diferenciado, uma coisa assim lenta, uma coisa que vai e volta. (Médico da Família - 17º P - 15a)

O imediatismo, inerente ao profissional de saúde, para resolver qualquer doença, em ver os pacientes “curados”, impacta-se frente ao sofrimento psíquico. Constatar que a “doença” desse usuário “diferenciado” não vai se curar em uma semana com medicamentos prescritos, que ele é para o “resto da vida”, que demanda “sessões e mais sessões”, mostra a necessidade de mais especialistas na unidade, talvez para dar respostas não encontradas. Percebe-se que o distanciamento e a frustração com a saúde mental leva os profissionais a “coisificar” o sofrimento mental, categorizando-o como pouco resolutivo, de cuidado muito lento, que vai e volta, distanciando-o de outras clínicas e do saber-lidar profissional. É necessário buscar a compreensão da própria doença psíquica, como uma doença crônica, suas manifestações, seu tempo de evolução, os comportamentos que variam em cada sujeito e o manejo de cada caso.

Essa dificuldade em lidar com a doença mental associa-se à força e hegemonia do modelo biomédico ainda presente na concepção de muitos profissionais, que veem saúde como ausência de doença. Daí a dificuldade de ver e desenvolver ações que possibilitem à pessoa em sofrimento mental viver de forma saudável, mesmo possuindo um acometimento psíquico. Além disso, há dificuldades pessoais e profissionais no manejo às pessoas em sofrimento psíquico, apontadas também em diversos estudos e que estão ligadas à falta de recursos, de pessoal e de capacitação que prejudicam o desenvolvimento de uma assistência integral (SILVA et al, 2017; AOSANI et al, 2013; SILVA et al, 2014).

Mesmo com as mudanças ocorridas das últimas décadas até os dias atuais, segundo Zurita et al (2013), muitas das práticas de cuidado para com a pessoa em sofrimento mental embasam-se na institucionalização, não levando em consideração a autonomia e cidadania do sujeito. Essa situação ainda perdura, em escalas variadas e tem contribuído para manter a exclusão e o isolamento da pessoa com sofrimento mental do seio da sociedade (FRANÇA et al, 2016). Em oposição à concepção na qual a doença mental era vista como algo “anormal” e que, nesse sentido, precisaria ser corrigida, Caldas e Nobre (2012) pontuam que:

Os argumentos acerca da cidadania passam a se articular com os portadores de transtornos mentais a partir do momento em que a loucura começa a ser entendida não mais como doença que necessita de cura para ser reconhecida como um elemento da Saúde Mental. Tal mudança significa que a loucura passa a ser entendida como parte da pessoa e, ao invés de se promover a cura da doença, deveria ser promovida a saúde (CALDAS e NOBRE 2012, p. 80).

Isso foi possível, em muito, pelas ações do movimento de Reforma Psiquiátrica que propôs uma desconstrução da psiquiatria tradicional e, no lugar da cura da doença mental, sugeriu a invenção de saúde (CALDAS e NOBRE, 2012). Torna-se necessário pensar o louco de uma forma diferente, não mais como um monstro, mas como o indivíduo que ele é (FRANÇA et al, 2016). Ademais é fundamental buscar maneiras de responsabilização social quanto à promoção de saúde mental, entendendo que antes de uma questão psicológica, ela transcorre de uma questão política, que deve interessar a todos. Da mesma forma Amarante (2003) afirma que:

Inventar saúde como é entendido no âmbito da Reforma Psiquiátrica, é fazer com que os profissionais e sociedade reconheçam que no contato com a loucura não se lida exclusivamente com a doença, mas, com pessoas que passam por crises, momentos difíceis de sofrimento mental ou psíquico, cuja resposta do especialista não deve ser o isolamento manicomial (AMARANTE, 2003, p. 63).

Assim a forma de cuidado dos especialistas vai para além da consulta:

Aí tem que pegar via telefone, pra saber o dia do acolhimento, a cor da equipe, porque às vezes ele não sabe, ele não sabe qual é o número, a cor da equipe, o dia do acolhimento, então a gente leva essas informações

todas pra ele, liga pra poder fazer esse contato e ai faz o registro. (Enfermeira - 2º P- C14a)

Em geral pacientes psicóticas são muito objetos sexuais na cidade também, de uma forma que dá dó, de tão expostas que são, de tão sem crítica. Muitas sem crítica, e a gente usa também, muito o dispositivo do posto de saúde ginecológico. (Terapeuta Ocupacional - 9º P - C22a)

Os profissionais apontam um reconhecimento das especificidades das doenças psiquiátricas e a necessidade de uma assistência mais próxima, que busque compreender as fragilidades e dificuldades dos pacientes, atuando de forma a diminuir os entraves e possibilitando maior acesso aos serviços de saúde.

O cuidado em saúde mental consiste na apreensão das singularidades de cada sujeito. Para uns é facilitar o percurso em outros dispositivos da rede, pela dificuldade em seguir os protocolos instituídos; para outros é perceber as fragilidades a que o corpo físico é exposto e buscar minimizar os danos e riscos associados. Trata-se no dizer psicanalista de “secretariar o alienado”, ser seu acompanhante. É possibilitar que o sujeito tenha condições de cursar seu próprio caminho. Para isso é fundamental uma escuta atenta, que acolha os saberes e falas de cada sujeito, uma escuta destituída do saber e saber - fazer profissional, para que este assuma uma posição de não-saber a fim de captar as singulares de cada indivíduo que se dispõe a cuidar (KURIMOTO, 2013).

Se o vínculo dele é vir na hora que ele precisar, é assim que você vai atender ele. Tem paciente que dá, aí você vai tentando fazer essa balança assim, qual paciente que dá pra você tencionar porque ele dá conta de vir, aquele paciente que você, poxa vida, ele realmente na hora que ele chegar, é a hora que eu tenho que atender ele né, pra unidade básica isso é muito difícil, mas tem hora que é o jeito que a gente tem pra acolher o paciente, alguns pacientes da saúde mental, não é a maioria, maioria da conta de vim no horário, tudo certinho e tudo, mas tem um ou outro que é às vezes na hora que bater na porta mesmo né, é aproveitar. (Assistente Social - 1º P - U8aC2a)

Ela não tem uma crise grave, assim, de bater nos vizinhos, de correr atrás de gente, se atrasar um pouco o decanoato (medicação psiquiátrica injetável) ela faz, ela tem umas coisas assim, muito doída, e não fala concreto, muito delirante, persecutória também, dependendo do dia que você chega; mas é uma pessoa que tá estável desse jeito sabe, que é isso, não tem mais jeito da gente fazer alguma coisa, e a gente tem que procurar que a qualidade de vida dela seja boa, e que ela não incomode ninguém, assim, a ponto de ser prejudicada, então tem muitos assim, sabe que a

gente medica todos os dias em casa, a Kombi vai todos os dias levar o remédio, todos os dias, de segunda a segunda. (Enfermeira - 2º P - C14a)

As falas desvelam a complexidade da clínica psiquiátrica, a importância do manejo singular no caso a caso, de reconhecer as especificidades do sujeito, seu tempo e suas demandas e assim ofertar um cuidado que vá de encontro às peculiaridades individuais e não uma assistência engessada, que desconsidere o outro por meio de um saber instituído. Uma assistência que se utilize da oferta de ações e práticas direcionadas a cada caso.

Contudo, para que as práticas em saúde se tornem eficazes e eficientes é essencial o estabelecimento do vínculo profissional/ usuário de forma a captar as sutilezas que emanam do sujeito. A construção de vínculos se dá no cotidiano dos serviços, no encontro profissional - usuário, numa relação de confiança e responsabilização estabelecida ao longo do tempo por meio das trocas de experiências e saberes que facilitam a integralidade do cuidado (VIEGAS E PENNA, 2012). Perceber as sutilezas na relação profissional – usuário, pensar um projeto de cuidado que leve em consideração o saber e as crenças do paciente é essencial. Ou como nos acrescenta Maffesoli (2008, pg – 57), “quanto mais o que se troca é minúsculo, mais essa troca favorece a proximidade”.

É, esse paciente, (que interrompeu a entrevista), ele não é um paciente meu, ele já foi há uns seis anos atrás, nunca mais ele internou-se no CERSAM, mas todo momento de crise ele aparece, mas ele quer ser atendido por mim. Ai pedi ele pra passar pelo acolhimento que não estou de plantão. (Enfermeira - 19º P - C23a)

(...) Não é raro de acontecer de voltar, mas volta. Tem casos mesmo, por exemplo, tem um caso que o colega atendeu, acolheu, veio de uma tentativa de autoextermínio do Risoleta Neves, aí do Risoleta, ela atendeu, mesmo dia que ela atendeu ela encaminhou pro posto, dois dias depois ela tentou autoextermínio de novo, e voltou de novo, no terceiro dia pra cá, aí eu já acolhi e já fiquei com ela, falei gente, vai ficar nesse corre, corre. (Enfermeira - 2º P - C14a)

O acolhimento à pessoa em sofrimento mental por meio do vínculo profissional – paciente, permite que mudanças sejam efetivadas no processo de adoecimento do sujeito, reduzindo os agravos relacionados à sua condição de saúde, o que favorece o manejo das crises e possibilita ao sujeito a criação de

estratégias em sua vida cotidiana com a doença e suas manifestações que lhes são crônicas. Na concepção dos profissionais dessa pesquisa, o vínculo não está associado à tríade usuário - serviço e sim usuário - profissional que o atende, o acolhe e o possibilita um lugar.

O vínculo em saúde permite adesão ao cuidado na medida em que possibilita à pessoa em sofrimento ter um espaço de referência, de acolhimento, em que ela possa encontrar apoio e estratégias para se manter na vida, reduzindo os riscos que a dor psíquica provoca em suas vidas e relações. Quando não se encontra nos dispositivos da saúde um ambiente que lhe proporcione a formação do vínculo, presencia-se o cenário de migração entre diferentes serviços na busca por assistência.

O vínculo, então, favorece o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas de saúde, na medida em que constrói laços afetivos, de confiança, de respeito e a valorização dos saberes dos usuários/família/trabalhadores de saúde. Assim, propicia o desenvolvimento da corresponsabilização, da parceria desses sujeitos para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em sofrimento mental (JORGE et al, 2011).

Eu diria que precisava mudar era a adesão, porque o paciente ele vem quando 'tá' muito ruim, vamos chamar assim, aí ele é tratado durante um período de 2-3 meses ele some, aí, volta a doença, eles procuram a gente de novo, então eu acho que tem que ser um tratamento um pouco mais tranquilo, mais prolongado e quando se fala em prolongado não se fala em medicação em excesso, mas tentar fazer com que ele fique mais aderido ao tratamento, não só à psicoterapia, mas as consultas com a psiquiatria, tomar a medicação correta. (Psicóloga - 6º P - U3a)

É fato que há dificuldade de adesão ao tratamento desse usuário, que após um período de estabilidade, desconsidera a necessidade da ajuda profissional e medicamentosa, resultando no retorno à unidade quando há reaparecimento dos sintomas. Assim, para evitar esse círculo vicioso deve-se pensar em formas de cuidado que possa aumentar a adesão da pessoa, que vai além de um tratamento medicamentoso excessivo.

Estudos mostram as dificuldades dos pacientes à adesão ao tratamento e controle de doenças crônicas como os transtornos psíquicos, hipertensão arterial

sistêmica e diabetes mellitus. O abandono do tratamento ocorre sistematicamente quando os indivíduos encontram certa estabilidade no controle da doença. As justificativas do abandono pautam-se no desgosto de ter de tomar remédios continuamente, de ser “dependentes” deles, sintomas adversos dos fármacos, a carência de apoio social e profissional, a polifarmacoterapia, a falta de conhecimento sobre a doença e o tratamento, a terapêutica que desconsidera o sujeito em tratamento e suas peculiaridades (aspectos culturais, sociais e individuais) e a ausência de compreensão ampliada do processo saúde-doença (IBANEZ et al, 2014, LUSTOSA et al, 2011; FARIA et al, 2014). É essencial que o cuidado em saúde leve em consideração o sujeito envolvido, transformando-o em agente ativo no seu processo de cuidado à saúde.

Destaca-se que para que a adesão ao cuidado seja eficaz e garanta maior estabilidade do quadro psíquico, reduzindo o sofrimento, é fundamental também a participação da família. Daí os serviços de saúde, tanto CERSAM quanto UBS, terem suas bases no território, no acompanhamento familiar e na comunidade. Entretanto, sabe-se que a participação e inclusão da família no cuidado por vezes se mostra laboriosa. Isso porque, as relações que se estabelecem entre as pessoas com sofrimento mental e seus familiares sofreram modificações em termos de percepções e importância ao longo da história da psiquiatria no decorrer dos anos, além das dificuldades em lidar com as pessoas em sofrimento psíquico.

Nosso usuário da saúde mental se a gente consegue amarrar bem, contando também com a família costuma dar certo e também dependendo do quadro psiquiátrico dele, costuma dar certo. Mas aquele usuário que você sabe que ele mora sozinho, que você precisa tá de olho na questão da medicação que às vezes ele abandona o tratamento, então por mais que você amarre, ele passa um tempo melhor, depois ele volta de novo e retoma a crise, dependendo do suporte ele dá um pouco mais de conta. (Psicóloga - 11º P - U25a)

Fundamental a família, se ele tem alguém com ele, pra ele, pra secretário-lo, a gente através desse personagem aí, da vida dele, a gente consegue tranquilamente, fazer com que ele chegue à clínica médica nossa pra exames laboratoriais. Já em surto e com a família, a família acompanha o paciente junto ao CERSAM, e assim que ele ‘tá’ de alta o paciente é trazido pela família também e a gente vai acompanhando, o paciente, família. (Psicólogo - 15º P - U4a)

Os problemas maiores que eu vejo é com relação à família, quando o paciente tem o apoio familiar, o vínculo com a gente é melhor, o tratamento dele é mais fácil, o sucesso mesmo, quando a família não assume o paciente é muito difícil. (Médico da Família - 17º P - U15a)

Há uma compreensão do papel da família como fundamental no manejo às pessoas em sofrimento mental, contribuindo para o sucesso da terapêutica e estabilidade do quadro psiquiátrico. Uma relação familiar pautada no apoio e suporte à pessoa em sofrimento facilita o vínculo profissional - paciente e permite o desenvolvimento de laços sociais e afetivos dificultados pela doença psíquica.

Quando os pacientes não possuem laços familiares e sociais que permitem o suporte à atenção à saúde e à vida cotidiana, a assistência é comprometida e torna-se um laborioso trabalho aos profissionais e serviços de saúde envolvidos.

Destaca-se que a relação da família com a pessoa em sofrimento psíquico é historicamente construída e nem sempre foi vista como uma instituição capaz de acolher e cuidar de um familiar que adocece mentalmente (SANTIN et al, 2011). No século XX, com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e os avanços da psicanálise a família é culpabilizada pelo surgimento de uma pessoa com transtorno mental, sendo o convívio familiar visto como negativo às pessoas em sofrimento psíquico (ROSA, 2003). O saber psiquiátrico afastava cada vez mais o paciente do ambiente familiar, crescendo assim, as instituições psiquiátricas e o modelo asilar de tratamento. Além disso, buscava-se proteger a família da influência da loucura, evitando o adoecimento de novos indivíduos (SILVA et al, 2009).

A lógica hospitalocêntrica e manicomial destitui a família como possuidora de um saber e capaz de cuidar, restringindo-a ao papel de visita e informante, um recurso instrumental (ROSA, 2003), isto é, desresponsabilizando-a parcialmente do cuidado direto, que é assumido integralmente por “instituições totais” (GOFFMAN, 1992). Dessa forma, no modelo hospitalocêntrico, a família:

[...] fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. Ou seja, a relação da família com o portador de transtorno mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência ROSA (2003, p. 144).

É a partir do movimento antimanicomial que se passa a dar maior atenção à relação da família com a pessoa em sofrimento psíquico. Devido às mudanças ocorridas tanto na concepção de saúde quanto nas transformações dos serviços oferecidos, o discurso acerca da importância e participação da família no cuidado obteve destaque. Politicamente, a família passou a ser vista como parceira do tratamento nos serviços de saúde que estavam sendo criados, destacando-se como unidade de atenção e cuidado, bem como dar o suporte e o apoio no convívio social.

Enfim, você não sabe qual que vai ser a reação de um paciente desse, e os familiares, eles tem compromisso, eles tem que trabalhar, cuidar de filhos, ou cuidar de outros parentes e eles não tem, a estrutura pra cuidar daquele paciente de saúde mental em casa. [...] Vai lá no CERSAM, fica lá o dia inteiro e depois joga pra família, a família tem que se virar, mas e aí, como eu saio pra trabalhar e deixo meu parente que é um problema mental, sozinho dentro de casa. Eu tranco ele? Aí eu vou ser acusada de maus tratos, porque eu to privando ele da liberdade, eu deixo ele solto? Ele sai pra rua e apronta. Que que eu faço? Paro de trabalhar pra cuidar dele? Eles tão nas costas dos familiares, que muitas das vezes são agredidos. Aqui eu tenho casos, que me pedem socorro “a gente, pelo amor de Deus arruma um lugar pra eu internar fulano”. (Enfermeiro - 10P - U31a).

Não há dúvidas que a mudança na perspectiva do papel da família nos dias atuais é contributiva para a melhora do quadro psíquico da pessoa em sofrimento mental, entretanto também é apontada como motivo de sobrecarga dos familiares que não possuem outra opção senão aceitar e cuidar de seu ente doente, como revela a fala do participante ‘Enfermeiro - 10^oP-U31a’.

A família é provedora de cuidados, estimuladora da adesão das pessoas em sofrimento psíquico ao projeto terapêutico, não é mais tida como um sujeito extra no tratamento, e sim como parte integrante deste, mas também precisa de cuidados e atenção, principalmente por ser quase sempre apenas um cuidador que se sobrecarrega ou é sobrecarregado do cuidado familiar, que acaba, muitas vezes, sendo sinônimo de cuidado comunitário (SILVA et al, 2014).

Andreatta et al (2014) pontua que a pessoa ao assumir o papel de cuidador, depara-se com uma situação complexa em que na maioria das vezes, o cuidar não foi uma questão de escolha, mas sim uma imposição, aliada à obrigação de ordem social e moral. Estudos com famílias de pessoas em sofrimento psíquico apontam a sobrecarga do cuidador familiar e impacto em sua vida diária, afetiva e de lazer

provocado pela grande demanda exigida pela doença psíquica, principalmente nos casos mais crônicos (ANDREATTA et al, 2014; BESSA et al, 2013; CARDOSO et al 2012; GOMES et al, 2012, SANTIN et al 2011; FONTE et al, 2010).

É relevante destacar quão vulnerável se torna, em geral, a vida dos familiares das pessoas com sofrimento psíquico, visto que esses compartilham com seu ente todo o sofrimento, estigmas e preconceitos que ainda está presente na sociedade em relação à enfermidade. Quando uma pessoa apresenta sofrimento mental, não apenas ela sofre, mas toda a família, precisando ambos de apoio e cuidado. O convívio familiar por vezes é marcado por sobrecarga e desgastes de caráter emocional, físico e econômico. As dificuldades no “lidar cotidiano” constituem sempre uma demanda importante dos familiares cuidadores e a permanência da pessoa com sofrimento mental na comunidade depende exatamente do potencial dos familiares cuidadores em se sentirem capazes de cuidar e também de contribuir na minimização ou desconstrução do estigma social (SILVA et al, 2014).

Percebe-se a importância da parceria usuário, família e serviços de saúde no cuidado à saúde mental. Martins et al (2016) aponta para o potencial dessa tríade e a importância do cuidado à família que pode tanto ajudar no cuidado ao paciente, quanto beneficiar seus próprios familiares. O apoio familiar e a convivência das famílias com outras famílias de pessoas com sofrimento mental proporcionam um conforto por sentirem que não estão passando por aquela situação sozinhos, afinal, outras famílias enfrentam situações semelhantes ou até mesmo mais difíceis(MARTINS et al, 2016).

Nesse sentido, se faz necessário um questionamento acerca da responsabilidade estatal no provimento de cuidado às pessoas com sofrimento mental, diante da desinstitucionalização, quando há ausência de famílias dispostas ao cuidado.

Pacientes que não tinham condições de voltar pra família criaram as residências que também passaram a ter muito problema porque eram pacientes que foram reunidos numa casa, então até aquilo constituir uma casa pra eles foi muito difícil. Muitos entravam em crise, tinham que ser trazidos pro CERSAM. As cuidadoras eram cuidadoras despreparadas (...) iam pra lá pra cuidar da casa, mas também tinham que cuidar dos pacientes. (Terapeuta Ocupacional - 9º P - C22a).

Inicialmente, as ações de desinstitucionalização depararam-se com uma questão: o que fazer com pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza. Dessa forma, para atendimento desses casos criaram-se como refere 'Terapeuta Ocupacional - 9ºP-C22a', as 'residências' que acolhiam esses pacientes, identificadas como terapêuticas ou serviços residenciais terapêuticos. As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para os egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Esses espaços visam favorecer às pessoas que neles residem, a retomada da gestão do cotidiano e de novos projetos de vida, a partir do apoio de profissionais e de outros pontos de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As discussões iniciais sobre essa estratégia de moradia ocorreram na II Conferência Nacional de Saúde Mental⁹ e contou com expressiva participação de usuários de serviços de saúde mental e de seus familiares, além do Movimento Mineiro de Trabalhadores em Saúde Mental e ressaltou a importância estratégica da implementação dos então chamados "lares abrigados", para resolver a demanda em questão, promovendo a reestruturação da assistência em saúde mental no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992; SILVA, 2009)

Ocorreram também experiências de sucesso nas cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) que demonstraram a efetividade da iniciativa de reinserção dos pacientes na comunidade. Estas experiências geraram subsídios para a elaboração da Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que institui o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) como moradias assistidas, inseridas de preferência na comunidade, com objetivos de reinserção social, resgate da cidadania e autonomia dos moradores de longa data dos hospitais psiquiátricos, que não contam com suporte social e vínculos familiares, ou que, por outra razão, necessitem do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

⁹Em dezembro de 1992, em Brasília.

Em Belo Horizonte, iniciou-se, em 2000, o “Programa de Desospitalização Psiquiátrica” (PDP), instituído pela portaria SMSA – BH/SUS nº 004/2000, que objetivava acolher pacientes psicóticos internados na rede pública e particular e cuja alta hospitalar era impedida devido a problemas sociais como falta de moradia e abandono familiar. Além de moradia, conceder-lhes uma “bolsa-desospitalização” no valor correspondente ao custo da autorização de internação hospitalar. Uma equipe foi formada para fazer o levantamento dos casos a serem beneficiados pelo programa. Ao todo, foram indicados 683 pacientes crônicos que estavam internados nos hospitais públicos e particulares do município. Dois Serviços Residenciais Terapêuticos foram inaugurados na época: Casa Concórdia e Casa Floramar, acolhendo 10 moradores cada casa (SILVA, 2009).

Entretanto, como descreve ‘Terapeuta Ocupacional - 9ºP-C22a’, não havia um treinamento das cuidadoras que realizavam tarefas domésticas, mas que também precisavam ter conhecimento para cuidar dos pacientes.

Na Portaria nº 106/2000 não foram encontradas referências sobre a pessoa cuidadora da casa e seu grau de qualificação. Ela apenas discorre sobre a equipe técnica do serviço ambulatorial de referência e que cabe ao SRT garantir assistência, suporte e promover a reinserção dos moradores com grave dependência institucional à vida comunitária. Uma segunda portaria nº 1.220/2000, relacionada ao SRT, regulamenta a portaria anterior e estabelece a criação da atividade profissional Cuidador em saúde, que se refere ao cuidador das residências terapêuticas. Porém, não estabelece de modo aprofundado sobre quem é esse profissional e seu grau de qualificação. A portaria nº 3.088 de 2011, que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substância psicoativas, delibera sobre a importância dos SRT, mas também não aprofunda sobre formação e qualificação profissional do cuidador.

Para Vidal et al (2008), um dos pontos negativos encontrados em algumas experiências de residências terapêuticas no Estado de Minas Gerais foi o despreparo de profissionais. Esses autores destacam a responsabilidade do cuidador em possibilitar que o morador tenha uma vida prática na comunidade, incentivando-o, por exemplo, a passear, a fazer compras, a ir ao médico e a andar de ônibus.

No estudo de Neto et al (2009) com cuidadores de um SRT, constatou que os cuidadores não tinham nenhuma formação na área da saúde, que as maiores preocupações referentes ao cotidiano de seu trabalho foram sobre as reclamações de comerciantes em relação aos moradores, e também sobre saber agir nos episódios de crise, uma vez que, negaram ter tido orientações direcionadas para intervir especificamente nesses eventos. Apesar disto, afirmam sentir-se preparados para o serviço, mesmo considerando não ter recebido nenhum tipo de preparo prévio. Evidenciou-se que é fundamental maior conhecimento das formas de cuidado praticadas pelos trabalhadores e que é imprescindível discutir o nível de atenção dispensada aos cuidadores.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os moradores têm de se apropriar das residências terapêuticas e os profissionais que os acompanham devem estimulá-los para que eles programem os próprios hábitos e costumes. No entanto, apenas a transferência dos moradores dos hospitais psiquiátricos para os novos serviços não garante a desinstitucionalização, pois não é a mudança de espaço físico e sim a transformação da lógica manicomial (KODA, 2003; DIMENSTEIN, 2006; AMORIM et al, 2009; NETO et al, 2009).

Diante dessas considerações destaca-se que mesmo com o processo político, respaldado em leis e portarias da reforma psiquiátrica, é necessário refletir que no cotidiano esse processo exige estratégias no lidar com as implicações objetivas e subjetivas dos cuidadores, sejam eles familiares ou não. Implicações estas, atreladas principalmente à sobrecarga do(s) cuidador(es) e vinculadas “às frustrações, sentimentos de impotência e culpa” (ROSA, 2009, p. 189). Portanto, a PNSM, enquanto Política Social, não deve ter como objetivo “pressionar as pessoas para que elas assumam responsabilidades além de suas forças e de sua alçada, mas o de oferecer-lhes alternativas realistas de participação cidadã” (PEREIRA, 2010, p. 40), como a proposta idealizada das residências terapêuticas. Logo, é relevante que o Estado, por meio de suas ações, permita uma valorização da família, enquanto parceira dos serviços, mas que esta parceria não signifique a recessão da atuação estatal no processo de proteção da família, e sim, que atue, de forma conjunta, Estado, família e comunidade, para promover o bem-estar e a cidadania social (SILVA et al, 2014).

Para Silva et al (2014), aos familiares das pessoas em sofrimento psíquico são direcionadas novas exigências e um maior comprometimento no provimento do cuidado doméstico e comunitário, sem que o Estado lhes ofereça suporte necessário para tanto, o que contraria os próprios princípios da Reforma Psiquiátrica, que se fundamenta no apoio e fortalecimento das famílias, pelo Estado, neste novo papel assumido por esta instituição, na forma de investimentos em educação, saúde, ampliação do protagonismo/control social, ações de combate ao estigma comunitário, ausência que enseja o risco de desresponsabilização estatal na assistência e garantia de proteção.

Dessa forma, aponta-se uma necessidade de atenção à família das pessoas em sofrimento psíquico, como apoio, orientação e cuidados voltados a reduzir o estresse vivido e maior compreensão acerca da doença e seus sofrimentos. Os laços sociais podem promover tensão e desestabilização, mas também podem se tornar fatores protetores, evitando a exacerbação do quadro psiquiátrico, auxiliando na recuperação e no cuidado (GAMA et al, 2012). Assim, um cuidado voltado tanto às pessoas em sofrimento psíquico quanto aos seus familiares, permite maior estabelecimento de vínculo com os profissionais e melhora no manejo e na assistência à saúde mental.

4.3 A história construída no cotidiano dos profissionais de saúde

Esta categoria traz a construção de práticas e saberes na assistência à saúde mental nos serviços estudados. Foram elaboradas duas subcategorias: 4.3.1. O cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e 4.3.2. Os furos da rede no cotidiano dos serviços de saúde, a fim de compreender as especificidades cotidianas nos diferentes serviços.

4.3.10 cuidado às pessoas em sofrimento psíquico

Buscou-se mostrar nesta categoria, a configuração da organização dos CERSAM, as estratégias implantadas ao longo dos anos para melhoria da assistência à saúde mental e a particularidades cotidianas desses serviços. Evidencia-se também como os profissionais que trabalham nesses serviços concebem a articulação com as UBS.

Antes quando eu cheguei no CERSAM não era regionalizado. Quando eu estava de plantão usuário que chegasse, era meu. O usuário que eu acolhesse era meu, podia ser de qualquer região de Venda Nova. (Enfermeira - 3º P - C15a)

Agora, eu recebo o usuário, eu acolho, eu estou no plantão, faço o acolhimento e se acho que ele precisa de ter um acompanhamento no CERSAM, de ter um acompanhamento com a referência técnica aqui, ai eu vou né, na microrregião dele e faço a inserção dele na microrregião e nessa microrregião tem os nomes dos profissionais, ai vou seguindo a lista entendeu? Ai a pessoa, a primeira pessoa da lista vai receber o usuário ai eu faço o agendamento para essa pessoa e faço o agendamento de psiquiatra dessa região. (Enfermeira - 19º P - C15a)

Nos primeiros anos de atendimento nos CERSAM, o profissional que estivesse no plantão acolhia o usuário que chegasse, tornando-se sua referência no cuidado à saúde dentro do serviço. Não havia divisão do território de abrangência do CERSAM por profissionais ou equipes, o que só veio a acontecer posteriormente.

No contexto nacional, nos anos 2000, a regionalização adquiriu maior destaque entre as diretrizes nacionais que orientam a implantação do SUS. A regionalização é concebida como um processo técnico-político relacionado à definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde (CARVALHO et al, 2017).

No segundo semestre de 2002 houve em Belo Horizonte, a formação de colegiados/fóruns/oficinas de discussão, do nível central aos trabalhadores, a fim de orientar a rede quanto a princípios e diretrizes da interface Equipe de Saúde Mental-Equipe de Saúde da Família. Definiu-se que, os CERSAM também participariam do trabalho de referenciamento às equipes de saúde da família, a partir do estabelecimento de microrregiões ou microáreas. Assim, as equipes dos CERSAM,

divididas em miniequipes, seriam responsáveis pelo referenciamento das microáreas dos distritos sanitários (BELO HORIZONTE, 2006).

Essas mini equipes são compostas por um psiquiatra e técnicos de referência específicos. O técnico de referência nos CERSAM é o profissional com formação superior (enfermeiros, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos) que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto (BRASIL, 2004). A micro divisão da área de abrangência dos CERSAM, como prática em saúde, facilitou o acompanhamento mais próximo pelos profissionais e criou uma referência de suporte e cuidado para às pessoas em sofrimento psíquico. Isso contribui para o acolhimento das necessidades de saúde e a formação de vínculo usuário – profissional, que são imprescindíveis para a adesão ao cuidado em saúde e redução e estabilidade do sofrimento psiquiátrico.

Essa divisão possibilitou também um maior contato dos CERSAM com outros serviços:

Então eu acho que hoje elas estão um pouco mais fortalecidas porque existe mecanismos que fazem com que a gente se reúna, antigamente era uma coisa meio solta, era uma coisa muito pessoal. Então depois da regionalização em que a gente pertence a um microrregião, você tem espaço de horário definido para você reunir, você tem algum caso, você passa, se eles tem alguma questão eles passam, agora deu uma fortalecida. (Psiquiatra - 5º P - U2aC9a)

Então, a divisão da equipe do CERSAM também em microáreas é uma divisão também recente historicamente. Ela deve ter mais ou menos uns 3 anos ou 4. Na verdade nós trabalhávamos assim: quem acolhia, referenciava. E isso às vezes, dificultava. Porque eu referenciava, por exemplo, pacientes da UBS X, da UBS Y, da UBS Z. Então à medida em que eu passo a referenciar pacientes que são da minha micro, então, facilita a interlocução e o conhecimento dos pacientes daquela microárea. Então tem melhorado muito a qualidade. Você se apropria muito melhor dos casos. (Enfermeira - 2º P - C14a)

A gente não tinha contato com o profissional da unidade básica de saúde porque eram várias unidades de saúde, aí quando a gente começou a participar das microrregiões em que eu apesar de acolher o paciente, eu acolhia o paciente do posto X, mas aí eu encaminhava para a microrregião dele, inseri-lo na microrregião dele, da mesmo forma o outro colega, então quando ele faz isso a gente tem ali uma área de atuação que é mais definida, você conhece mais os profissionais que trabalha, você discute

mais os casos, fica muito mais fácil. Antes da regionalização era complicado. (Psicóloga - 18ºP - C21a)

Os usuários ao buscarem atendimentos nos CERSAM são acolhidos pelo profissional que está de plantão no dia. Antes, o profissional que acolhia o paciente, era tido como sua referência e era o responsável pelo acompanhamento da pessoa em sofrimento psíquico durante todo o tempo em que este estivesse em acompanhamento no serviço. Assim, um mesmo profissional era referência para pacientes de diferentes localizações dentro da área de abrangência. O trabalho do técnico de referência do CERSAM, em termos de articulação com as UBS tornava-se mais laborioso, a integração entre os serviços quase não era possível, uma vez que se precisava acionar diferentes UBS, afastadas geograficamente, com a indisponibilidade de tempo e a grande demanda, tão comuns a todos os profissionais de saúde dos diversos serviços públicos.

Assim, ao dividir o território em microáreas, favoreceu-se a integração entre CERSAM e UBS na medida em que há profissionais definidos para atuação em determinada área. Antes as reuniões que ocorriam com os profissionais dos CERSAM e os da UBS eram muito generalizadas. A divisão em microáreas permite que os profissionais tenham entre si uma referência para discussão e identificação de especificidades de cada caso que são fundamentais no manejo e na recuperação da saúde das pessoas em sofrimento psíquico.

Outras particularidades são apontadas com a divisão em microáreas:

Mas como a gente se dividiu em microárea, a gente na recepção já até sinaliza isso pra pessoa. A pessoa, por exemplo, eu atendo da micro 3, eu faço a entrevista, eu faço a avaliação, eu falo: "Olha, provavelmente não sou eu quem vou te atender, vai ser outra pessoa". De uma outra microárea, que eu vou te apresentar essa pessoa, "aí eu gostaria que você fizesse um retorno, pra eu te apresentar". A gente faz toda uma apresentação, pra que a coisa flua pra microárea, né? Se eu já sou da micro 1, a recepção já chega da micro 1, sou eu que já pego de uma vez, pra gente evitar esse percurso. Foi um arranjo que a gente conseguiu fazer pra poder diminuir essa perda mesmo que a gente faz, desse laço que a gente faz no primeiro acolhimento, que na saúde mental às vezes ele é muito decisivo pra alguns usuários. (Enfermeira - 2º P - C14a)

Eu passo muito isso, por exemplo paciente que tá muito deprimido, que acaba fazendo um laço, que você tenta assim, amarrar de alguma forma, pra ta voltando, alguma tentativa de autoextermínio grave, alguma coisa assim, eu acabo ficando com ele, entendeu, eu acabo ficando, porque eu

acho difícil, depois de você acolher o paciente vira pra mim e fala, “eu não vou pra outro não, eu já falei tudo pra você”. Então existe essa dificuldade também, sabe assim quando você acolhe, leva maior tempão seu então assim, você acaba ficando com ele, eu mesmo, eu ainda tenho heranças de paciente que não são da minha micro hoje, pacientes sem previsão de ter alta, e que aí fica de outra área, mas são poucos. Mas aí quando eu acolho e vejo que a coisa não tá legal, não dá pra encaminhar, eu não encaminho. (Terapeuta Ocupacional - 3º P - C15a)

Como toda regra, há exceções. Se por um lado a divisão do território para as equipes contribui para a integração entre os serviços e permite uma maior organização para o funcionamento dos CERSAM; por outro em alguns casos pode impactar na assistência à pessoa em sofrimento psíquico, pois ao procurar o CERSAM não se pode garantir que o primeiro acolhimento ao usuário será feito pelo profissional que irá conduzi-lo ao longo do tempo em que estiver em acompanhamento. Isto na visão de alguns profissionais provoca prejuízos, já que o primeiro acolhimento é fundamental para a construção do vínculo profissional-pessoa em sofrimento psíquico, que é primordial para a melhora do quadro de saúde em que o sujeito se encontra.

Muitas vezes, é no primeiro acolhimento que a pessoa expõe suas dificuldades, seus medos e fragilidades, confiando ao profissional que a acolhe a esperança de que ele possa contribuir de alguma forma para a melhora do seu quadro de sofrimento. Assim, torna-se difícil a transferência do acompanhamento do paciente para outro profissional.

Percebe-se que a responsabilização pelo caso vai além da divisão territorial, dada pela divisão em microáreas. A responsabilização muitas vezes é determinada pela relação da pessoa em sofrimento psíquico com o profissional que a acolhe, pois o vínculo constituído nessa relação, as fragilidades e o sofrimento da pessoa que busca ajuda, a presença ou ausência de uma rede de apoiosão determinantes para a possibilidade de transferência ou não para os cuidados de outro profissional.

O vínculo garante ao usuário, mediante uma postura acolhedora, a segurança e confiança de expressar seus problemas e fragilidades, como também faz com que seja responsável pela produção de sua saúde. A finalidade da relação propiciada pelo vínculo entre usuário e profissionais da saúde está na possibilidade de mudanças de comportamento, as quais, pautadas nessa relação de confiança,

venham a favorecer a corresponsabilização no cuidado em saúde (QUEIROZ e PENNA, 2011).

Assim a divisão em microáreas orienta o trabalho dos profissionais, possibilita a corresponsabilização pelos casos, mas o determinante maior não é a divisão territorial, mas sim, a identificação da pessoa com o profissional que a acolhe e a possibilidade dessa relação estabelecer vínculos de confiança, entrega e cuidados em saúde. Estratégias como acompanhar a transição do paciente para a corresponsabilidade de outro profissional, como destaca “Enfermeira2ºP - C14a”, possibilitando que a transferência ocorra de forma gradativa, são facilitadoras desse processo e trazem garantia de adesão pelo usuário.

Em relação à assistência às pessoas em sofrimento psíquico os profissionais destacam:

Primeiro porque existe um desinteresse muito grande, eu acho que assim, um preconceito com a saúde mental muito grande, com as equipes de PSF eu acho, assim, falou que é doidão não existe outra coisa assim, outra dor, o doido não tem dor, a questão dele é toda da saúde mental, da psiquiatria, então isso eu acho que existe muito ainda, na unidade básica e na urgência, na UPA, por exemplo, isso é fato, e quando o paciente não incomoda eles não tem mesmo, nenhum interesse, e tem uma outra coisa também que é o tempo, eles (profissionais do PSF) não tem tempo. (Enfermeira - 4º P - C23a)

Acho que isso é importante dizer, porque a gente não quer só remédio, a gente não quer só comida, como diz os Titãs. A gente quer diversão, a gente quer arte, a gente quer que o portador de sofrimento mental tenha direitos, como qualquer outro cidadão. Possa chegar no posto, ter a aferição dele da PA (Pressão Arterial) sem ninguém ficar assustado. De ter que mandar para o CERSAM pra fazer isso. Achando que o CERSAM é um equipamento que vai dar conta disso tudo na cidade. A gente sabe que não. (Terapeuta Ocupacional - 9º P - C22a)

A desospitalização da pessoa em sofrimento mental e a implantação de uma assistência humanizada, reafirmadas pelo discurso neste estudo, não garantiu, até os dias de hoje, o término do preconceito em relação à saúde mental, historicamente estabelecido. “A pessoa em sofrimento mental não tem dor física”, a necessidade dele é de ordem psíquica e por isso, necessita de especialistas. Porém, esses profissionais que se encontram, no atual programa, atuando no CERSAM, também não dão conta de todas as demandas deste usuário, que poderia ter sua pressão arterial aferida sem que seja procedimento exclusivo da UBS. Parafraseando os

Titãs, “a gente quer inteiro e não pela metade”¹⁰. Se de um lado, afirmam-se dificuldades de atenção nos serviços não específicos em saúde mental, em proporcionar um cuidado à pessoa em sofrimento psíquico para além de seu adoecimento psiquiátrico de forma a garantir uma assistência que vá de encontro à integralidade do sujeito; de outro, embora o CERSAM seja referência para as pessoas com sofrimento mental, esse dispositivo sozinho não consegue atender à todas as necessidades de saúde e direitos civis do seu público alvo.

Assim, torna-se imprescindível uma melhor integração entre os serviços da RAPS, de forma a garantir que os pacientes circulem pelos serviços e encontre resolubilidade para suas demandas em saúde. Reafirma-se a fragmentação, historicamente instituída, à pessoa em sofrimento mental, físico versus psíquico no cotidiano dos serviços de saúde, como se doenças psiquiátricas e doenças físicas não tivessem nenhuma relação entre si.

Sabe-se que a cisão do corpo e da mente não emerge na contemporaneidade. Tais achados presente no cotidiano dos serviços são frutos do modelo de saúde centrado na figura do médico que predominou durante muito tempo na saúde. Descartes criou o dualismo corpo e mente, produzindo reflexos profundos nas ciências humanas, físicas e biológicas após o século XVII. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico (Descartes, 1637/2000). Tal modelo levou a uma separação rigorosa entre mente e corpo, e a concentração do atuar em medicina centrada na máquina corporal. Capra (1982 apud BARROS, 2002) considera que na medicina o dualismo dificultou aos médicos tratar a parte psicológica e aos psicoterapeutas cuidarem do corpo de seus clientes. A redução do homem em partes e o desenvolvimento das várias especialidades da medicina contribuíram ainda mais para a fragmentação do cuidado em saúde e visão do homem segmentado.

Apesar do atual modelo ser proposto sobre a égide do ser integral, em contraposição ao modelo biomédico cristalizado, com a reintegração da dimensão psicossocial ao ensino e, conseqüentemente às práticas em saúde (MARCO, 2006), não se pode afirmar, ainda, de acordo com os discursos de alguns participantes, que seja uma realidade nos serviços de saúde. Apesar das discussões acerca da

¹⁰Banda: Titãs. Álbum: Jesus Não Tem Dentes no País dos Banguelas. Faixa 2: Comida.

integralidade enquanto princípio na constituição do SUS e das políticas criadas ao longo dos anos a fim de garantir à assistência de forma integral realizada por equipe interdisciplinar, o cotidiano mostra que:

O paciente chega aqui é urgência clínica. A urgência não é psiquiátrica. Então quando a gente vai ver a pessoa 'tá' hipotensa, ou ela 'tá' hipertensa, ela 'tá' com a glicemia lá em cima. E o posto nem viu. Mandou sem nem olhar. Às vezes até o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) chega a gente pergunta: "Olha, você aferiu?" "Não consegui não". "Então nós vamos aferir aqui, não vai embora ainda não". E com os hospitais também, que é muito difícil encaminhar um paciente que começa aqui a passar mal, sudorético, que você quer encaminhar pra um hospital clínico e você não consegue. Aí tem que 'botar' médico com médico pra falar, porque se enfermeiro falar eles não aceitam, se TO (terapeuta ocupacional) falar não aceita. Aí é uma burocracia, uma dificuldade. Às vezes a própria gerente tem que entrar, dar também um jeito. (Enfermeira - 19º P - C14a)

Apontam-se dificuldades da atenção em rede, de encaminhamentos para outros serviços de saúde, falta de entendimento de um trabalho interdisciplinar e até mesmo de um diagnóstico clínico precoce que possa prevenir agravos, quando se trata de pacientes com sofrimento mental.

O tabagismo que a grande maioria deles fumam loucamente, são comorbidades complicadas, o uso de drogas também por tempo prolongado. Ai chega às vezes com 20 anos, começa com 8 anos o uso de drogas, então você não sabe o que isso causou organicamente pra esse paciente. Se esse paciente já tinha alguma comorbidade cardiológica, então se tivesse um parâmetro clínico quando esse paciente chegasse ia ser bom pra todo mundo. (Enfermeira - 2º P – C14a)

A gente não consegue nem o número de psiquiatra suficiente, quanto mais o clínico. É um pedido nosso sabe, de ter uma retaguarda clínica mais próxima, que tivesse um clínico pra dar retaguarda pra todos os CERSAM que pudesse vir pelo menos uma vez de 10 em 10 dias. E cada vez essa necessidade tem sido maior porque o legal é quando o paciente chega aqui, que a gente não conhece, que ele possa fazer uma bateria de exames clínicos pra ver como é que tá, porque se tiver alguma intercorrência clínica, você não tem nenhum parâmetro anterior pra falar e então às vezes a gente trabalha com esse paciente muito no escuro sabe?(Terapeuta Ocupacional - 9ºP - C22a)

Teve o caso de um paciente que agitou na UBS. Ele chegou aqui eu falei: "Gente esse paciente tá estranho", fomos aferir a glicemia capilar dele 'tava' 500 e tanto né. Ele agitou tanto na UBS, que ninguém teve esse cuidado ou essa oportunidade ou esse tempo pra aferir os dados desse paciente. Ele pode ser até doido, ele pode estar doido nesse momento, mas às vezes é uma confusão mental causada por hiperglicemia. "Você é diabético?" "Não,

não sou". Pior ainda, porque é então o primeiro pico hiperglicêmico e como ele apresentou um comportamento inadequado, CERSAM. E a retaguarda clínica que a gente tem aqui ela é muito precária, e as vezes você não pode mandar pra UBS porque já estão abarrotados, ai às vezes tem que ser UPA mesmo. (Enfermeira - 4ºP - C23a).

A construção de uma integração nos serviços de atenção tanto nas UBS como nos CERSAM apresenta fragilidades que interferem diretamente no acesso à assistência integral às pessoas com sofrimento mental. Revelam-se lacunas encontradas na integração entre os serviços em relação às questões de ordens clínicas. A questão que se coloca é que tanto a clínica necessita de apoio da psiquiatria como vice versa. A fragmentação corpo-mente instituída historicamente revela-se na dificuldade de atenção integral, a uma pessoa que tanto pode apresentar um "comportamento inadequado" e, por isso, encaminha-se para o CERSAM, mas também pode apresentar sintomas por consequência de um acometimento físico, que por vezes é confundido com a doença mental pregressa.

Há um reconhecimento dos profissionais que o cuidado oferecido às pessoas em sofrimento mental suprime comorbidades preexistentes ou ocasionadas pelo tratamento medicamentoso e hábitos de vida, em virtude muitas vezes da falta de recursos humanos, da alta demanda dos serviços públicos de saúde e da dificuldade profissional na aproximação com a pessoa em sofrimento mental. Assim, no cotidiano de trabalho dos CERSAM, os profissionais questionam a necessidade de um médico clínico com vistas a identificar sinais e sintomas que embora não decorrentes do quadro psiquiátrico não deixam de correlacionarem-se.

Estudo aponta para uma maior mortalidade em indivíduos com distúrbios psiquiátricos (LAWRENCE et al, 2003 – tradução nossa). Isto é parcialmente explicado por uma alta taxa de suicídio, mas esses indivíduos também apresentam alta mortalidade por doenças cardiovasculares quando comparados à população geral (ALMEIDA et al, 2010; DRUSS et al, 2001). A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte em todo o mundo, e também no Brasil (WHO, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Existem vários mecanismos que podem influenciar a prevalência de maiores taxas de mortalidade na população com distúrbios psiquiátricos em relação à população geral: efeitos colaterais de medicamentos psicotrópicos, estilo de vida

pobre, acesso reduzido a cuidados de saúde, aumento da frequência de tabagismo e associação com fatores de risco cardiovasculares (ALMEIDA et al, 2010; DRUSS et al, 2001).

Medidas para reduzir os riscos cardiovasculares são imprescindíveis, tais como: desenvolvimento de tratamentos antidepressivos direcionados a menor ganho de peso e menor resistência à insulina, educação dos profissionais de saúde, inclusive aqueles que trabalham na atenção primária, de forma a melhorar a detecção e tratamento da depressão e também para melhorar a vigilância e o gerenciamento de fatores de risco cardiovascular concorrentes em indivíduos deprimidos. Medidas para cessação do uso do tabaco e para aumentar a atividade física em pessoas com distúrbios psiquiátricos devem ser implementadas nos serviços de saúde e na comunidade (DRUSS et al, 2001). Os gestores do sistema de saúde, como sugerido pela WHO (2012), também devem criar políticas de saúde para reduzir a vulnerabilidade nessa população.

A necessidade de conhecimento da história pregressa dos pacientes é fundamental inclusive, para direcionar o tratamento medicamentoso:

A gente sabe que os antipsicóticos tem uma interação global no organismo, os antidepressivos tem uma interação muito importante sobre o sistema cardiovascular; o uso por anos, anos e anos de antipsicóticos detona o organismo, faz com que esse paciente nosso seja, mais vulnerável a outras doenças. (Enfermeira - 4º P – C23a)

O uso prolongado de medicamentos possui diversos efeitos negativos sobre o organismo das pessoas. Ao mesmo tempo, se associado há alguma comorbidade preexistente os prejuízos com o uso de medicações são ainda maiores. Estudo mostra a relação do uso de antipsicóticos com um aumento da mortalidade em adultos com demência (MAUST et al, 2015, tradução nossa). Em pacientes jovens, Galling (et al, 2015, tradução nossa) aponta um risco acumulado e maiores incidências de desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 2 quando expostos ao uso de antipsicóticos. Outro estudo evidenciou que pacientes esquizofrênicos que recebem medicamentos antipsicóticos são altamente propensos a distúrbios metabólicos, como ganho de peso, dislipidemia e resistência à insulina (GARERI et al 2014, tradução nossa).

Dessa forma, autores sugerem que em pacientes que usam drogas antipsicóticas, o perfil lipídico e os fatores de risco metabólicos devem ser investigados periodicamente. Antes da prescrição, a presença de doenças cardiovasculares, alterações no exame eletrocardiograma e a presença de distúrbios hidroeletrólíticos devem ser seriamente considerados (GARERI et al 2014; ROOHAFZA et al, 2013, traduções nossa).

Os estudos acima citados corroboram com o conhecimento dos profissionais apresentados nesta categoria, acerca da inter-relação dos medicamentos psiquiátricos e o desenvolvimento de doenças e agravos, o que justifica a insegurança no manejo das pessoas em sofrimento mental em crise e o desejo dos profissionais do CERSAM de uma avaliação clínica periódica de seus pacientes. Para tanto, parece haver uma lacuna na integração das UBS com os CERSAM, uma vez que se espera que ambos os serviços preste uma assistência integral e que ocorra diálogo e interação entre eles.

Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (BRASIL, 2004, pg 79).

Mudanças no desempenho do trabalho precisam ser repensadas por meio de capacitação dos profissionais da rede de atenção psicossocial (SILVA et al, 2014), de forma a aproximar, aperfeiçoar o manejo e garantir a integralidade na saúde mental.

Para suprir em certa medida a necessidade de conhecer os pacientes atendidos nos CERSAM quanto as doenças e comorbidades clínicas e ofertar um cuidado para além das questões psiquiátricas, os profissionais implantaram algumas estratégias:

Isso foi algo que foi acontecendo na equipe, que a gente percebeu que a gente também era muito descuidada com os usuários da saúde mental, que a gente recebia os pacientes e a gente não tinha um cuidado, um olhar clínico. "Já aferiu a pressão desse paciente?" Antes a gente não fazia isso. A gente foi vendo como que essa população tá adoecida, de DST (Doença sexualmente transmissível), muitos casos de sífilis, de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e mesmo o tabagismo, intenso; DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica). Porque nosso equipamento aqui, nós não temos nada de urgência clínica. Então hoje nós temos uma pessoa que fica

o tempo todo, chegou pra permanência dia, vamos fazer uma aferição de pressão arterial. E a gente foi melhorando demais nossa atenção nesse sentido. (Terapeuta Ocupacional - 3ºP - C15a)

Se por um lado há dificuldades nas UBS no manejo das questões psiquiátricas; por outro lado nos CERSAM, o manejo das necessidades clínicas também encontra fragilidades. Espera-se que as UBS e os CERSAM atendam integralmente à pessoa com sofrimento mental, mas no primeiro espera-se atendimento clínico ao corpo, no segundo o atendimento à mente, focada, por isso mesmo na clínica psiquiátrica.

E nem generalista tem essa base legal da saúde mental, e muitas vezes a saúde mental torna-se um gueto, as pessoas aqui ficam um pouco afastadas da clínica. Então a necessidade que às vezes a gente tem de uma reciclagem das urgências clínicas pros nossos médicos. A gente teve uma parada cardiorrespiratória outro dia. Eu treino a minha equipe pra gente agir como se a gente não tivesse médico, porque? Porque eles não estão muito preparados pra atender uma parada. É triste, mas essa questão da compartimentalização da medicina é uma realidade. Eu tenho muito essa preocupação de deixar minha equipe de enfermagem afinadinha. Vamos agir até chegar o médico do SAMU. “Ah é ruim falar? É, mas é real”. (Enfermeira - 4º P - C23a)

Há dificuldades nas UBS no cuidado à pessoa em sofrimento mental, mas, nos serviços secundários, contudo, o manejo com as questões físicas dos usuários da saúde mental é um desafio. Na fala de Enfermeira- 4ºP - C22a, a saúde mental torna-se um gueto (“local onde uma minoria está separada do resto da sociedade, segregado”¹¹), ou seja, a centralidade do cuidado está nas questões psiquiátricas.

Dada a complexidade da clínica psiquiátrica com a heterogeneidade de seus sintomas, os profissionais acabam enfatizando o sofrimento mental, e em algumas situações as questões clínicas ficam mascaradas.

Em estudo realizado em um CAPS no Mato Grosso (BRANQUINHO et al, 2014), de 146 prontuários analisados apenas 15 tinham informação acerca de doenças não transmissíveis. Dessas, 5 apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 6 diabetes mellitus e 4 ambas as doenças crônicas. Observou-se a escassez de registros relacionados à hipertensão e/ou diabetes. Aponta-se a necessidade de ações que abarquem todos os aspectos dos indivíduos, da saúde física e mental,

¹¹AURÉLIO, 2002.

incluindo ações como o acompanhamento do uso e da administração de medicamentos, do nível pressórico e glicêmico, bem como de sua alimentação, atividade física e evolução das manifestações de comportamento relacionada à saúde.

Entretanto, independente do diagnóstico pregresso há na saúde uma trajetória de fragmentação da rede de assistência e do processo de trabalho, onde o baixo investimento na qualificação profissional incide sobre o despreparo das equipes para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, proporcionando uma assistência não integral e, não raro, resultando em desrespeito aos direitos dos usuários (BRASIL, 2015).

Ainda sobre as dificuldades na oferta de uma assistência integral nos serviços:

Se a gente for falar, é você pegar uma pessoa de uma atenção secundária, e colocar ela pra medir pressão e ajustar antihipertensivo básico, o que não é a minha função. Então assim, esse atendimento em conjunto ele faz falta e às vezes a gente tem uma certa dificuldade. (Psiquiatra - 5ºP - U2aC9a)

A ideia do atendimento conjunto é destacada por 'Psiquiatra - 5ºP - U2aC9a', em que profissionais generalistas e especialistas atendem de forma simultânea, compartilhando saberes e envolvendo o paciente e a sua rede social, o que facilita a troca de saberes, permite o aprendizado aos profissionais e possibilita melhora da atenção prestada. Os profissionais dos diferentes serviços passam a se ajudarem mutuamente, facilitando o diagnóstico diferencial e a troca de experiências e saberes.

O atendimento conjunto consiste em realizar uma intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em coprodução. Realizar em conjunto com o apoiador ou equipe de apoio matricial uma consulta no consultório, na enfermaria, no pronto socorro, no domicílio, ou em outro espaço; coordenar um grupo; realizar um procedimento. A intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2010 – p. 33)

Embora a especialização em determinada área possibilite maior conhecimento, manejo e domínio no diagnóstico e tratamento, ocasiona também a compartimentalização do ser humano, o que gera um cuidado fragmentado que

pode ser amenizado pela lógica dos atendimentos conjuntos. Tais atendimentos proporcionam à pessoa em tratamento sentir-se dono da sua própria história, na medida em que suas opiniões, conceitos e conhecimento de si mesmo são levados em consideração na direção do cuidado.

Segundo Franco et al (2012), não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do 'trabalho em saúde': cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde. O trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves¹², que produz relações, é igualmente de todos. Dessa forma o cuidado conjunto mostra-se fundamental para um cuidado efetivo e que promova a recuperação da saúde do indivíduo.

Em relação às especificidades da assistência ofertadas às pessoas em sofrimento psíquico pelos CERSAM, destacam-se:

A UBS, não faz esse tipo de coisa, a gente é que articula com a família sempre, sabe, sempre, a gente cuida de tudo, do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) que precisa fazer perícia, de ir no INSS junto, de marcar, de 'coisar' e de atender as famílias também, o trabalho do centro de referência a gente acolhe a família e resolve tudo com a família. (Terapeuta Ocupacional - 3ºP - C15a)

O CERSAM aparece como referência para a saúde mental, tanto para as pessoas em sofrimento psíquico quanto às suas famílias. Dessa forma, o técnico de referência assume o papel de estar a serviço do paciente, auxiliando-o em suas necessidades clínicas e também nas dificuldades dos pacientes quanto à marcação de atendimento em outros serviços da RAPS e como guia para a requisição de benefícios sociais, por exemplo.

¹²As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. (MERHY, 1997).

Tem uma também, que ela já ficou muito ruim, ela chegou assim, com as unhas desse tamanho, o cabelo desse tamanho, falando nada com nada, ficava no chão rolando, hoje é uma gracinha, fica de maria chiquinha, super bonitinha, e tá bem melhor, muito doida, ela a UBS também não consegue acompanhar aí a gente vai lá. (Terapeuta Ocupacional - 3ºP - C15a)

Tem paciente aqui, que é de haldol decanoato (medicação psiquiátrica injetável) só, psicótica, que 'tá' super bem, paciente minha, que a gente não consegue encaminhar pro posto, que o posto não vai fazer as injeções, entendeu. Então é a gente que faz, e aí a gente vai todo mês, não adianta, o posto não dá conta, tem paciente que o posto tem medo do paciente entendeu, Ela 'num' vem aqui, assim, tem anos que ela não vem aqui no CERSAM, a gente ou vai lá ou vai lá, porque ela também não vem. (Psicólogo - 18º P -C21a)

Destaca-se como justificativa para o CERSAM configurar-se como referência em saúde mental a complexidade dos casos assistidos e a dificuldade das UBS no acompanhamento de muitos desses casos. Embora tenham sido criados para o atendimento de urgência/emergência às crises psiquiátricas, em substituição aos hospitais psiquiátricos, questões relacionadas às peculiaridades sociais, financeiras e da própria clínica da saúde mental são manejadas com maior facilidade dentro dos CERSAM. Cabe destacar a importância deles como dispositivos de base comunitária e a necessidade de ações e intervenções extramuros na melhoria da condição de saúde e na inserção social do sujeito.

Os participantes deste estudo exemplificam o sucesso da manutenção da estabilidade dos quadros psiquiátricos dos pacientes no território, sem necessidade do espaço físico do CERSAM para a garantia de melhora do quadro clínico.

Os CERSAM devem se aproveitar de suas potencialidades, de um fazer coletivo, solidário e experimental, tornando-o um campo instigante de cooperação, reflexão, autoanálise e ressignificação de práticas (MERHY, 2007).

Importante falar aqui do conceito de complexidade defendido por Morin (2010), que incita o conhecimento multidimensional de que somos seres ao mesmo tempo físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais. O olhar complexo tentará conceber a articulação, a identidade e a diferença de todos esses aspectos. Assim, compreender as pessoas com sofrimento mental para além de suas doenças e fragilidades psiquiátricas possibilita maiores avanços na clínica e uma assistência à saúde com qualidade e acolhimento de todas as necessidades de saúde.

Há também outros motivos para o CERSAM se configurar muitas vezes, como primeira escolha para o cuidado em saúde mental:

Quando não vem encaminhamento é aquele assim, que passa 'debaixo dos panos', eu peguei lá, mandaram eu vim aqui, aí você não sabe se é mentira. (Terapeuta Ocupacional - 3º P- C15a)

Às vezes uma dificuldade até do próprio paciente, no CERSAM, "ah serviço de urgência vai me atender na hora, lá é mais fácil", outro dia até um paciente que usou essa fala, "ah eu vim aqui porque é mais rápido". (Psiquiatra - 5ºP - U2aC9a)

Outro dia o paciente falou, ah eu 'tava' lá do lado do pessoal, então eu resolvi vim. O paciente 'ta' marcado com o psicólogo no posto, se a gente também não faz esse movimento pra 'ta' mandando pra lá, e, achando que a coisa é nossa, o paciente também fica achando, entendeu, que aqui é muito mais fácil de conseguir atendimento, muito mais rápido, o plantão 'ta' aqui todo dia. (Psicólogo - 18º P - C21a)

Os CERSAM aparecem como referência inerente às necessidades de saúde dos usuários também, por se tratar de um serviço para urgência e para as crises agudas, o que o associa às facilidades de acesso e resolução das demandas dos usuários de forma imediata.

Interessante notar que a procura pelo serviço de urgência para resolução instantânea dos problemas em saúde não é um privilégio da saúde mental. No estudo de Randow et al (2011), gestores de saúde de unidades de pronto atendimento - UPA apontaram que muitos usuários utilizam a UPA de forma imediatista, por questões que não são classificadas como urgências e que poderiam ter resolução nas UBS. Outro estudo, também realizado em Belo Horizonte, os profissionais da rede se queixam que os usuários procuram atendimento básico em serviços de maior complexidade por não terem informações adequadas sobre a organização da rede assistencial (TORRES et al, 2012). Também em pesquisa realizada em Londrina – PR comprovou-se que mais da metade das crianças levadas ao pronto-socorro pediátrico de um Hospital Universitário não eram referidas de UBS, sugerindo que a população daquele município não usavapredominantemente esses serviços como porta de entrada do sistema (BATISTELA et al, 2008).

A lógica imediatista encontra explicação na concepção de saúde do modelo biomédico e no desconhecimento das especificidades de cada serviço. Entretanto a dificuldade de agendamento de consultas e os casos que não encontram respaldo nas políticas públicas e que ficam sem assistência, como serão explicitados na subcategoria 4.3.2 contribuem para a procura pelos serviços de urgência. Tais questões dificultam a organização da rede de atenção à saúde.

Então já aconteceu de paciente ser acolhido aqui e eu ver, ele fala assim, "lá não tem médico". Ele já tem consulta marcada com generalista e consulta marcada com psiquiatra e com psicólogo. Como assim não tem médico? Pode não ter na velocidade que o paciente está querendo, mas tem numa velocidade muito boa. Então assim, como a gente 'tá' muito na urgência e emergência, sempre nessa rapidez, a gente esquece um pouco de pensar que às vezes essa visão do paciente, é uma visão que ela é deturpada pela situação que ele 'tá' vivendo, né? Quando a gente 'tá' num momento de sofrimento a gente quer que esse sofrimento seja retirado rapidamente, a gente não quer saber que a gente tem que esperar um pouco, que o medicamento tem que ter um efeito, né? A gente às vezes esquece de checar essas coisas. E a gente se apoia no que o paciente está falando e assume-se que a UBS não vai conseguir acompanhar esse paciente. (Psiquiatra - 5º P - U2aC9a)

Ai tem hora que lota o plantão, tem horas que vem um 'comboio', ah porque 'tava' lá no acolhimento, aí chega 4-5, você fala "gente, mas porque que veio todos da UBS tal", a enfermeira mandou, nem um contato fez nem nada. Meio esquisito, como que pode? (Enfermeira - 2º P - C14a)

A predileção aos CERSAM em detrimento das UBS pelos usuários faz com que muitos profissionais dos CERSAM compreendam que isso ocorre porque as UBS não conseguem abarcar as demandas do sofrimento mental. Entretanto torna-se necessário pensar que tais estratégias dos usuários são também formas de resistência ao que é normatizado e instituído. Normatiza-se que o cuidado do sujeito deve se dá nas UBS, que a porta de entrada são nestes serviços, mas para determinados usuários a referência é o CERSAM, assim ele se utiliza da astúcia para ter seu desejo atendido. Dessa forma, ao colocar o CERSAM como lugar de referência, a pessoa resiste ao dever-ser estabelecido e mostra uma maneira de assegurar a soberania no seu próprio viver (MAFFESOLI, 2008).

Todavia cabe destacar que nem sempre a escolha pelo CERSAM se traduz em atendimento de necessidades e melhora do quadro psiquiátrico para todas as pessoas que o procuram, como destacado nas falas abaixo:

E às vezes o paciente quando ele 'tá' num lugar muito desorganizado ele desorganiza mais. Às vezes ele 'tá' num lugar mais calmo, mais tranquilo, sem ninguém enchendo o saco dele, ele consegue ficar melhor. A gente, né? Não é tão diferente. (Assistente Social - 1ºP - U8aC2a)

O CERSAM ele é um ambiente conturbado, a gente 'ta' com paciente em crise, o paciente que 'ta' em pernoite aqui ele 'tá' em atenção intensiva, é um paciente que 'tá' desorganizado, que pode 'tá' agressivo, auto-agressivo, tem um que chuta a porta, um que grita. E é interessante ver como que aqui às vezes a gente estimula um pouco a loucura. E eu acho que acaba que o paciente, o próprio paciente ele tem um pouco desse entendimento que aqui é igual à crise. Então aqui ele manifesta a crise. (Psiquiatra - 5º U2aC9a)

O CERSAM é tido como local que propicia o manejo da crise psiquiátrica. Além disso, esse serviço ocupa um lugar em que a loucura, com suas variadas formas de manifestações são permitidas. Assim, nesse local, as pessoas em sofrimento mental encontram um lugar para expressarem e direcionarem seus sintomas. Como dito por 'Assistente Social - 1ºP-U8aC2a' e 'Psiquiatra - 5ºP-U2aC9a' o ambiente pode influenciar na qualidade da saúde e no comportamento do indivíduo, se em um ambiente agitado tende-se a ficar mais agitado, sendo o oposto verdadeiro.

Eu sei que na realidade aqui no CERSAM a demanda tem ficado cada vez maior, mas é por isso mesmo que eu acho que a gente precisa mais de um contato com UBS pra que a gente não segure o paciente que não tem necessidade aqui. Muito paciente aqui que não necessitava e que conseguem organizar uma demanda, que conseguem pedir pra gente as coisas que precisam e os pacientes que estão piores ou eles estão tão deprimidos que eles não conseguem chamar nossa atenção, não tem essa vontade preservada, ou eles estão tão desorganizados que eles também não conseguem fazer esse papel. E aí às vezes a gente dá mais atenção pro paciente que 'tá' melhor que pro paciente que 'tá' pior. (Psiquiatra - 5º P - U2aC9a)

Para os pacientes graves, o CERSAM permite a expressão e a visibilidade da loucura e suas manifestações. Para outros casos em que a pessoa em sofrimento mental se apresenta mais estável e capaz de exercer suas vontades e desejos ele pode representar um local de alienação, na medida em que não contribui para o aumento da cidadania e inserção social desses indivíduos. Ao mesmo tempo, o fato de coexistir pacientes de diferentes níveis de gravidade, faz com que aqueles que

estão com sintomas mais graves, com mais dificuldades de elaboração e de administração pessoal recebam menos atenção dos profissionais em relação àqueles com pensamentos mais preservados e mais estáveis, pois esses expressam mais suas demandas. Isso porque a própria patologia da loucura, pode levar a um embotamento afetivo, em que o indivíduo perde o interesse pela vida e passa a não demandar/solicitar ajuda dos profissionais e das pessoas ao redor.

Daí a importância da seleção dos casos que realmente devam ser conduzidos no CERSAM e o direcionamento dos casos que podem ser acompanhados nas UBS porque a permanência prolongada dos pacientes nos serviços destinados ao cuidado nos momentos de crise, levam ao confinamento e isolamento social que não são benéficos para o alcance da autonomia que se pretende com a implantação da Reforma Psiquiátrica.

O centro de convivência é o lugar de conviver. Então assim, ali ele já treina essa situação que aqui, no CERSAM, a gente permite muita coisa. Então eu acho que acaba que fica muito mais difícil do paciente fazer esse ajuste aí pra encaixar no social. Tem um paciente antigo nosso aqui que chama o centro de convivência de curso de convivência. Eu acho fantástico. Tem um pouco disso. Aqui a gente não ensina a convivência. Aqui a coisa é muito patológica, os pacientes 'tão' muito desorganizados. (Enfermeira - 19ºP - C15a)

O CERSAM por configurar-se como serviço de urgência, possui limitações para possibilitar o desenvolvimento de habilidades sociais. Há a necessidade de que pacientes que não estejam em momentos de crise agudas, com maior independência para suas atividades de vida, sejam incentivados à inserção social e circulação no território. Dessa forma, os Centros de Convivência, com suas oficinas para aprendizagem de atividades manuais e de socialização, aparecem como dispositivos fundamentais(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

A importância dos Centros de Convivência e na inserção social é tamanha, que autores apontam que ações realizadas nesses locais podem proporcionar a ampliação da rede social de apoio por meio do fortalecimento de vínculos entre amigos, vizinhos, parentes, profissionais de saúde (CEDEÑO et al, 2017; FERIGATO et al, 2016; FERRO et al, 2012). Além disso, práticas inclusivas no território se constituem como estratégias eficazes para reabilitação psicossocial e

contribuem para o desenvolvimento de políticas públicas e para integralidade do cuidado relacionado à saúde mental. Para tanto, é essencial um cuidado que se desenvolva em rede, com participação e interação entre todos os serviços na assistência à saúde mental.

4.3.2 Os furos da rede no cotidiano dos serviços de saúde

A palavra “furo”, significa abertura, buraco¹³. Três dos entrevistados utilizaram como metáfora¹⁴ a palavra “furo”, para se referir às dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho, que impedem a efetividade de um cuidado pautado na integralidade das pessoas em sofrimento psíquico.

Tem, uns furos, sabe assim, por exemplo, tem muitos, tanto que a prioridade da UBS é o psicótico e neurótico grave. As neuróticas e tentativas de autoextermínio que são muito leves, leves assim, toma esse tanto de remédio, ou eu quero morrer, se ele não voltar eu vou morrer mesmo, sabe, se meu marido não voltar, essas coisas, a UBS já não tem perna pra cuidar e nem a gente vai ficar. Aí tem hora que eu encaminho até para o serviço de psicologia, sabe, assim, nas universidades, vejo se a pessoa tem alguma condição de pagar e falo, ah vai. (Terapeuta Ocupacional - 3ºP - C15a)

Eu acho que a gente tem uma demanda de uma população, que cresce a cada dia. A nossa população aumentou e gerou um furo, porque de repente a gente tinha uma equipe x e isso, o número de pacientes atendidos aumentou pra x à décima potência. A gente tinha um prédio lá que tinha acho que 5 ou 6 usuários da saúde mental desestabilizados. Quer dizer, quando que isso acontece. A gente não tá falando de uma casa, e a equipe não foi aumentada pra receber esses pacientes. (Psicólogo - 6ºP - U3a)

Às vezes a demanda é só renovar, mas tem uns centros de saúde que tem uns furos, no centro de saúde não tem psiquiatra, tem quatro equipes, só tem uma com médico. Aí você acaba cedendo um pouco, apesar que aqui a demanda é demais, é trabalho demais. Porque se a gente também tampa o furo, como que você faz ne, você tampando o furo ninguém vê que tem problema né. (Enfermeira - 2º P - C14a)

¹³ AURÉLIO, 2002.

¹⁴ Metáforas são figuras de linguagem por meio das quais se designa um referente mediante a utilização de um signo diferente daquele que o designa correntemente (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2008).

O aumento da demanda de assistência à saúde mental, o agravamento dos casos e a ausência ou insuficiência de profissionais nos serviços constituem furos na assistência. Com isso, os profissionais deixam de acompanhar muitos casos, por não considerá-los como prioridades ou urgências. Como diz 'Terapeuta Ocupacional 3ºP-C15a' "as tentativas de autoextermínios leves", não encontram assistência nos CERSAM e nas UBS.

Infere-se que o significado para as "tentativas de autoextermínios que são leves" sejam aquelas em que os indivíduos com histórico de várias tentativas de dar fim à própria vida, optam por medidas que nem sempre levam à morte imediata, tais como a superdosagem de medicamentos. Esses casos são vistos pela sociedade em geral e pelos profissionais de saúde como formas de chamar a atenção, em virtude de carências afetivas. A questão do suicídio é complexa e carrega várias conotações ao longo da história. O suicídio é usado como um meio inadequado de dizer algo que não pode ser dito pelas vias comunicacionais normais, mesmo que seja um pedido de ajuda por incompreensão (CASSORLA; SMEKE, 1994)

Geralmente esses indivíduos são vistos como pertencendo a um grupo que exhibe condutas estereotipadas, mais do que como um usuário singular, e, a tendência da maioria dos profissionais é também apresentar uma conduta estereotipada e caracterizada por hostilidade e rejeição. Esses comportamentos podem levar à diminuição dos cuidados por parte do profissional por achar que seu tempo está sendo consumido de forma desnecessária em detrimento de pacientes mais graves (PATTERSON et al, 2007 – tradução nossa; TAYLOR et al, 2009 – tradução nossa; VIDAL et al, 2013).

Toda ameaça de uma pessoa em situação de vulnerabilidade para o suicídio deve ser levada a sério, mesmo quando pareça falsa ou de caráter manipulador. A repetição de tentativas é um indicador de risco para a consumação do suicídio. O risco de suicídio depois de uma tentativa deliberada de autoagressão é muito maior do que na população geral (BOTEGA et al, 2004).

Em estudo que buscou conhecer o perfil de vítimas de tentativas de suicídio em estado brasileiro, comprovou-se que agentes tóxicos de maior frequência foram

os medicamentos (50%) e os agrotóxicos (26,2%). As tentativas foram mais entre o gênero feminino (71,1%) e na faixa etária de adultos (81%) (VIEIRA et al, 2015).

Para Vidal (2013), cada tentativa de suicídio que chega aos serviços deveria ser uma excelente oportunidade para que os profissionais de saúde realizassem alguma intervenção preventiva e terapêutica. No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe. Existem também, despreparo e dificuldades profissionais para lidar com esses pacientes.

Uma vez que o acolhimento e apoio às vítimas de tentativa de suicídio podem contribuir para a diminuição de novas tentativas e no número de mortes, é necessário que medidas como aumento do número e capacitação profissional sejam implantadas nos serviços.

O cuidado à saúde mental priorizado nos CERSAM e pelas ESM são os neuróticos e psicóticos graves (BELO HORIZONTE, 2006). Assim, os casos que precisam de assistência que são avaliados pelos profissionais como não urgentes ou que não estejam em crises, espera-se que sejam acompanhados pelos profissionais das ESF.

Com a desestigmatização da loucura, a abertura de espaços de diálogos a respeito ao sofrimento psíquico, a redução dos leitos psiquiátricos e com as crises cotidianas enfrentadas pelo processo de viver (destaca-se fatores como sobrecarga de trabalho, crises econômicas e financeiras, frustrações e desejos individuais não realizados, entre outros) “novos casos” dirigem-se aos serviços de saúde em busca de atendimento às suas necessidades. Percebem-se lacunas para atendimento e acompanhamento em saúde mental, uma vez que as demandas para as ESF são diversas e em elevado número, compreendendo desde doenças físicas e psíquicas às especificidades de crianças, gestantes e idosos

Entretanto, o cotidiano evidencia uma sobrecarga dos profissionais do PSF de diversas demandas, um despreparo de muitos profissionais em lidar com as questões psiquiátricas, superlotação das agendas das UBS, número alto de pacientes por vezes sem critérios atendidos nos CERSAM e um agravamento dos quadros considerados inicialmente leves. Tudo isso leva à uma desassistência de pacientes que seguem muitas das vezes sem acompanhamento. Estratégias

extrapolam as ações ofertadas pelos serviços públicos, como destaca 'Terapeuta Ocupacional - 3ºP-C15a', "encaminha-se para serviços de psicologia de faculdades".

Em estudo realizado a fim de conhecer as percepções da equipe saúde da família acerca da implantação de ações de saúde mental na atenção básica, evidenciou-se dificuldades em conceituar e descrever ações de promoção à saúde mental para os usuários. Os profissionais relataram não possuir capacitações suficientes para lidarem com ações de saúde mental nas UBS e explanaram, de forma sucinta e pontual, sobre estratégias/intervenções, citando o acolhimento como possibilidade de produção do cuidado em saúde mental no cenário dos serviços, embora suas percepções estivessem constantemente voltadas para o público já em sofrimento mental, reduzindo a possibilidade de promoção da saúde mental para todos os usuários do território das UBS em questão (SILVA et al, 2016).

Dentre os desafios a serem enfrentados pela APS estão a formação de competências e habilidades com base nas relações partilhadas, como tecnologias leves de acolhimento, vínculo e responsabilização (AMARANTE et al, 2011). Tais estratégias possibilitam ampliar o acesso às ações da saúde mental oferecidas à população em busca da integralidade da assistência.

A carência de investimento na formação dos trabalhadores (por meio da educação permanente em saúde) apresenta-se como lacuna perceptível para o melhor empoderamento na conduta aos usuários com sofrimento mental, a partir das ações de prevenção do sofrimento e de promoção a saúde mental - inerentes ao campo da APS (MERCES et al, 2015).

A fim de potencializar a construção do conhecimento que se encontra incipiente, torna-se necessário possibilitar aos trabalhadores o desenvolvimento de diversas habilidades, além das consideradas eminentes ao profissional de saúde, tais como: recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar (SILVA et al, 2016). O cuidado caracteriza-se pelo processo no qual o trabalhador e a instituição tomam para si a responsabilidade de empreender ações de intervenção em uma dada realidade na sua área de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, numa relação humanizada e de acolhimento para prover saúde nos níveis individuais e coletivo (VILLELA et al, 2013).

Em contrapartida, percebe-se que a concepção de cuidado às pessoas em sofrimento mental ainda é marcada por uma lógica centrada no especialista: “falta-se psiquiatras”, “encaminha-se ao psicólogo”; o que aponta também a dificuldade dos profissionais generalistas em assumir o cuidado à saúde mental por acreditarem não possuírem um saber específico. Há de se pensar na multidisciplinaridade, na formação de parcerias intersetoriais e na participação social dos usuários, na ampliação do nível de saúde da comunidade que são imprescindíveis para a construção de um cuidado de base territorial e comunitário. Na pesquisa de Amarante et al (2011), com enfermeiros generalistas, foi observada a existência de enfermeiros que possuem atividades relevantes para a comunidade e apresentam avaliações positivas. Entretanto, as respectivas ações precisam ser mais valorizadas pelo profissional generalista, pois a maioria ainda identifica a necessidade de um especialista para lidar com o sofrimento psíquico.

A Saúde da Família é uma estratégia que torna viável a efetivação de ações que envolvam acolhimento, cuidado e trocas sociais. Não somente a articulação com a rede dos serviços específicos de saúde mental e a parceria com outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços da sociedade são importantes para efetivar cuidados às pessoas em sofrimento psíquico como também a assunção de responsabilidade no lócus do processo de trabalho dos profissionais generalistas da saúde da família passa ser peça fundamental para a constituição de respostas concretas que atendam, de modo integral, todas as pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE et al, 2011).

Outros casos são apontados como desafiadores aos profissionais:

Porque hoje, o menino tá com deficiência de aprendizado, a escola manda para o posto de saúde pra eles arrumar psicólogo, e não é assim, nós não temos perna pra isso tá, porque requer um trabalho muitas das vezes familiar, que talvez seja o trabalho do psicopedagogo tá. Eu não tenho tempo de fazer isso, nem o médico do PSF tem tempo, a gente não tem tempo de trabalhar com esse universo, esse universo é um furo. Porque psicólogo e psiquiatra do posto, tão pegando os neuróticos e psicóticos do posto, esse menino não é caso de internação, nem pro CERSAM Dia, nem pro hospital, ele tá solto. (Enfermeiro - 10ºP - U31a)

As crianças com dificuldades de aprendizagem tem sido encaminhadas pelas escolas cotidianamente aos serviços de saúde. São demandas que constituem “um universo solto”, que não encontram respaldo nas políticas públicas e nas agendas dos profissionais que atuam na saúde mental, nem tampouco os profissionais do PSF conseguem lhes prestar a devida assistência.

No caso das crianças com dificuldades de aprendizado por exemplo, alguns autores apontam como um de seus determinantes a dificuldade de alguns professores em discriminar a criança cujo mau rendimento escolar é fruto de questões pedagógico-sociais, daquelas que apresentam, verdadeiramente, uma dificuldade de aprendizagem que necessite de avaliação especializada (SILVA et al, 2013; CARVALHO et al, 2007). As dificuldades pelo professor podem estar associadas às questões estruturais da escola e das condições de trabalho, como falta de material pedagógico, superlotação das sala, escasso investimento em capacitação dos docentes, entre outros (SILVA et al, 2013; TORRES et al, 2007). Assim, afirma-se a necessidade de ações intersetoriais, em que escola, saúde, família e comunidade atuem em conjunto.

Nos casos em que busca-se atuação dos serviços com outros setores, por exemplo as faculdades, os profissionais apontam alguns limites:

Fulana era moradora de rua, usava droga, hoje ‘ta’ recuperada. Mas ela é uma, e aqueles trezentos que está em volta o que foi feito com eles? Não é que não esteja valendo o serviço, vale, pra aquele caso valeu, mas aquele caso não é o único, então não devemos nos prender a um caso pra servir de exemplo que nós estamos trabalhando, ‘tá’ dando certo, mas pegar um caso isolado e mostrar a progressão daquele caso, é muito pouco, é muito vazio, então o que eu vi nesses debates com universidade, foi muito isso, casos isolados, que quando você tenta colocar, gente mas eu to com o universo na minha mão, tá, eu não posso mandar pro CERSAM porque não é caso de CERSAM, eu não posso mandar pra internação porque eu não tenho esse fluxo, a gente não tem um canal, ah a gente vai te internar, você não tem esse fluxo e não é o caso hoje, mais ele ta aqui, ele ta batendo na minha porta. (Enfermeiro - 12ºP – U25a)

‘Enfermeiro12ºP–U25a’ reforça as dificuldades cotidianas no atendimento às necessidades da saúde mental de um público que não encontra resolução dentro das UBS e nem nos serviços de urgência psiquiátrica. Para tanto, critica a discussão e apresentação de casos que, em sua concepção não espelham a realidade, pois são normalmente casos exitosos de uma minoria. Assim, questiona-se: o que fazer

diante das necessidades das pessoas que cotidianamente chegam com sofrimento mental? Como o profissional que está na porta de entrada do SUS pode direcionar o atendimento às pessoas em sofrimento mental? Esses questionamentos não têm resoluções imediatas, mas acredita-se que podem ser clareadas dentro de uma lógica de trabalho que favoreça o diálogo entre os serviços e por meio de políticas públicas que visão suprir os diversos furos do trabalho em rede. Para isso, torna-se necessário que os gestores possibilitem encontros em que os profissionais possam compartilhar suas fragilidades e potencialidades, nos quais possam ser traçadas estratégias que possibilitem a melhoria do cuidado. Além disso, a participação social torna-se fundamental para a construção de uma assistência que permita o atendimento das necessidades de saúde e a implantação cotidiana da Reforma Psiquiátrica em construção. Assim, dispositivos de inserção social disponíveis no território podem ser ferramentas importantes na articulação com os serviços de saúde.

4.4 Experiências cotidianas exitosas

Parafraseando Maffesoli (2010), o cotidiano é rico, constituído de múltiplas realidades que não podem ser reduzidos a conceitos simples e mensuráveis. Somente uma apreensão do cotidiano para perceber suas diferentes realidades.

Esta categoria pretende mostrar que, apesar da carência de recursos humanos, das dificuldades dos profissionais na integração entre os serviços, das questões socioeconômicas e familiares que impactam a condução do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, há realidades de casos exitosos. Os profissionais, familiares e pacientes encontram possibilidades que permitem que as pessoas em sofrimento psíquico possam viver com estabilidade e qualidade de vida.

Evidencia-se também que há alternativas, construção de saberes e práticas que facilitam a integração entre os serviços, e que essas são apontadas pelos próprios atores sociais que compõe as ações de saúde, em nosso caso, os profissionais.

Melhorou muito, eu acho, sabe, ela pede avaliação da odonto sabe, porque nessa coisa do dia a dia, nessa correria, você acaba deixando muito também isso, sabe, se eu terapeuta ocupacional, tiver que olhar a questão clínica da figura, eu endoidei entendeu, porque é muita coisa né, porque a gente é técnico de referência você acaba tendo que assumir, aí ela chegando, ela deu um suporte assim, essas coisas começaram a aparecer, (Enfermeira - 2ºP - C14a)

Tenta não ficar só nela e tentando não deixar o usuário aqui dentro porque ele tem que circular. (Enfermeira - 19º P - C15a)

De todos os CERSAM de Belo Horizonte que fizeram parte desse estudo, apenas um no momento tinha entre sua equipe profissional um médico clínico. A presença desse profissional em um serviço de urgência psiquiátrica é de suma importância, uma vez que a composição do CERSAM e sua organização de funcionamento foram criadas de forma a abarcar o sofrimento psíquico e suas diversas manifestações, principalmente nos momentos de crises. Como nem sempre é possível a articulação com as UBS e o contexto nos CERSAM focados na saúde mental, por vezes fragmenta o cuidado ofertado, e as questões clínicas, de interações medicamentosas e outras comorbidades, que os pacientes possuem para além dos transtornos psíquicos são negligenciadas.

Na experiência do CERSAM mencionado, é possível constatar que com o médico clínico no serviço, os pacientes são atendidos de forma mais integral e não apenas por sua doença psiquiátrica. Dificuldades dos técnicos de referência em identificar comorbidades para além dos transtornos mentais são sanadas com a presença desse profissional.

Em contrapartida, deve-se atentar para que o paciente circule nos diferentes serviços da rede e em sua comunidade, a fim de permitir a inserção social e liquidar com as práticas de confinamento. A substituição do modo asilar implica a estruturação de uma rede articulada de serviços que abarquem as diferentes necessidades da pessoa em sofrimento mental. O desafio está em melhorar a qualidade técnica, a equidade e a continuidade da atenção em relação às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, com o objetivo de reduzir suas consequências e proporcionar possibilidades de reinserção social (BRASIL, 2015).

Dessa forma, se, por um lado, a presença do clínico no Cersam, oferece ao paciente um olhar mais completo, de outro, a resolução de todas as necessidades do paciente em um único serviço, afasta-o das equipes de saúde da família e também da circulação no território. Ainda, a centralidade do paciente no CERSAM, provoca mais distanciamento da articulação desse dispositivo com as UBS.

‘Enfermeira – 2ºP - C14a’ questiona que o papel de técnico de referência no CERSAM pode, por vezes, ignorar a especificidade de cada formação. Se por um lado isso dinamiza o trabalho e evita a fragmentação, uma vez que o paciente estabelece vínculo com um profissional que se torna referência em sua assistência à saúde, por outro, apresenta-se como grande entrave ao trabalho, devido ao desconhecimento e falta de manejo, por exemplo para identificar e classificar prioridades relacionadas às questões clínicas, por profissionais não preparados para isso, ou para além da capacitação, profissionais que não possuem formação para tal, exemplo da terapia ocupacional, que nas falas da própria entrevistada, a medição de sinais vitais apresenta-se como um obstáculo. Daí a importância e necessidade do cuidado multidisciplinar, em que os profissionais não sejam exigidos a atuarem para além de sua formação e saber, mas que integrem os diferentes saberes profissionais de forma a oferecer um cuidado integral.

Já tem uns dois anos quase. Então ela acaba resolvendo muita coisa, ela pede exame, e tem o grupo de tabagismo, aqui dentro, então essa coisa do tabagismo é toda dela. Se o paciente tá hipertenso, por exemplo, teve o pico de hipertensão agora sabe, e se ela tá, ela já ajusta a medicação, pede exame, aí colhe o exame aqui mesmo. (Enfermeira - 2ºP - C14a)

Não, não a médica daqui, ela trabalha num amplo, eu não direciono para ela não. Eu quero saber qual é a comorbidade se é uma questão aguda, que eu preciso encaminhar para UPA, isso é um ponto. Se eu não acho que é uma questão aguda, vou fazer o contato com a UBS para que ele possa iniciar e dar continuidade. Então para isso eu faço esse contato, faço o encaminhamento, ligo para a família, para levar. (Enfermeira - 19º P - C15a)

O trabalho em articulação com o médico clínico no serviço varia entre profissionais do mesmo serviço e está ligada também à articulação profissional e à UBS de referência da microárea. Nas UBS em que a comunicação e encaminhamentos são difíceis, ou o contato com as equipes é escasso ou ausente e o paciente não consegue ter suas necessidades atendidas, a clínica geral do CERSAM torna-se referência, uma vez que não há integração com as UBS e a saída para atender as necessidades de saúde dos pacientes centraliza-se no profissional clínico. Em contrapartida, para o profissional do CERSAM que tem maior diálogo e interação com a UBS, a clínica médica do CERSAM apresenta-se como um respaldo para atenção às queixas imediatas, não deixando o usuário de se vincular às UBS.

Em ambos os casos, a presença desse profissional no serviço mostra-se muito importante como ancoragem às questões clínicas, permitindo intervenção nas urgências e a identificação de riscos que previnem doenças e agravos e possibilitam melhor tratamento e qualidade de vida. A articulação entre os serviços é favorecida, uma vez a identificação já no CERSAM das necessidades da pessoa em sofrimento psíquico, facilita o contato e o encaminhamento seja para as UBS, seja para as UPA.

Outras experiências são apontadas como facilitadoras da integração entre CERSAM e UBS, como veremos abaixo.

Eu ia representando o CERSAM e lá estava as equipes de PSF com a psiquiatra que faz a retaguarda das duas unidades básicas. E aí a gente discutia, eu levava os meus casos dos pacientes daqui do CERSAM, eles traziam os casos deles. Chegou num momento que eu acho que eu conhecia todos os pacientes da saúde mental das unidades básicas e pra eles foi muito legal, que eles só me ligavam "P, sabe aquele caso que a gente discutiu falando isso, 'tô' mandando" ou então a gente já deixava combinado de receber e tal. Outra coisa, eu já mandava o paciente pra..."Oh gente, sabe aquele paciente que vocês mandaram? já está melhor, já está na hora de voltar, que dia que eu posso marcar pra você?". (Enfermeira - 4º P - C23a)

Tem toda uma equipe aí que consegue dar um suporte. Tem muito enfermeiro que tem uma escuta legal. O próprio ACS que vai lá na casa, muitas vezes ele traz pra gente informação que a gente não tem, né? Eu tenho um paciente que o ACS me falou uma coisa que modificou o tratamento dele e estabilizou ele. Ele falou "Olha, fulano de tal nega, a esposa nega, mas eles bebem, e no dia que eles bebem eles não tomam remédio." Tanto ele quanto a esposa juravam de pé junto que eles não

bebiam e que ele tomava remédio direitinho, então quando eu passei a dar o decaonato pra ele no lugar do haldol tudo mudou. (Psiquiatra - 5º P - U2aC9a)

É evidente que o matriciamento realizado na UBS junto com a presença do profissional do CERSAM possui efeitos positivos na integração entre os serviços e no cuidado ao paciente com sofrimento mental. É ferramenta imprescindível para a integração entre os serviços, para a formação do vínculo entre os profissionais e destes com os usuários, que se sentem acolhidos e cuidados num formato de cuidado em rede, como preconiza a PNSM atual.

Na convivência interserviços, é possibilitado aos diferentes profissionais o conhecimento do funcionamento dos serviços, apreender as contribuições para a construção do caso clínico de todos os membros que compõe as equipes de saúde e, principalmente, envolver o paciente e seu contexto histórico e social no planejamento das ações e estratégias de saúde.

A pessoa em sofrimento mental não se resume à realidade que normalmente presenciamos dentro dos serviços de saúde: dor intensa, sofrimento, embotamento afetivo, desorganização na fala, ausência de laços afetivos, entre tantos outros sinais e sintomas conhecidos, mas há que se lembrar da multiplicidade de realidades que fazem parte da vida dessas pessoas. Ela é filho (a), irmã(o), pai (mãe), amigo(o). Ela participa e faz parte de um contexto social e pertence a determinada comunidade.

Maffesoli (2010, p. 49) salienta que é justamente por sermos partes integrantes da sociedade que “podemos apreender ou pressentir as sutilezas, os matizes, as discontinuidades desta ou daquela situação social”. O autor defende que há vários “‘tipos’ de conhecimento”, sendo que a sociologia compreensiva busca o conhecimento “através de uma visão interna”, pois, “é esta sociologia do lado de dentro”. Argumenta que não existe uma única realidade, mas sim, “maneiras diferentes de conhecê-las”.

Dessa forma, é primordial a participação de todos os atores sociais que compõe as equipes do PSF e dos outros serviços da RAPS no manejo e no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Daí, destaca-se a relevância dos ACS, pois eles

fazem parte literalmente do contexto extra serviços dos pacientes e com seus saberes e conhecimentos podem direcionar as práticas e condutas dos generalistas e outros profissionais no caso a caso.

O pessoal da UBS chegou a fazer um pedido formal pro distrito pra que eu voltasse sabe? Mas aí nada aconteceu, mas assim, eu vejo que isso além de ser importante é fundamental né. A gente vê como esse enlaçamento da saúde mental com as equipes de saúde da família ta sendo bom pra eles, ta sendo bom pra gente, ta sendo bom pro usuário. A generalista atendendo um caso, ela liga pra cá e fala: P deixa eu te falar, sabe aquele caso que eu discuti na reunião de ontem? Sei. Paciente tá aqui, tô na dúvida da medicação, peraí, aí eu vou lá chamo o psiquiatra. A médica teve a resolutividade de resolver o problema com o paciente através de um telefonema, então imagina se não consegue, eles mandam o paciente pra cá, tem o transporte, tem o desgaste, tem espera, então você ta vendo como que é rápido e é efetivo. Coisas que só foram possíveis após a experiência do matriciamento. (Enfermeira - 4º P- C23a).

Eu tenho uma experiência um pouco diferenciada. Eu trabalho como professora da faculdade, e fazem matriciamento lá na UBS. Desde que eu tive lá eu percebi que a UBS consegue lidar melhor com a saúde mental do que eu e muitas vezes meus colegas aqui do CERSAM imaginava. A gente recebeu aqui hoje um senhor, com um quadro demencial que eu acredito que além disso tá com um ferimento gigante que ele arrancou os pontos, uma coisa assim, e a gente ligou pra enfermeira, e pedi pra ela avaliar, aí "pode mandar ele aqui que eu vou avaliar a ferida e avalio os antihipertensivos dele se precisar peço pro agudo atender, não tem problema" Então assim, eu acho que a gente assim, quando faz uso dessa rede, quando a gente conversa com o profissional, geralmente a coisa funciona né? Mas a gente tem que tentar fazer esse contato, muitas vezes não se faz. (Psiquiatra - 5ºP - U2aC9a)

Há um aumento da demanda por ações para a saúde mental diariamente no Brasil e no mundo. O aumento no número de casos sobrecarrega cada vez mais a atenção básica, porta de entrada dos serviços de saúde. Assim, o trabalho em rede, de forma integrada e articulada entre UBS e CERSAM, mostra-se fundamental para atendimento dessas demandas.

Embora não tenha sido experiência em todos os locais pesquisados, o matriciamento com a participação de ambos os serviços foi destaque nesse estudo para a oferta de uma assistência que dê mais segurança aos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, permitindo mais dinamicidade e diálogo entre os serviços e garantia de um cuidado mais integral às pessoas em sofrimento psíquico, pois favorece o compartilhamento de saberes e a compreensão dos papéis dos diferentes componentes da rede.

Então eu acho que a gente tem uma certa fantasia em torno disso. É lógico que a psicanálise, a discussão do caso clínico, caso a caso, as nossas discussões, isso é algo que a saúde mental conseguiu construir e é muito bacana? É. Agora, isso não significa que em outros lugares também não haja outras discussões interessantes, né? Eu acho que na UBS eles já conseguem fazer outras construções interessantes. Que a gente tem que escutar, tem que ver. (Psiquiatra – 5º P - U2aC9a)

Para um trabalho em rede, é necessário a comunicação e diálogo entre os profissionais de diferentes serviços. Buscar conhecer outras formas de cuidado e saberes. Sair do lugar de detentor de saber fazer e ocupar um lugar de aprendiz e observador, desvendar-se para a trama de realidades que fazem parte da vida de nossos pacientes e se abrir para a compreensão e exercício da ação, de colocar-se no lugar do outro, apontando que é preciso uma atitude de empatia, subjetividade e intersubjetividade que são imprescindíveis para a integralidade do cuidado.

Segundo Jeffman (2013), a vida não é limitada ao sujeito individual, mas de maneira oposta, ela ressurgem na socialidade. E as representações teóricas devem apresentar-se em grau de importância, posteriormente à experiência coletiva. Tal experiência, por sua vez, é composta pelo senso comum, pelo presente e pela empatia (MAFFESOLI, 2010).

Nesse contexto, a sociologia compreensiva que valoriza as interações sociais, caracterizada pela empatia ou objetivos comuns em discursos e ações, se manifesta na socialidade com estilo próprio, feito muitas vezes de “diálogos, de notações que não encerram vínculos lógicos – e ele apresenta odores e sons peculiares a toda animação não imposta do exterior”. “Em síntese, trata-se desta teatralidade que constitui a própria trama da vida cotidiana” (MAFFESOLI, 2010 p. 187). Percebemos, dessa forma, que o cotidiano na visão de Maffesoli se apresenta nos grupos sociais, e que metaforicamente compara a uma cena teatral, onde em cada cena, por mínima que seja, na política ou na vida, tudo é importante. Cada cena é repleta de fenômenos ricos. Segundo Maffesoli (2005), esse pluralismo cotidiano está presente nos mínimos gestos da vida, nas criações minúsculas, nas situações existenciais que se constituem, se organizam e se estruturam numa mistura significativa.

Outras estratégias são apontadas como facilitadoras da integração de ações nos serviços:

O prontuário eletrônico chegou a pouco tempo e é maravilhoso, super fácil de usar, né? Então assim, eu acho que é um treino, sabe? Já teve vez de eu reclamar a pessoa vir discutir um caso, eu abrir o prontuário e falar "Ah, mas você viu que essa pessoa tem consulta marcada pra uma semana com psiquiatra?" Aí a pessoa "oh!" Então assim, é a gente aprender a fazer uso das ferramentas que a gente tem, né? E fazer uso desses contatos, entendeu? Lembrete, coloca um lembrete no prontuário do paciente, o médico da UBS vai ver o lembrete que eu escrevi. (Psiquiatra - 5ºP - U2aC9a)

O contato telefônico, a participação nas reuniões de equipe, a jornada dupla de alguns profissionais que atuam nas UBS e nos CERSAM e o uso do prontuário eletrônico são ferramentas que possibilitam a integração entre os serviços de saúde mental e as UBS. A integração entre os serviços talvez esteja longe de acontecer conforme preconizado nas políticas de saúde, mas é no cotidiano dos serviços, na vivência de profissionais, usuários, familiares e comunidade que ela vem se constituindo. Para tanto destaca-se a necessidade de que os profissionais dos diferentes serviços se apropriem das estratégias disponíveis que são facilitadoras dessa articulação. Na abertura para o diálogo, para a imersão de novas ideias e na busca de se oferecer uma assistência de qualidade que ela vai encontrando espaço.

Aí a gente começou a sacar porque que o paciente quer só ficar dentro do CERSAM e não fica na casa dele, aí a gente começou a tentar ir, e cada um por exemplo, essa foi limpeza, aí já teve outro também que a gente fez o mutirão assim, de quase 50, até motorista foi pra lá pra limpar, porque a casa era um trem que os vizinhos já tavam pedindo pelo amor de Deus, a gente foi junto com ele, aí outros não. Por exemplo, essa paciente que toma o decanoato, porque se eu não for, assim, de alguma forma ela já me espera, entende, eu tenho que ir, até pra manter a estabilização, sabe. Tem um outro paciente que eu vou, também, um psicótico grave, que ele deu uma estabilizada pintando, ele mostra, coloca no telão lá da televisão dele que é enorme, no computador, ele já coloca no computador as paisagens do mundo que ele separou pra eu ver, aí a gente senta no sofá e vai ver as paisagens. Então a intervenção é isso, pra cada um, um cuidado diferente. (Enfermeira - 2ºP - C14a).

Falar de integração no cuidado à saúde mental é falar também da especificidade de uma clínica que acontece no manejo do caso a caso, na busca pela estabilidade do quadro psiquiátrico que não cabe a um profissional, ou apenas

a um saber específico. A inserção social e a estabilização da pessoa em sofrimento psíquico é interdependente de diferentes ações, realizadas por diferentes atores. E mais ainda, é uma estabilização que não ocorre entre muros, mas sim no território, na comunidade, na sociedade na qual o sujeito faz parte. Estabilizar significa dar a cada um aquilo que ele necessita, e apreender tais necessidades não é por outro caminho senão o da escuta, do vínculo e da abertura para as peculiaridades que cada ser humano carrega dentro de si.

É na experiência e vivência cotidianas, que laços afetivos e de cuidado são produzidos, que a integração entre as ações de saúde acontecem, permitindo uma assistência para além do corpo e da mente e que possibilite às pessoas em sofrimento psíquico uma vida com mais dignidade, autonomia e domínio sobre suas próprias histórias.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegada a hora de concluir e, uma vez que o trabalho em saúde tem como fruto um produto que tem movimento contínuo, vivo, fazer algumas considerações finais sempre dará a impressão de que ainda há algo a dizer... algo a fazer...

A abordagem qualitativa desse estudo pelo método da História Oral possibilitou compreender o processo de construção de saberes e práticas no cotidiano dos profissionais entrevistados.

Sabe-se, por meio de respaldos legais e teóricos, o percurso que perpassa a Reforma Psiquiátrica, a criação do SUS e a constituição das UBS com a implantação do PSF e a formação de serviços substitutivos aos manicômios. Entretanto, ao ouvir os atores sociais que participaram do contexto social e histórico político dessa construção, foi possível compreender a dinamicidade presente nas relações entre os serviços que constituem a RAPS de Belo Horizonte e as várias facetas encontradas na assistência oferecida às pessoas em sofrimento psíquico.

Há grandes avanços na integração entre CERSAM e as UBS de Belo Horizonte, muitos profissionais já compreendem a importância do trabalho em rede e a sua repercussão para a evolução do quadro psiquiátrico e inserção social da pessoa em sofrimento psíquico e se esforçam em suas ações para que essa

integração seja efetiva. Entretanto, há ainda muitas dificuldades a serem transpostas, principalmente no caso dos profissionais que constituem as equipes da Estratégia da Saúde da Família, pois entraves que perpassam a ausência de habilidades e a falta de capacitação para manejo de casos com a saúde mental, a indisponibilidade de tempo para participação nas reuniões entre os serviços e a grande demanda cotidiana no trabalho, trazem dificuldades para que esses profissionais estejam em contato para reflexão e possibilidade de discussão de casos em saúde mental, o que aprimoraria ainda mais suas práticas.

A falta de articulação entre os serviços substitutivos que estavam sendo constituídos e as UBS e o fato das UBS não serem compostos em sua maioria, como nos CERSAM, por profissionais engajados na luta antimanicomial provocaram um distanciamento da saúde mental nesses serviços, que não foram organizadas a priori, como locais para a assistência à saúde mental. A instalação do PSF em 2004 em BH exigiu dos profissionais o acompanhamento dos casos de saúde mental e embora tenha a equipe de saúde mental dentro das unidades, existem limitações que impactam negativamente na formação do vínculo profissional - usuário, na adesão à estratégias de cuidado, na prevenção de agravos e doenças e promoção da saúde.

Para sanar as limitações, uma das estratégias utilizadas é o Projeto Terapêutico Singular - PTS que organiza o processo de trabalho e possibilita o cuidado baseado na clínica ampliada, respeitando a singularidade do sujeito. Assim, o tratamento, o cuidado e o acompanhamento de cada pessoa devem ser feitos de forma singular, por meio da discussão de uma equipe coletiva e interdisciplinar. Os PTS são construídos com base nas necessidades de saúde de cada usuário em uma relação de caráter horizontal entre os usuários e profissionais, considerando a história de vida dos sujeitos, suas subjetividades e singularidades.

A fim de garantir de uma assistência à saúde mental que compreenda o sujeito em sua integralidade e atendendo às suas necessidades de saúde, a priorização do cuidado no território em serviços comunitários exigem habilidades e demandas não só dos usuários e seus familiares, mas dos profissionais que vão

compor os dispositivos da rede. Importante desestigmatizar a concepção estereotipada da loucura em todos os setores.

Há necessidade de espaços em que os profissionais possam discutir as fragilidades e dificuldades cotidianas, de forma à criação de estratégias que otimize o trabalho, diminua as inseguranças e favoreça a qualidade do cuidado ofertado às pessoas em sofrimento mental. Assim, um cuidado que se dê na articulação em rede entre os serviços, vai se mostrando mais eficaz e capaz de proporcionar autonomia e cidadania às pessoas em sofrimento psíquico.

A concepção dos profissionais no decorrer desse trabalho nos mostra que a falta de investimentos na capacitação profissional, principalmente dos serviços não especializados em saúde mental e o não preparo da família para receber e lidar com seu ente doente são lacunas ainda não preenchidas pela Reforma Psiquiátrica em transformação, o que contribui para a não resolutividade em muitos serviços das necessidades das pessoas com sofrimento psíquico, a sobrecarga familiar e profissional e a presença de discursos e práticas asilares dentro dos dispositivos da RAPS.

Embora as UBS sejam vistas como facilitadoras das ações em saúde, por atuarem no território, próximas a rede social dos indivíduos e na lógica do acolhimento às demandas dos usuários, identificando suas necessidades, riscos e vulnerabilidades, percebe-se que a falta de recursos humanos e lacunas na capacitação dos profissionais em lidar com a complexidade da clínica da saúde mental prejudicam a assistência integral e o compartilhamento de saberes e ações entre os serviços, o que impacta negativamente no atendimento prestado. Aponta-se necessidade de maior comunicação entre os serviços, disponibilidade de capacitação profissional, mas também mudanças no foco da atenção prestada no cotidiano de trabalho dos profissionais de forma a atender às necessidades dos usuários.

Conhecer os obstáculos encontrados para a integração das ações entre os dispositivos de saúde por meio dos sujeitos que promovem essas ações, é fundamental para a criação de estratégias que possibilitem a efetividade dessa

integração. Percebe-se ao longo dos anos uma desconstrução social e cultural acerca da pessoa em sofrimento mental, muitas vezes considerada estigmatizada e incapaz, mas essa desconstrução necessita ocorrer diariamente no cotidiano dos serviços e nos vários setores da sociedade em geral. Essa visão ainda é fator importante para a prevalência de um cuidado que vê o sofrimento psíquico como doença intratável no território e na comunidade, e reforça a ideia distorcida de necessidade de espaços de reclusão e asilamento.

A falta de suporte aos profissionais, como superlotação das agendas, carência de espaços de reflexão, comunicação e diálogo, ausência de capacitações bem como de acompanhamento aos familiares das pessoas em sofrimento psíquico, que muitas vezes apresentam dificuldades em lidar com seus entes e não possuem nem conhecimento acerca da doença psiquiátrica e nem espaços para compartilharem suas dificuldades, suas dores e experiências, reforçam a prevalência de ideais contrários à Reforma Psiquiátrica.

Os dados encontrados nesse estudo apontam para o fato de que a integração entre ações de saúde mental nas UBS e nos CERSAM está associada ao profissional, à sua disposição e manejo com a saúde mental, pois há carências de estímulos e organizações dos gestores para que de fato essa integração aconteça.

Para tanto, o envolvimento dos gestores é crucial. A saúde mental deve fazer parte de investimentos maiores nas gestões municipais. Além disso, as coordenações dos serviços de saúde devem garantir posturas em consonância com os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica.

Posso dizer que a realização dessa pesquisa gerou mudanças tanto profissionais, como pessoais, agregando à minha existência reflexões acerca da assistência à pessoa em sofrimento psíquico, as possibilidades e fragilidades para a qualidade dessa assistência e um direcionamento para minhas práticas como enfermeira de um PSF.

Destaca-se a importância da integração como fundamental para uma assistência de qualidade, que permita a integralidade do cuidado e apresente-se como facilitadora do trabalho cotidiano dos profissionais.

Diante da inviabilidade de qualquer estudo abarcar a totalidade de um fenômeno, este trabalho apresentou como limitações como limitações, a delimitação

apenas de dois componentes da RAPS e ser recorte de apenas uma das categorias dos atores sociais, constituídos pelos profissionais, pacientes e seus familiares, que são responsáveis pela integração de práticas e saberes da saúde mental. Assim, fica o convite para a busca da compreensão dessa integração por meio do cotidiano de usuários, familiares e gestores que contribuirão com diferentes óticas e realidades. Além disso, espera-se que haja integração de ações de saúde mental entre todos os dispositivos que compõem a RAPS, dessa forma buscar conhecer como vem sendo construída no cotidiano de outros componentes da RAPS de Belo Horizonte a integração entre os serviços é fundamental para a continuidade da implantação da reforma psiquiátrica em construção.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. *Manual de História Oral*. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2005. 236p.

ALMEIDA, OP et al. Depressão, uso de antidepressivos e mortalidade na vida adulta: o estudo Health in Men. *PLos ONE*. 2010; 5: e11266.

AMARAL, CEM. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface*. Botucatu, v. 22, n. 66, 2018. p. 801-812. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300801&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 09 mai. 2018.

AMARANTE, AL; LEPRE, AS; GOMES, JLD; PEREIRA, AV; DUTRA, VFD. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(1):85-93.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau. Coleção Archivos, 2003.

AMORIM, AK; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto dos serviços residenciais terapêuticos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 3, v. 11, p. 195- 204, 2009.

ANAYA, F. *Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte – MG*. (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2004.

ANDREATTA, D; BARRETO, D. Saúde Mental do Cuidador: Considerações acerca da sobrecarga vivenciada pelo familiar. *Pesquisa em Psicologia | Anais Eletrônicos*. Santa Catarina, 2014. Disponível em:

https://editora.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/view/8688/4959. Acesso em: 21 mar. 2018.

ANTÔNIO CARLOS DE OLIVEIRA CORRÊA. *Breve história da psiquiatria mineira*. Disponível em: <<https://antoniocarlosocorrea.wordpress.com/2017/02/09/historia-da-psiquiatria/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

AOSANI, TR; Nunes, KG. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. *Rev. Psicol. Saúde* [internet]. 2013 Jul/Dec; 5(2):71-80. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n2/v5n2a02.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

ARAÚJO, AK; TANAKA, OI. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. *Interface - Comunic., Saude, Educ*, 2012. 12p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop5512.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

ARBEX, D. *Holocausto Brasileiro*. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, 255 p.

ARCE, VAR; TEIXEIRA, CF. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 41, N. ESPECIAL 3, P. 228-240, SET 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0228.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2017.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.

BATISTELA S, GUERREIRO NP, ROSSETTO EG. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. *Semina: Ciênc. Biol. Saúde*. 2008, 29(2):121-30. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3460/2815>. Acesso em: 13 dez. 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA/SUS-BH nº 033/2006. *Diário Oficial do Município*: 2006.

BESSA, JB; WAIDMAN, MAP. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto contexto - enferm*. Florianópolis, v. 22, n. 1, Mar. 2013, p. 61-70, . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 dez. 2017.

BEZERRA Jr, B. Os Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In. *Revista de Saúde Coletiva*, 17(22): (243-250). 2007.

BIRMAN, J; COSTA, FJ. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: *Amarante P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2014. p. 41-72.

BITTAR, OJNV et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA*, 13(152), 2016; p. 19-32.

BONDIA, JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev. Bras. Educ.* Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141324782002000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 16 mai. 2018.

BONFADA, D. et al. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 227-233, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2018.

BOTEGA NJ, MAURO MLF, CAIS CFS. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida: Supre-Miss. In: Organização Mundial da Saúde. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed. 2004;123-40.

BRANQUINHO, JS et al. Doenças crônicas em pacientes com transtornos mentais. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Vol.05, edição especial, Ano 2014, p .2458-64.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: *Diário Oficial da União*, 2013.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em: 4 mar. 2018.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em: 4 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2010. 144 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. *Diário Oficial da União* 2002.

_____. Ministério da Saúde. Brasília, DF. Portaria n° 3796/ GM de 06 de dezembro de 2010. Instituir o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, de caráter consultivo. *Diário Oficial da União*, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Brasília, DF. Lei n° 11.802, de 18 de janeiro de 1995. *Diário Oficial da União*. Brasília: 1995.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003a, institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas 103 (Programa De Volta Para Casa). *Diário Oficial da União*. Brasília: 2003.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5.ed. amp, p. 17-19, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 jan. 1992. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 11 de dezembro de 1991. Dispõe sobre o atendimento à Saúde Mental no Brasil. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 11 dez. 1991. Seção 1, p. 28495.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários* [internet]. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 10 julho 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caderno HumanizaSUS*; v. 5. 548 p. Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: 02 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. 1. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília: 2008. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 15 abril 2018.

_____. Portaria/GM no 1.220, de 7 de novembro de 2000. Criação do serviço residencial terapêutico em Saúde Mental, da atividade profissional cuidador em saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília: 2000.

_____. Portaria/GM no 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília: 2000.

BRITO, MJM; ANDRADE, AM; CAÇADOR, BS; FREITAS, LFC; PENNA, CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400603&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 11 jun. 2018.

CALDAS, AA.; NOBRE, JCA. Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Reflexões Acerca da Cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais. Rio de Janeiro: *Cadernos UNIFOA*, Edição nº 20, p. 71-83, dezembro de 2012.

CAMPOS, GWS; DOMITT, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007, p. 399-407.

CAMURI, D; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saude e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-13, dez. 2010.

CARDOSO, L; GALERA, SAF; VIEIRA, MV. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta Paul Enferm*.25(4), 2012, p. 517-23.

CARVALHO, ALB; JESUS, WLA; SENRA, IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, abr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401155&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 16 out. 2018.

CARVALHO, FB; CRENITTE, PAP; CIASCA, SM. Distúrbios de aprendizagem na visão do professor. *Rev. Psicopedagog*. 2007;24(75):229-39.

CASSORLA, RMS; SMEKE, ELM. Autodestruição humana. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S61-S73, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500005>.

CASTRO, CP; CAMPOS, GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [2], 2016, p. 455-481.

CEDEÑO, AAL; ORTOLAN, MLM; SEI, MB. A convivência como promotora de saúde mental: aproximações entre a Associação Ciranda da Cultura e os serviços de Centros de Convivência. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.8, n.1, 2017, p.129-137.

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Saúde Mental em Minas Gerais: Relatório de Gestão. 2003-2006. Belo Horizonte, 2006.

COSTA-ROSA, A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

DELFINI, PSS; REIS AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2):357-366, fev, 2012.

DIAZ, FS. *Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o “novo” na história da Psiquiatria do Brasil*. Rio de Janeiro: s.n., 2008. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2008. Bibliografia: p. 335-341.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, Barbacena, n. 6, v. 4, 2006.

Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232009000100025&script=sci_arttext&lng=en. Acesso em: 3 Ago. 2018.

DRUSS, BG; BRADFORD, D; ROSENHECK, RA; RADFORD, MJ; KRUMHOLZ HM. Qualidade de cuidados médicos e excesso de mortalidade em pacientes mais velhos com transtornos mentais. *Arc Gen Psychiatry*. 2001; 58: 565-72.

DUARTE, RA. *[Re] tratando a família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental. Dissertação* (Mestrado em Educação Cultura e Organizações Sociais) – Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI), Divinópolis, 2008.

_____. R.A. Origens do Fórum Mineiro de Saúde Mental: Um Estudo sobre as condições de emergência de um Movimento Social Antimanicomial. *Revista do Departamento de Ciências Humanas*. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.46, p., jan./jun. 2016. Disponível em:<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/6587>. Acesso em: 08 abr 2018.

FARIA, HTG et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*, 2014; 48(2):257-63.

FERIGATO, SH; CARVALHO, SR; TEIXEIRA, RR. Os Centros de Convivência: Dispositivos Híbridos para a Produção de Redes que extrapolam as Fronteiras Sanitárias. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.8, 2016. n.20, p.80-103.

FERRO, LF et al. Grupo de convivência em saúde mental: perspectivas de usuários e a experiência do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, 2012, v. 23, n. 2, p. 146-152.

FIGUEIREDO, ML; DELEVATI, DM; TAVARES, MG. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciências humanas e social*. Maceió, v. 2. n. 2, nov. 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1797>. Acesso em: 23 nov. 2017.

FONTE, LM; MELO, DDG. Apoio social e sobrecarga familiar: um olhar sobre o cuidado cotidiano ao portador de transtorno mental. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 16(1), jan.-jun./2010 p. 173-194.

FOUCAULT, M. *História da loucura - na Idade Clássica* (J. T. Coelho Neto, Trad., 8ª ed., Coleção Estudos, 61). São Paulo: Perspectiva, 2007.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Marins Fontes, 2006.

FRANÇA, GKCS; FRANÇA, GKCS, FRANÇA, HA. A estigmatização da loucura à promoção de políticas públicas em saúde mental. *Rev. Interd. em Cult. e Soc. (RICS)*, São Luís, v. 2, n. 1, p. 65-81, jan./jun. 2016

FRANCO, TB; MERHY, EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *ERevista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v.6, n. 2, 2012. 13p.

FRATESCHI, MS; CARDOSO, CL. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. Porto Alegre, *Psico*, 2016; 47(2), 159-168

GALINDO, D; LEMOS, FCS; RODRIGUES, RV. Do Poder Psiquiátrico: uma Análise das Práticas de Farmacologização da Vida. *Mnemosine*, v. 10, n.1, p. 98-113, 2014.

GALLING, B et al. Diabetes Mellitus de Tipo 2 em Juventude Exposto a Antipsicóticos: Uma Revisão Sistemática e Meta-análise. *JAMA Psiquiatria*, 2016 Mar; 73 (3), p. 247-59.

GAMA, JRA. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [4], 2012, p. 1397-1417.

GARERI, P; DE FAZIO, P; MANFREDI, VG; DE SARRO, L. Uso e segurança de antipsicóticos em distúrbios comportamentais em idosos com demência.

GAZIGNATO, ECS; SILVA, CRC. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO*, V. 38, N. 101, 2014; p. 296-304.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GOMES, MS; MELLO, R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: enfermagem construindo o cuidado à família. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, abr. 2012, p. 2-8, . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 dez. 2017.

GONÇALVES, CA et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2015, v. 20, n. 2, p. 449-460. .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200449&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 fev. 2018.

GOULART, MSB. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.*, Juiz de fora, v.8, n.spe. p. 194-213, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2018.

_____. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8 (2), Edição Especial, dezembro, 2015, 194 – 213.

_____. *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GRYSCHER, G; PINTO, AAM. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, out. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003255&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2018.

HEMMI, APA; PENNA, CMM. Representações sociais de usuários sobre o atendimento em uma unidade de saúde da família. *Cadernos Saúde Coletiva* (UFRJ), v. 17, p. 1075-1091, 2009.

HIRDES A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):371-382, 2015.

HIRDES, A; SCARPARO, ABK. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2015, vol.20, n.2, pp. 383-393. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000200383&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 01 set. 2017.
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13680/16577>. Acesso em: 07 mai. 2018.

IBANEZ G, et al. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Rev Bras Enferm*, 2014jul-ago; 67(4):556-62. *J Clin Psychopharmacol*, v. 34 (1), 2014 fev, p. 109-23.

IZECKSOHN, MMV; FERREIRA, JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):235-41.

JEFFMAN, TMW. Resenha O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre, 2013, n.29. 5p.

JORGE, MSB et al . Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, July 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2018.

JORGE, MSB et al. Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular e Produção do Cuidado em Saúde Mental. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 112-20.

JOUTARD, P. Desafios à história oral do século XXI. In: Ferreira MM, Fernandes TM e Alberti V. *História oral: desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz/CPDOC – Fundação Getúlio Vargas. 2000. p. 31-46.

JUCÁ, VJS; NUNES, MO; BARRETO, SG. Programa de saúde da família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. *Cienc. Saude Colet*. 2009; 14(1):171-82.

KANNO, NP; BELLODI, PL; TESS, BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc*. São Paulo, v.21, n.4, p.884-894, 2012

KANTORSKI, LP; PINHO, LB; MACHADO, AT. Do medo da loucura à falta de continuidade ao tratamento em saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2001; 1:50-9.

KODA, M. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (Org). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 67-87.

KURIMOTO, TCS. *O Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental na Perspectiva da Clínica do Sujeito: questões de fineza*. Tese (Doutorado em Enfermagem). Campinas (SP): Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. 2013. 259 p.

LAWRENCE DM, HOLMAN CDJ, JABLENSKY AV, HOBBS MST. Taxa de mortalidade por doença cardíaca isquêmica em pacientes psiquiátricos da Austrália Ocidental 1980-1998. *Br J Psychiatry*. 2003; 182: 31-6.

LIMA, AIOL; SEVERO, AK; ANDRADE, NDL; SOARES, GP; SILVA, LM. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. *Temas em Psicologia* 2013; 21(1):71-82. Disponível em: Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2017.

LUSTOSA, MA; ALCAIRES, J; COSTA, JC. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011, p. 27-49. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2017.

MACIEL, SC. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012 73

MAFFESOLI, M. *A Transfiguração do Político: a tribalização do mundo*. Porto Alegre: Sulina, 2001.

_____. *Elogio da razão sensível*. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 207 p.

_____. *Sociologia Compreensiva*. Curso promovido pelo PPGCOM da PUC do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, maio, 2006.

MARCO, MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v 30, nº 1, jan/abr, 2006.

MARTINS, PPS; LORENZI, CG. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Vol. 32 n. 4, 2016, pp. 1-9 9.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015.

MAUST, DT; KIM, HM; SEYFRIED, LS; et al. Antipsychotics, Other Psychotropics, and the Risk of Death in Patients with Dementia Number Needed to Harm. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(5), p. 438-445.

MEIHY, JCSB; RIBEIRO, SLS. *Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias*. São Paulo: Contexto, 2011.

MERCES, AMF et al. Práticas de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(2).

MERHY, EE. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Amaral H, Merhy EE, organizadores. *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007. p.55-66.

MINAS GERAIS. *Linha guia de Atenção em Saúde Mental*. 2 ed. Belo Horizonte. 2007.

MINAYO, MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINOIA, NP; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2015, vol.35, n.4, pp.1340-1349. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n4/1982-3703-pcp-35-4-1340.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

MONTENEGRO, LC; PENNA, CMM; BRITO, MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais de serviços de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso)*. v. 44, p. 649-656, 2010.

MOREIRA, TCF. *Política de saúde mental no município de Belo Horizonte: o papel das ideias, dos atores e das instituições na construção de uma práxis de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização*. Dissertação (Mestrado em Administração Pública), Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2013.

MORIN. *Meu Caminho: entrevistas com Djénane Kareh Tager*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. Município de Catas Altas-MG. *Rev. Min. Enferm.*, v.15, n.1, p. 62-69, Jan. /mar. 2011.

NETO, JLF. Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 18-26, jan./dez. 2008

NETO, R; MACHADO, P; AVELLAR, LZ. Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. *Mental*. 2009, vol.7, n.13.

NEVES, LA. *História oral e narrativa: tempo, memória e identidade*. História Oral, São Paulo, Nº 6, jun.2003, p. 7-28.

NÓBREGA, J; NITSCHKE, R; SOUZA, A; SANTOS, E. A Sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2012; 17:373-6.

OLESKOVICZ, M et al. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(5), 2014, p. 1009-1017.

ONOCKO-CAMPOS, RT; GAMA, CA; FERRER, AL; SANTOS, DVD; STEFANELLO, S; TRAPÉ TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Cienc. Saude Colet.* 2011; 16(12):4643-52.

PAES, LG; SCHIMITH, MD; BARBOSA, TM; RIGHI, LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab. Educ Saúde.* 2013; 11(2):395-409.

PAIANO, M et al. Ambulatório de Saúde Mental: Fragilidades apontadas por Profissionais. *Texto contexto - enferm.* Florianópolis , v. 25, n. 3, e0040014, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jan. 2018.

PATTERSON P, WHITTINGTON R, BOGG J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14(5):438-45. 12.

PENNA, CMM; MENEGHINI, PVS; QUEIRÓZ, ES. Concepções de família na estratégia saúde da família: o olhar do agente comunitário de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 15, 2017, p. 421-428.

PENNA, CMM; FARIA, RSR; REZENDE, GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde. *REME. Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, p. 87, 2014.

PEREIRA, PAP. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, MA; MATOS, MC; LEAL, MC. (Org.). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, 2010, p. 25-42.

PINTO, AGA et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 653-660, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2018.

PITTA, AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12):4579-4589, 2011.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. *Distritos sanitários*. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.html>>. Acesso em: 15 out. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Serviços de saúde*. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-primaria/centro-de-saude>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

QUEIROZ, ES; PENNA, CMM. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas - MG. REME. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 15, p. 62-70, 2011.

QUINTAS, RM; AMARANTE, P. Ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde em Debate (Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde)*, Rio de Janeiro, V.32, n.78/79/80, página inicial e final, jan./dez. 2008.

RADKE, MB. *Das Reformas Sanitária e Psiquiátrica à Educação em Saúde Mental: Saber Técnico e Compromisso Ético com A Saúde Mental Coletiva*, 2017. 106f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Programa Pós Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS.

RANDOW, RM et al. Articulação com Atenção Primária à Saúde na perspectiva de gerentes de unidade de Pronto Atendimento. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 12, p. 904-12, 2011.

RESENDE, H. 2007. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Org.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Ed. Vozes.

REZENDE, G.P. *Vínculo na Estratégia Saúde da Família na perspectiva de usuários e profissionais de saúde*. 2015. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

REZENDE, GP; FARIA, RSR; PEREIRA, ADS; PENNA, CMM. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: melhorias de acesso aos serviços. In: *10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 2012, Porto Alegre. Saúde Coletiva, 2012.

RODRIGUES, ES; MOREIRA, MIB. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.3, 2012, p.599-611.

ROOHAFZA, H et al. Perfil lipídico em usuários de drogas antipsicóticas: estudo comparativo. *ARYA Atheroscler*, 9 (3): ,2013 maio; p. 198-202.

ROSA, LC. Provimento de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: VASCONCELOS, EM. *Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. (V. II: Perspectivas para o Serviço Social). São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009, p. 183-205.

ROSA, L. *Transtorno Mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANTIN, G; KLAFKE, TE. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi* [online], n.34, 2011, p. 146-160. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2018.

SANTOS, TVC; PENNA, CMM. Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. *Pensar Acadêmico*, v. 12, p. 98, 2015.

SANTOS, TVC; PENNA, CMM. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. *Texto & Contexto Enfermagem* (UFSC. Impresso), v. 22, p. 149-156, 2013.

SCHMIDT, MLS. Atenção básica e saúde mental: experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. *Cad. psicol. soc. trab.* [online]. 2013, vol.16, n.1, pp. 57-70. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172013000100006. Acesso em: 03 mar. 2018.

SILVA, AFV; COUTO, IC; FRANÇA, JÁ; COLARES, MFA. Percepções dos professores do ensino fundamental sobre as dificuldades de aprendizagem. *Rev Eletrônica de Letras* 2013;6(1). Disponível em: <http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/rel/article/view/562> Acesso em: 11. Mar. 2018.

SILVA, EKB; ROSA, KB; SANTOS, LC. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? *Rev. katálysis*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200252&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2018.

SILVA, FM. *Assistência às pessoas em situação de crise em um Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, G et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 37, n. 2, p. 404-417, jun. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000200404&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2018.

SILVA, GR et al. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Percepções da Equipe de Saúde da Família. *Cogitare Enferm.* 2016 Abr/jun.; 21(2): 01-08

SILVA, LI et al. Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental. *Rev Rene.* 2014 mar-abr; 15(2):316-25.

SILVA, MLB; DIMENSTEIN, MDB. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672014000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso: em 11 set. 2018.

SILVA, RPD. *Projeto De Saúde Mental de Belo Horizonte: Um Trabalho em Rede?* Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Belo Horizonte: 2005.

SILVEIRA, ER. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2012, vol.17, n.9, pp. 2377-2386. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2017.

SNGPC. Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC. *Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – ANVISA*, vol. 2, ano 1, p. 01-09, 2011. Disponível em: www.anvisa.gov.br. Acesso em: 20 dez. 2017.

TAYLOR TL, HAWTON K, FORTUNE S, KAPUR N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2009;194(2):104-10

TORRES DI; CIASCA SM. Correlação entre a queixa do professor e a avaliação psicológica em crianças de primeira série com dificuldade de aprendizagem. *Rev Psicopedagog*. 2007;24(73):18-29.

TORRES, LM; MARQUES, LMF; TANNURE, MC; PENNA, CMM. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2012, 65(5):822-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/16.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

VASCONCELOS, MGF et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 166-175, jan./jun. 2012.

VIDAL, CEL; GONTIJO, ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14 113.

VIEGAS, SMF; PENNA, CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface (Botucatu. Online)*, v. 19, p. 1089-1100, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401089&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 dez. 2017.

VIEGAS, SMF; PENNA, CMM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. *Rev. RENE: revista da rede de enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 375-85, 2012.

VIEIRA, LP; SANTANA, VTP; SUCHARA, EA. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. *Cad. saúde colet*. Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 118-123, June 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000200118&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Dez. 2018.

VILLELA, JC; MAFTUM, MA; PAES MR. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(2): 397-406.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Washington: *World Health Organization*, 2017, 24 p. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/. Acesso em: 03 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Doenças cardiovasculares (DVCs)*. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/#>>. Acesso em: 17 jul. 2018

ZURITA RCM, et al. Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica no Brasil: Reflexões com Base no Referencial Filosófico de Kuhn. *Rev enferm UFPE*, Recife, 7(9):5604-10, set., 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13680/16577>. Acesso em: 07 mar. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Integração de Ações em Saúde Mental no Cotidiano de Unidade Básica de Saúde e CERSAM

Pesquisadora: Nayara Alacoque Coelho

Município: Belo Horizonte

Roteiro de Entrevista Semiestruturado

Profissão:

Idade:

Pós-Graduação/ Curso de Capacitação - Em qual área?

Tempo de atuação no serviço:

1. Narre sua experiência em relação à integração dos serviços de Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde.
2. Fale sobre a integração da assistência a usuários com sofrimento mental.
3. Fale sobre sua participação na construção da integração da Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental.
4. Como se deu a construção da integração entre a Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental desde o dia que você está neste serviço?
5. Ao longo dos anos como você vê as ações de integração entre as ações de Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde?

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Integração de Ações em Saúde Mental no Cotidiano de Unidade Básica de Saúde e CERSAM

Pesquisadora: Nayara Alacoque Coelho

Município: Belo Horizonte

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada “**A integração das ações saúde mental e da atenção primária a saúde: uma história oral**” trata-se de uma dissertação de mestrado de Nayara Alacoque Coelho, sob responsabilidade e coordenação da Professora Orientadora Cláudia Maria de Mattos Penna, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo “**compreender, numa perspectiva histórica, o processo de construção de saberes e práticas referentes à integração das ações de saúde mental e da Atenção Primária à Saúde na rede de atenção**”. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem da História Oral, que parte dos relatos de profissionais de saúde sobre sua vivência cotidiana no cuidado da Atenção Primária a Saúde e Saúde Mental de sujeitos com acometimento psicossocial.

Para falar sobre isso, você deverá narrar como vê a integração da Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde a partir da sua história no serviço de saúde onde atua e como essa integração se dá em sua percepção. Suas respostas serão gravadas em um gravador para melhor fidedignidade ao seu discurso com a garantia que essa gravação em hipótese alguma será veiculada e ficará sob nossa guarda por cinco anos, e você poderá escutar se assim o desejar.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir, ao revisitar a história desse processo de construção, para o planejamento de uma integração concreta no cotidiano dos serviços de saúde mental e atenção primária, pois acredita-se na legitimidade da experiência de quem está no dia a dia dos serviços. Além disso, que esse estudo possa nos permitir olhar, de modo contextualizado e inovador, para os impasses e desafios impostos pela necessidade premente de se tecer a integração entre as ações de saúde mental no âmbito da atenção básica.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Os riscos de sua participação são mínimos e caso você se sinta constrangido em dar respostas ou contar sua história, firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e veículos de divulgação científica. Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Reafirmo que os riscos de sua participação são mínimos, como por exemplo, você se sentir constrangido em responder alguma pergunta, no entanto, seu direito de não responder às perguntas e desistir

da pesquisa a qualquer momento está resguardado. Também você será indenizado pelas pesquisadoras caso eventuais riscos aconteça. Você não será prejudicado no seu ambiente de trabalho por participar dessa pesquisa. Você poderá contatar também o Comitê de Ética¹ para esclarecimentos sobre questões éticas dessa pesquisa. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem receberá qualquer tipo de bonificação.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando o seu de acordo em duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra em nosso.

Atenciosamente,

Nayara Alacoque Coelho
Claudia Maria de Mattos Penna

Concordo em participar como colaborador e afirmo que as minhas dúvidas foram esclarecidas

Assinatura: _____ Data: _____
____/____/____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar Pesquisadores Responsáveis:

- COEP- Comitê de Ética em Pesquisa –

UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627 – Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 7018 - Bairro Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil - CEP: 31.270-901-

E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefax: (31) 3409-4592.

- Prof.^a Dr^a Claudia Maria de Mattos Penna – Escola de Enfermagem da UFMG:

Av. Alfredo Balena, 190 - 5º andar – Sala 404. Fone: (31) 3409-5845 E-mail:

cmpenna@enf.ufmg.br. Nayara Alacoque Coelho- fone (31) 3356-1867. E-mail:

nayara-alacoque@hotmail.com

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte:

Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309.