

ATENÇÃO BÁSICA: PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL E SEUS DESAFIOS

BASIC ATTENTION: MENTAL HEALTH PRACTICES AND THEIR CHALLENGES

Sllaney Drielly de Siqueira Correia da Silva 1
Ana Maria de Santana 2

Resumo: Este estudo tem como objetivo ampliar o horizonte compreensivo sobre a Atenção Primária em Saúde Mental no Agreste de Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que elegeu a Hermenêutica Fenomenológica para compreensão de sua questão bússola – a experiência de profissionais na Atenção Básica em Saúde Mental. Os participantes do estudo foram quatro profissionais de saúde da Atenção Básica, de ambos os sexos, com mais de três anos de experiência. A Entrevista Narrativa e o Diário de Campo da pesquisadora foram os recursos metodológicos. A compreensão dos dados seguiu a Hermenêutica Filosófica de Gadamer. Foi possível considerar a insuficiência dos modelos tradicionais naturalistas como respostas às demandas que solicitam dos técnicos abertura ao que se encontra inaudível do acontecer humano. É preciso exercer uma clínica que possa acompanhar a tessitura do cuidado que o usuário já realiza em sua hermenêutica, como modo de se apropriar de suas possibilidades existenciais de ser-no-mundo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Básica. Fenomenologia Hermenêutica.

Abstract: This study aims to broaden the comprehensive horizon on Primary Care in Mental Health in Agreste de Pernambuco. It is a qualitative research that chose Phenomenological Hermeneutics to understand its compass issue - the experience of professionals in primary mental health care. The study participants were four primary care health professionals, of both sexes, with more than three years of experience. The researcher's Narrative Interview and Field Diary were the methodological resources. The understanding of the data followed Gadamer's Philosophical Hermeneutics. It was possible to consider the insufficiency of traditional naturalistic models as responses to the demands that ask technicians to open up to what is inaudible of human happening. It is necessary to have a clinic that can follow the fabric of the care that the user already performs in his hermeneutics, as a way of appropriating his existential possibilities of being-in-the-world.

Keywords: Mental health. Basic Attention. Hermeneutic Phenomenology.

Mestra em Psicologia e Saúde Mental pelo Programa de Pós-Graduação/Stricto Sensu da Universidade de Pernambuco (2019). Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa em parceria com o Sistema Único de Saúde (2016). Graduação em Psicologia pela Universidade de Pernambuco (2011).
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4893027824056368>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9009-8555>.
E-mail: drielly.siqueira@hotmail.com

Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (2017); Mestra em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (2001). Especialização em Psicologia Clínica da abordagem Fenomenológica Existencial pela Universidade Católica de Pernambuco (1997). Estágio pós-doutoral pela Universidade de Pernambuco (2020). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (1983). Professora Adjunta do Curso de Psicologia da Universidade de Pernambuco com atuação na Graduação; Especialização; Residência em Saúde Mental/UPE e no Mestrado de Saúde Mental/UPE. Pesquisadora vice-líder do Laboratório de Pesquisa em Ação Clínica e Saúde - LACS/UPE. Membro do GT- Práticas Psicológicas em Instituições: atenção, desconstrução, invenção da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em psicologia - ANPE-PP. Psicóloga da Secretaria de Saúde do Recife com atuação em Policlínica e em territórios sanitários.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0535411679998122>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6029-6550>.
E-mail: ana.santana@upe.br

Introdução

Este estudo tem a intenção de ampliar a compreensão sobre a prática na Atenção Primária em Saúde Mental no Agreste de Pernambuco. Nesse propósito, recorreu-se à narrativa de profissionais sobre suas atuações em territórios sanitários. É possível inferir que, nas narrativas de profissionais de saúde, o aceno da experiência vivida e do sentido atribuído à prática clínica na Atenção Primária em Saúde Mental pode ser revelado.

Nas atuações em territórios, pessoas comunicam sofrimento relacionado aos *problemas da vida*¹. Na maioria das vezes, informam dificuldades compatíveis com transtornos mentais, outras vezes, sinalizam preocupação e sofrimento decorrentes de situações vivenciadas na lida diária. Escutar suas narrativas de sofrimento, seja numa busca espontânea por amparo ou encaminhadas por profissionais ou familiares, despertou o interesse de refletir sobre o modo como estamos respondendo às demandas clínicas ali compreendidas.

Nas tarefas clínicas, muitos são os motivos que levam o usuário dos serviços de saúde a buscar o psicólogo na procura de pronunciar o seu sofrimento, no desejo de controlar ou de *curar* o que vem lhe causando desconforto, privação e falta de sentido no viver. É visível nas atuações clínicas, um movimento compreensivo decorrente das lentes de uma biomedicina, objetivando demandas numa lógica explicativa causal e seguindo a tradição em saúde de patologizar o que se revela como sofrimento. Nessa compreensão, as intervenções clínicas trazem uma vista limitada do paciente quando ele se encontra em situação de crise, uma prática voltada para *medicalizar* sofrimento. O mal-estar que o usuário comunica nos atendimentos, muitas vezes, não é da ordem de uma alteração fisiológica, mas relacionado a circunstâncias sociopolíticas de suas experiências junto a outros, não avistadas nos protocolos de atendimento que realçam apenas o que de sua objetividade alcança, ou seja, a doença como fenômeno.

Nesse contexto, importa refletir sobre o saber-fazer em Saúde Mental na Atenção Básica, como vem sendo compreendido pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Em municípios de pequeno porte, é por meio da Atenção Básica que se organiza o atendimento em Saúde Mental (BRASIL, 2013). No cotidiano das práticas, saúde mental parece ser um ofício exclusivo do psicólogo e do psiquiatra. Pessoas que demonstram alterações de comportamento, decorrentes de situações que as deixam vulneráveis no viver, são encaminhadas ao psicólogo. Ao mesmo tempo, encaminhamentos se tornam um recurso banalizado e frequente diante de uma tristeza vivida ou uma preocupação com a lida diária na sobrevivência, vistas como demandas para uma atenção clínica à medicalização e à psicoterapia. Não só o psicólogo, mas os diversos profissionais das equipes de saúde da Atenção Primária são responsáveis pelos modos de cuidar junto à população, fortalecendo o que entendemos por territorialização como política de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com as Diretrizes Nacionais de Saúde Mental da Atenção Básica:

[...] as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar (BRASIL, 2013, p. 22).

Compreende-se que os procedimentos em Saúde Mental parecem evidenciar a precária formação profissional para o campo da saúde coletiva e do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, cada vez mais necessário e exigido em saúde pública. Frequentemente, as equipes da ESF passam os casos para o NASF – AB, na pretensão de responsabilizar a retaguarda es-

1 Expressão do comunitário, indicativo de uma metáfora na qual podemos intuir sobre as suas dificuldades na existência.

pecializada pelo cuidado, sem diálogo ou construção de projetos terapêuticos, denunciando assim uma deficiência que se inicia na formação acadêmica e continua a se mostrar na rotina dos serviços.

Nessa esteira compreensiva, fica evidente que o Apoio Matricial – proposta de gestão democrática com construção compartilhada – vem se confundindo com encaminhamentos às clínicas da Rede sem o diálogo entre as equipes. É forte a divisão por especialidades nos serviços de saúde, proveniente de uma compreensão em que saúde e doença são vistas a partir de lentes disciplinares, distintas entre as profissões. De acordo com Ferreira Neto (2011) cada vez mais os campos de atuação tem exigido competências e habilidades plurais, atuações interdisciplinares e diversificadas dos profissionais.

Nessa perspectiva, interroga-se: como as políticas de Saúde Mental na Atenção Básica estão sendo compreendidas? O que se apresenta na tensão entre as diretrizes das políticas públicas e a experiência clínica de profissionais em territórios sanitários? Como favorecer atenção ao sofrimento que ali se mostra refratário à racionalidade técnica das práticas?²

No trabalho em comunidade, no âmbito da Saúde Mental, o saber-prático que se adquire na formação profissional e as informações úteis das políticas públicas parecem não alcançar dimensões existenciais das demandas clínicas ali assistidas. Pode-se pensar que:

[...] embora possamos encontrar uma definição sobre o que é a clínica, veremos que qualquer definição será provisória e limitada, já que ela nunca poderá abarcar tudo o que a clínica continuamente pode ser. Criamos modelos, regras, fórmulas, preconceitos, no entanto, o fundamental estará no encontro entre dois (ou mais) seres humanos, na possibilidade de desvelamento que se dará a partir desse encontro, naquilo que não está em palavras ou definições, mas que simplesmente se dá (RODRIGUES, 2006, p. 43).

As equipes que compõem a Atenção Básica precisam agir de modo horizontal, compreensivo e compartilhado. Amplia-se assim, o olhar para além da sintomatologia de doenças, considerando espaços de convivência e de circulação de afetos nas interações sociais. Diz Campos (2013) que a lógica do cuidado compartilhado tira o profissional do enquadramento da especialidade técnica e coloca-o num campo de complementaridade e de corresponsabilização entre profissionais da mesma equipe.

Pensar em Saúde Mental na Atenção Básica requer a interação entre vários profissionais numa relação de corresponsabilização com os usuários dos serviços, com suas famílias e com o território em que vivem. Nesse sentido, as intervenções em Saúde Mental precisam:

[...] promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013, p. 23).

A importância desse estudo diz da possibilidade de ofertar uma reflexão fértil sobre a prática clínica na Atenção Primária em Saúde, revendo modos de atuação no campo sanitário, junto ao usuário da Rede de Saúde Mental. Para tanto, revisita autores que contribuem para pensar a prática na Atenção Básica norteada pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde

² Neste estudo, racionalidade técnica das práticas diz respeito às atuações do técnico de saúde inseridas nos protocolos de atendimento.

Mental. Nesse propósito, recorre aos pressupostos fenomenológicos existenciais na intenção de contribuir com outros horizontes compreensivos acerca da Atenção Primária em Saúde Mental.

A seguir, são informadas as Diretrizes de Atenção em Saúde Mental assinaladas pela Política Nacional de Saúde. Breve recorte histórico sobre os movimentos reformistas sanitários que deram início à política de Saúde Mental serão refletidos, assim como seus desdobramentos que interessaram a questão bússola deste estudo. Importa (re)ver o que afirmam seus nortes para uma atuação clínica junto ao comunitário em situação de crise.

Contextualizando Saúde Mental

No final dos anos 70, teve início o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, contemporâneo ao movimento da Reforma Sanitária, e tinham como objetivo a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde. A Reforma Psiquiátrica surgiu em um contexto em que as ações de Saúde Mental eram centradas no Hospital Psiquiátrico e na medicalização dos sintomas, produzindo invisibilidade das dimensões subjetivas do sofrimento, violência decorrente dos procedimentos de assistência aos pacientes e a não valorização dos trabalhadores. Trata-se de um movimento que reivindica mudanças na prática, nos saberes, na cultura, na política e no cotidiano da vida social em favor da defesa da saúde, do protagonismo dos trabalhadores, da defesa dos direitos dos usuários dos serviços de saúde, do delineamento de uma política de Saúde Mental e da garantia dos direitos humanos.

No ano de 1987, aconteceu o II Congresso Nacional de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru/SP) com o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, que propunha a ampliação da discussão sobre loucura, a organização dos profissionais de Saúde Mental e o Estado em prol de reconhecimento sobre a prática desses profissionais. Ainda, em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) que afirmou a implantação da Reforma Sanitária Brasileira; criticou a exclusão de pessoas de seu convívio social como forma de tratamento de saúde; aprovou a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de leitos em hospitais gerais ou em serviços alternativos ao hospital psiquiátrico.

Dois anos depois, em 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e extinção dos manicômios no país é enviado ao Congresso Nacional tramitando por 12 anos. Em 06 de abril de 2011, é sancionada a Lei n. 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, esta dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Legitimado pela Constituição de 1988, o SUS passa a ofertar e garantir acesso universal e gratuito à população do país, sendo direito de todos os brasileiros. O SUS possibilitou e regulamentou uma reorientação do modelo assistencial à saúde, favorecendo diversas mudanças no modelo de saúde brasileiro, principalmente na assistência em Saúde Mental através da territorialização do cuidado. De acordo com Ferreira Neto (2011, p. 65), “nas políticas públicas brasileiras, a noção de território ocupa um lugar central. O território pensado como um dos elementos potenciais para uma nova perspectiva redistributiva de gestão das ações e das políticas sociais”.

A principal estratégia de implementação e organização da Atenção Básica é a criação do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2006). Apresenta como norte ético-político mudanças do modelo assistencial vigente – centrado no atendimento hospitalocêntrico, numa relação curativa médico-paciente – para outra possibilidade de atenção centrada na desinstitucionalização de saberes e de práticas em diálogo com a comunidade assistida.

A Estratégia de Saúde da Família procura ampliar a compreensão do binômio saúde/doença, ultrapassando uma visão naturalista para ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos frequentes, a partir do trabalho de equipe multiprofissional, estabelecendo uma relação horizontal usuário-equipe-território. Desse modo, destina-se a ofertar atenção integral que possibilite a autonomia das pessoas em sua singularidade e na sua inserção sociocultural e que cause impacto nos determinantes e condicionantes de saúde. De acordo com o Manual para a Organização da Atenção Básica:

[...] a prioridade dada à Atenção Básica representa um grande esforço para que o sistema de saúde torne-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência (BRASIL, 1998).

Por ser um dos níveis com maior possibilidade de resolução e de realização das práticas horizontais, a Atenção Básica revela ser um espaço de recuperação de autonomia, de responsabilidades e de ações que favorecem cuidado em Saúde Mental. Apesar da importância desta política pública, a realidade nos serviços de saúde mostra dificuldades na efetivação dessas propostas. De acordo com Ferreira Neto (2011), o trabalho no território exige além da uma competência técnica, habilidades para acompanhar o usuário em sua construção de modos saudáveis de viver em comunidade, exigindo do profissional uma atuação que sai da clínica tradicional para uma clínica ampliada que considera desejos, sonhos, medos, preconceitos e tantas outras variáveis que afetam os modos de estar no mundo.

Atenção Básica em Saúde Mental, assim como a inserção nos serviços substitutivos de saúde, é um passo importante para o abandono de modelos excludentes de cuidado, de mesma forma, a efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no que realça a desinstitucionalização de saberes e práticas junto à pessoa com transtorno mental, preservando seu vínculo no território. Além de se constituir espaço estratégico de atenção ao sofrimento, a Atenção Primária em Saúde Mental visa à qualidade de vida das pessoas e de coletivos no território.

Nesse contexto, observa-se que muitos profissionais possuem dúvidas, receios, pré-conceitos e curiosidades em relação às práticas assistenciais em Saúde Mental (BRASIL, 2013). Muitas vezes, o acolhimento ocorre em modelos previamente instituídos que impedem a acolhida do usuário de modo aberto a sua narrativa, ao sentido atribuído por ele ao vivido em privação de saúde. Os protocolos acabam por orientar ações clínicas sem tanto referenciar sobre tonalidades existenciais, emaranhadas nas sintomatologias decorrentes de enfermidades, reduzindo a assistência à prescrição de medicamentos. Desse modo, é possível refletir:

Boa parte da formação dos profissionais de Saúde tem orientado o seu foco de trabalho na doença. Por essa razão, entre outras, muitas das expectativas que temos acerca de como lidar com os casos de saúde mental são de acabar com os sintomas que os usuários nos expõem. No âmbito da Saúde Mental, muitas vezes não conseguiremos corresponder a esta tradição e expectativa. E devemos realmente perguntar se os sintomas manifestados pelos usuários são as causas dos seus problemas ou se tais sintomas também não estão realizando uma função de indicar que algo não vai bem com aquele usuário (BRASIL, 2013, p. 25).

É importante afirmar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira possibilitou experiências exitosas em Saúde Mental nos espaços da Atenção Básica. A interiorização e territorialização do cuidado, através da ESF, potencializou a proposta da Reforma Psiquiátrica e a criação de políticas específicas nesse cenário. Além de propor mudanças no modelo médico-curativo, resgatou vínculos familiares e sociais, reduzindo o uso de altas tecnologias na saúde e estabelecendo novo modelo de trabalho horizontal em que as relações equipe-usuário são construídas a partir das necessidades da família e da comunidade através da plasticidade de se moldar e acompanhar mudanças que ocorrem em nível individual e social (BRASIL, 2013).

No entanto, na prática dos serviços de saúde da Atenção Básica, muitos são os desafios vivenciados para que a Reforma Psiquiátrica se estabeleça de fato como prática ordenadora das ações. Ainda é forte o caráter prescritivo dos programas propostos pelo Ministério da Saú-

de às equipes. Elas precisam atingir metas, produzir números, seguir protocolos e trabalhar muitas vezes concentrando-se em quantidade, nem sempre essas determinações ministeriais condizem com a realidade daquela região. De acordo com Ferreira Neto (2011, p. 34), é possível refletir sobre:

As políticas públicas, uma vez instituídas, tendem a construir protocolos de trabalho, reproduzir práticas e visar a alguma uniformização, com margens menores para a inovação e diferenças. Os projetos locais inovadores tendem a ser transformados em programas generalizáveis. Com isso os esforços são drenados para a construção de práticas uniformizadoras, restringindo-se assim as possibilidades de criação de novas práticas inventivas e do necessário espaço de diversidade.

Para avançar na organização das práticas e implementação dos serviços substitutivos de Atenção em Saúde Mental, de base territorial, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, em 2011, através da Portaria n. 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS deve ser integradora dos pontos de atenção e linhas de cuidados em Saúde Mental. A Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado deve acionar e/ou facilitar o acesso aos diversos pontos da Rede, tornando-se lugar e potência de atenção à pessoa em sofrimento. Desse modo, importa compreender quais ações estão sendo realizadas pelos profissionais, assim como a compreensão elaborada por eles do que é Saúde Mental na Atenção Básica.

Na visa de compreender o que vem sendo realizado no campo da Atenção Básica em Saúde Mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza, no que o território oferta como recurso às equipes de saúde para o manejo das demandas. Desse modo, importa realçar a narrativa de profissionais como recurso à compreensão da prática, atitude que deixa à margem conceitos, permitindo enxergar outras dimensões, refratárias às deduções lógico-explicativas, e pondo em destaque o existir humano.

Metodologia

O caminho metodológico escolhido para compreender a experiência de profissionais da saúde na Atenção Básica adveio da Pesquisa Qualitativa à luz da Fenomenologia Hermenêutica. Importa lembrar que, em Minayo (2014), a Pesquisa Qualitativa visa fenômenos e processos que não podem ser instrumentalizados como variáveis, tais como: motivos, significados, aspirações, valores, crenças e atitudes. Busca compreender dimensões singulares dos fenômenos humanos que não podem ser quantificados e universalizados.

Este artigo recorreu ainda aos indicativos formais da analítica existencial heideggeriana como subsídio para compreender as práticas exercidas na Atenção Básica em Saúde. Realça-se a crítica heideggeriana sobre o modo de produção de conhecimento da ciência, no que advém de seus *pré-conceitos* herdados da vista moderna, onde o sentido de verdade – una, imutável e universal – se dá através de metodologias que encaminham para ordenar e categorizar fenômenos possíveis de verificação (HEIDEGGER, 2001).

Nessa compreensão, mais do que o *porquê*, que conduz às explicações e justificativas, importa descrever como o fenômeno revelado se mostrou à experiência, uma vez que: “o método não significa procedimento, pois é, sobretudo, a maneira com o que o ente é tematizado” (CARDINALLI, 2015, p. 256). A indicação de Heidegger para o estudo dos fenômenos humanos visa à compreensão da singularidade do seu existir.

Nesse sentido, o estudo conta com a possibilidade de evidenciar significados atribuídos pelos profissionais de saúde a sua experiência clínica no âmbito da Saúde Mental. Desse modo,

elege a noção de compreensão interpretativa assinalada na Hermenêutica Filosófica de Gadamer para o entendimento do que venha se mostrar.

A pesquisa foi realizada nas três unidades da Estratégia de Saúde da Família localizadas na zona urbana e rural do Município de Terezinha, agreste pernambucano. A população estudada foi participante: de ambos os sexos, todos profissionais de saúde, de áreas de formação diferentes e com três anos ou mais de experiência. A escolha foi realizada por amostragem intencional, tendo por critério de inclusão, profissionais que aceitaram comunicar a sua prática clínica em território sanitário e que possuíssem três anos ou mais de experiência. Como critério de exclusão, estão os profissionais que possuem menos de três anos de experiência.

A Entrevista Narrativa e o Diário de Campo da pesquisadora foram recursos metodológicos utilizados para a colheita dos dados. A entrevista narrativa caracteriza-se como recurso que possibilita à emergência de histórias vividas pelo pesquisando e de sua interação no contexto delas, na compreensão de Flick (2009). Por meio das narrativas, é possível ter acesso ao sentido da experiência dos participantes em saúde. Através delas, o narrador compartilha valores e percepções da experiência, contida em sua história e transmitida ao ouvinte (DUTRA, 2002). Nesse sentido:

A narrativa tem a capacidade de suscitar, nos seus ouvintes, os mais diversos conteúdos e estados emocionais, uma vez que, diferentemente da informação, ela não nos fornece respostas. Pelo contrário, a experiência vivida e transmitida pelo narrador nos sensibiliza, alcança-nos nos significados que atribuímos à experiência, assimilando-a de acordo com a nossa (DUTRA, 2002, p. 374).

Outro recurso metodológico utilizado neste estudo foi o Diário de Campo da pesquisadora. Trata-se de um instrumento da etnografia como via de conhecimento da Antropologia. Minayo (2001, p. 63) enfatiza que o Diário de Campo:

[...] é um instrumento ao qual recorreremos em qualquer momento da rotina do trabalho que estamos realizando. Ele, na verdade, é um «amigo silencioso» que não pode ser subestimado quanto à sua importância. Nele diariamente podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas. O diário de campo é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa.

Guiada por esses esclarecimentos, o que foi visto nas entrevistas, proveniente do diálogo com os participantes da pesquisa e do que se revelou na elaboração do Diário de Campo da pesquisadora, constituiu o modo de proceder à compreensão dos dados, reunidos e interpretados a partir de um diálogo com eles.

Compreensão dos dados

A compreensão das narrativas se deu a partir do diálogo, aproximando-se da compreensão interpretativa da Hermenêutica Filosófica de Gadamer para o entendimento dos dados recolhidos na pesquisa. A hermenêutica gadamariana, como postura epistemológica, favorece a investigação qualitativa (SCHWANDT, 2006). Nessa compreensão, aspectos históricos e sociais são importantes vetores presentes no modo de compreensão do pesquisador.

Assim, no diálogo, há fusão de horizontes e, ao mesmo tempo, preservação do que

se mostra em singularidade, possibilitando abertura para novas compreensões sobre o vivido nas práticas de Atenção em Saúde Mental sem a intenção de explicar ou de fornecer ideias definitivas. Nessa relação, “toda e qualquer interpretação que daí surja, constitui-se apenas num horizonte possível pelo qual algo pode ser visto/compreendido” (BARRETO; PRADO; LEITE, 2019, p. 59).

Narrativas

Com o propósito de compreender a experiência dos profissionais na Atenção Básica em suas práticas em Saúde Mental, são trazidas as narrativas colhidas como recurso para desvelar sentidos da prática e fundir horizontes em busca de compreensão da experiência vivida em territórios sanitários junto a pessoas que buscam os serviços com suas queixas, demandas, adoecimentos e privações sociais. Nessa compreensão, Benjamin (1994) aponta a articulação entre narrativa e experiência, onde a narrativa é via de acesso ao conhecimento da experiência de quem narra, desse modo:

[...] mantém os valores e percepções presentes na experiência narrada, contidos na história do sujeito e transmitida naquele momento para o pesquisador. O narrador não informa sobre sua experiência, mas conta sobre ela, dando oportunidade para que o outro a escute e a transforme de acordo com a sua interpretação, levando a uma maior amplitude, tal como acontece na narrativa (DUTRA, 2002, p. 374).

Contar e ouvir experiências envolve um modo de estar-com e em relação que implica afetos e valores, revela e oculta sentidos. A partir dessa compreensão, inicia-se o diálogo com os colaboradores a partir da questão: *Gostaria que você me contasse sobre a sua experiência em Saúde Mental na Atenção Básica neste Município.*

A seguir apresenta-se suas narrativas.

Enfermeira A - A gente sabe que tem diversas dificuldades em relação a essa área, já que atualmente a gente ainda trabalha muito com a forma técnica né?[...] A gente ainda é muito voltado à doença física, à cura de sinais, de sintomas, e não é que esquece, mas com todos os cronogramas voltados pra parte específica, saúde do idoso, gestante, criança, hipertenso, diabético, a saúde mental fica um pouco esquecida[...] A gente se detém muito com essa parte de tentar controlar apenas os sintomas e a parte importante que é voltada para os profissionais sentarem, discutir os casos[...] A parte do matriciamento, eu ainda hoje acho um pouco escasso em relação a isso[...] Para poder acompanhar direitinho e não só o paciente como também o acompanhamento da família, que queira ou não, ainda a gente volta muito só pra o paciente, mas o tratamento, o acompanhamento de saúde mental é voltado também pra família.

A enfermeira faz uma crítica ao olhar que domina as práticas, a visão tecnicista em que a valorização do controle ou eliminação dos sintomas é a forma de cuidar, sinalizando por essa atitude, uma das dificuldades na área da Saúde Mental. A Atenção Básica é responsável pelo acompanhamento de diversos grupos de pessoas e de patologias crônicas, como relatado pela participante: as gestantes, os idosos, os hipertensos e diabéticos e as crianças pertencem a programas específicos de atenção. As metas de atendimento são impostas às equipes de saúde, devendo ser cumpridas mensalmente, uma vez que os recursos do programa estão ligados ao cumprimento de metas. A atenção das equipes e o cronograma das atividades se voltam a esses grupos, deixando a Saúde Mental de lado, como diz a enfermeira. A racionalidade técnica das práticas e a produção em números parecem dominar o campo da Atenção Básica, bem como as políticas voltadas a esse setor.

Embora a Saúde Mental tenha seu “espaço” com ações de prevenção e de promoção à saúde, voltadas à Atenção Básica, na prática, como dito pela profissional, as equipes não se reúnem para a discussão de casos e construção conjunta de estratégias de atenção aos pacientes e as suas famílias. Aponta ainda, a necessidade de ampliar a compreensão para além dos

sintomas da doença, direcionar o olhar para a pessoa em privação no seu contexto sócio-histórico e familiar. Como diz Pelizzoli (2011, p. 18), é importante “pensar a saúde como cuidado integrativo, que parte de um movimento compreensivo da vida e que retoma as potências e possibilidades do humano”.

No Diário de Campo da pesquisadora, encontra-se uma reflexão sobre o papel da medicalização no controle do que se mostra fora do padrão de normalidade estabelecido pela sociedade. Não se pretende negar a importância do fármaco no âmbito das intervenções em saúde, mas ampliar a possibilidade de refletir sobre até que ponto profissionais atribuem à medicação o papel de “dar conta” das queixas relacionadas aos problemas decorrentes da miséria crítica presentes nas preocupações com alimentação, segurança, violência e exclusão.

Nesse momento, enquanto narra sobre dificuldades enfrentadas, sinaliza possível solução para os problemas elencados, a partir do que acredita ser resolutivo para sua prática:

Enfermeira A - Em relação ao tempo que eu tenho de experiência, eu vejo a necessidade de um profissional que não precisa ser assim[...] Psicólogo, né? Mas um profissional da saúde que tenha uma especialização mais voltada para essa parte de saúde mental que possa dar um apoio e fazer essa ajuda para todos os PSFs, de preferência fixo em cada um, já que a demanda é muita e não tem como a gente dá esse suporte maior[...] A gente sabe que tem psicóloga no município, mas, mesmo assim em relação a acompanhar essas famílias de perto eu ainda acho, pra gente enquanto enfermeiro, complicado[...] Devido a tanta demanda que a gente tem[...] Por isso que a saúde mental fica um pouco, assim, de lado, né?[...] Dando prioridade apenas aos casos que está com mais precisão, em surto.

Diante das dificuldades enfrentadas e por não acompanhar devidamente os pacientes, a enfermeira parece acreditar que uma possível solução seria um profissional especialista como referência exclusiva para esses atendimentos em Saúde Mental. Tal proposta vai de encontro à corresponsabilização que precisa existir entre profissionais e equipes da Atenção Básica. Parece que sua compreensão se volta a uma prática disciplinar em que procedimentos de Atenção em Saúde Mental, na Atenção Básica, precisariam ser realizados por agentes especializados. Não percebe que em suas tarefas voltadas para o adoecimento, já se encontra ali os modos de ser do homem. A presença, enquanto atitude, serve ao outro como possibilidade de se ver determinante de si nas situações de crise; nesse sentido, não se trata de aumentar a equipe ou acrescentar mais programas específicos a lista já existente, mas de compreender que o modo de se posicionar diante do usuário diz sobre uma clínica em situação, em que a palavra anuncia a existência em jogo.

As demandas em sua rotina de trabalho parecem lhe solicitar para além do que é possível corresponder, a preocupação em ver as necessidades da população muitas vezes não serem atendidas a contento parece despertar angústia e estimular a elaboração, viável ou não, de soluções. A criatividade, nesse momento, se volta para a ampliação da equipe.

Em seguida a narrativa de outro profissional:

Enfermeira B - Eu acho que essa área de saúde mental cresce a cada dia, a grande maioria da população hoje é doente[...] Doente mesmo, só que têm pessoas que não aceita que isso é uma doença, todo mundo pensa assim, a saúde mental é o louco né, só que existem outros problemas da mente que eu acho que são os mais comuns na vida da gente[...] ansiedade e depressão eu acho que é um dos mais comuns e frequente nos dias de hoje[...] Eu acho que é o que mais a gente pega, né? O que a gente vê também, demais! É a automedicação, tipo eu tomo remédio, eu durmo bem, eu me relaciono melhor com as pessoas, então, a minha vizinha vai fazer o mesmo uso... Se tá sendo bom pra mim, na cabeça dela vai ser bom pra ela, as pessoas não procuram no início, deixa pra procurar já muito avançado, a gente sabe quando a gente não tá bem, eu acho que se as pessoas procurassem uma ajuda no início, não chegaria lá na frente tão[...] Tão prejudicada, né?

A prática da automedicação tem crescido nos últimos tempos e tem se tornado um problema de saúde pública. É possível observar o abuso que vem ocorrendo no consumo de medicamentos psicotrópicos. Dentre as medicações que se percebem na vivência junto ao território, os remédios para dor de cabeça, os antidepressivos, os indutores de sono e ansiolíticos são os mais procurados pela população por motivos mais variados: vergonha da família

ou de vizinhos por estar fazendo uso de remédios associados a “problemas dos nervos” ou a incapacidade de “dar conta da vida”; um segundo motivo diz da não aceitação de ajuda de um profissional e a crença de que pode resolver sozinho.

Outro motivo é a facilidade no acesso aos remédios, muitas vezes, são obtidos de alguém da família que já faz uso e divide os comprimidos, ou ainda, por prescrição excessiva de receitas pelos profissionais da saúde. A lista de motivos é extensa, a automedicação tem em seus principais problemas a tolerância, o paciente irá precisar de doses cada vez maiores para conseguir o efeito terapêutico inicial, a dependência da substância e seu efeito no organismo, a intoxicação e até o desenvolvimento de doenças iatrogênicas.

Outro problema sinalizado pela profissional é o adoecimento mental de profissionais. Em 2017, de acordo com o site da Previdência, os Transtornos Mentais e Comportamentais foram a 10ª causa de afastamento com auxílio-doença e os Transtornos Ansiosos a 15ª causa, somaram mais de 72.000 mil pessoas afastadas de suas atividades laborativas (TRANSTORNOS[...], 2019).

Pode-se considerar ainda os casos em que não há afastamento, trata-se de um quantitativo grande de pessoas adoecidas. É importante realçar que aspectos relacionados ao trabalho e a outros contextos influem no adoecimento, dentre eles: o excesso de horas de trabalho, imposição de metas abusivas, cobranças demasiadas, desvalorização, assédio moral, problema na interação e convívio entre equipes, problemas familiares e outros. Cuidar da Saúde Mental dos profissionais é tão importante e necessário quanto à do/quanto a do usuário. As políticas e a gestão devem estar atentas a essas demandas, favorecer abertura ao diálogo e fortalecer a tríade usuário-trabalhador-gestão.

Enfermeira B – Com a chegada do CAPS melhorou muito pra gente, os pacientes, eles estão assim mais[...] Amarrados[...] Não estão tão soltos como estavam[...] Entendeu? E vocês fazem esse elo direitinho, e eu acho que a gente também tem que fazer pra ver se esse paciente se tá, se ele necessita voltar com mais antecedência, ou se essa volta pode ser mais demorada, se ele tá usando a medicação direitinha, essa parte também é da gente[...] E assim, em caso de paciente de surto, é muito difícil a gente pegar aqui[...] Mas eu morro de medo, se tiver um, eu sei não o que é que eu faço[...] Chamar a polícia, né?[...] Lógico!

A profissional percebe o CAPS como possibilidade de um acompanhamento mais próximo ao usuário, mais atento. Em sua fala fica evidente a associação que faz sobre crise em Saúde Mental e responsabilidade do poder de contenção da polícia, associação muitas vezes devida ao sentimento de impotência e medo diante de situações extremas de desajustes e rupturas. A violência e a exclusão, por muito tempo, foram estratégias de pseudo cuidado, sendo esta uma das motivações para que famílias, trabalhadores e parte da sociedade se organizassem em prol da humanização das atuações em saúde e desinstitucionalização de saberes e práticas diante do doente mental. A exclusão e a violência privam as pessoas de se desenvolverem de modo saudável, criam barreiras de acesso ao tratamento, deixam marcas profundas na subjetividade e de modo algum favorecem a expressão de sentimento. Não é incomum profissionais e familiares se sentirem incapazes de se aproximar de uma pessoa em situação de crise. Importa compreender que:

[...] tal convicção deve-se em parte aos séculos de isolamento e exclusão ao quais vem sendo submetidas pessoas que vivenciam experiência da loucura. Um elemento a ser considerado na superação desta aparente limitação é o reconhecimento, por parte do profissional, do intenso sofrimento vivenciado pelo usuário. Também é importante a constatação de que a crise é inerente à existência humana, constituinte do processo do viver, presença marcante nas diferentes formas de viver a vida (BRASIL, 2013, p. 100).

A profissional relata sobre o papel do CAPS e do NASF – AB no processo de cuidado em Saúde Mental e indica o CAPS como dispositivo que facilita o acesso da população ao trata-

mento.

Enfermeira B – Com certeza, e até mesmo assim o NASF veio pra fortalecer o CAPS, fortalecer esse elo entre Atenção Básica e CAPS, eu acho que ele veio pra fortalecer mais, porque a gente tá meio solto ainda, na verdade, saúde mental é uma área que não é todo mundo que se identifica, tem pessoas que ama e se identifica, então, eu acho que se volta mais pra esses pacientes[...] Eu sei que a gente tem que se voltar para o etilista, o tabagista, do mesmo jeito que a gente se doa pra uma gestante, do mesmo jeito que a gente se doa pra um hipertenso e diabético, e eu acho também que a gente tem que buscar se atualizar mais, entendesse? Para melhorar a vida deles.

O CAPS, enquanto dispositivo territorial de Atenção em Saúde Mental, viabiliza de forma mais efetiva o acesso e o acompanhamento dos pacientes na visão da profissional. Importa esclarecer que as ações de saúde no território são importantes, uma vez que não se trata de um espaço geopolítico de habitação, mas de uma configuração territorial em que as relações de produção e de vínculos sociais são vistos. Um lócus de relações sociais, no cotidiano da vida, que se traduz em pluralidade numa arena de lutas, conquistas e desafios.

A ampliação da RAPS nos municípios e regiões contribui para expandir as possibilidades de atenção aos usuários e suas famílias nas diversas queixas de sofrimento e adoecimentos, considerando os aspectos envolvidos nesse processo. Manter o fluxo da Rede entre os serviços e os trabalhadores é indispensável para que de fato exista uma rede de apoio, sobretudo a partir de pactos entre profissionais que trabalham e colaboram com os serviços que a compõe, pois são eles que operam a Rede na rotina dos serviços.

Compreende-se que a articulação das equipes e de diferentes pontos da rede de apoio fortalece o cuidado em Saúde Mental. Sinaliza-se a dificuldade de profissionais em se identificar com a área da Saúde Mental, o que pode interferir no diálogo, na qualidade do acolhimento e da escuta voltados para essas demandas. Realça/Realça-se também a necessidade de aperfeiçoamento e de atualizações para profissionais da saúde. Pensar a educação permanente é importante, pois ajuda os profissionais a ultrapassarem o conhecimento técnico dos diagnósticos e das prescrições de medicamentos, estimulando-os a transcenderem para um modelo ampliado de atenção e manejo de problemas psicossociais.

Enfermeira B – Eu acho assim, a participação de todos é interessante, mas o mais primordial é o psicólogo[...] Claro que dependendo do cada caso vai ser necessário o trabalho em equipe, mas eu acho que além do psiquiatra o seguinte é o psicólogo, fazer as terapias direitinho ajuda muito[...] E assim o que a gente vê é que é muito demorado, né? Pra você vê uma melhora, é muito, muito, muito[...] Aí, às vezes, isso também faz com que o paciente não acredite tanto, não só o paciente, às vezes, até mesmo um profissional; a gente vê que às vezes o paciente tem uma melhora, de repente o paciente recai, eu sei que depende muito do estilo de vida, de todo um contexto[...] Mas, eu acho que é uma área que é muito lenta, né, pra gente vê resultado, melhorar alguma coisa, mas não é porque é lenta que a gente vai abandonar.

Embora a noção de corresponsabilização entre equipes da Atenção Básica esteja crescendo, ainda é forte uma compreensão de *especialismos*, em que cada profissional será responsável por determinadas queixas ou demandas. Os serviços de saúde, tais como: a ESF, o NASF – AB e o CAPS, propõem ações conjuntas entre equipe-usuário-família-território estimulando a corresponsabilização na atenção dada ao sofrimento do comunitário. Romper com tal lógica é tarefa complexa que requer dos profissionais uma construção processual envolvendo no território a integração entre atores da saúde.

Embora a proposta do NASF – AB não seja uma clínica ambulatorial, mas um serviço de apoio matricial às equipes das Unidades Básicas de Saúde, na prática, ele assume o papel de acompanhamento psicológico individual. No que diz respeito às atuações em Psicologia, os profissionais muitas vezes repetem no território o modo consultorial de acompanhamento, a crítica feita e evidenciada na narrativa é coerente, o trabalho na comunidade solicita intervenções adaptadas aos contextos diversos, considerando espaços geográficos, vínculos e potencialidades trazidas pela comunidade em seu modo próprio de se cuidar; as intervenções necessitam de efetividade ágil em suas possibilidades de resolução que ampliem a visão para além da pessoa e dos sintomas.

Outra profissional, participante da pesquisa, narra sobre sua experiência em atendimentos:

Dentista – Atendo, eu tento atender, se eu vir que não vai deixar eu acalmo e libero para não[...] porque eu tenho medo de forçar e acontecer alguma coisa com o paciente e ele está ali na sala e tenho que ser responsável, né? Uma criança especial que atendi, ele mesmo na hora deixou o começo todinho, na hora de executar ele não deixou, aí eu acalmei ele e disse que não precisava chorar, ele se acalmou e foi embora[...] E aí esperar ele voltar, não sei se ele vai voltar, né? Porque ficou com medo[...] Mas aí eu faço.

O escutar e o disponibilizar-se, mais do que intervenções verbais de caráter explicativo, se oferecem como ente-à-mão usado singularmente no que precisa ser cuidado – a existência. A ação clínica rompe com o modo de contato técnico-explicativo. Constitui-se como disposição para acompanhar o outro no cuidar das suas possibilidades, dispondo delas livremente e com responsabilidade. Revela-se como ação pré-ocupada (BARRETO, 2006). Procedimentos criativos, não apreensíveis por conceitos subjetivistas nem tecnicistas de cunho cartesiano.

Importa refletir - não há receitas de como se aproximar do usuário. Estar aberto e disponível à escuta do seu dizer, sem dúvida, é ser *pre-sença* que possibilita acolhimento por meio de uma atenção tecida no diálogo, norteando aberturas à solicitude de quem se dispõe amparar. Santana e Siqueira Leita (2018, p. 128), compreendem que as intervenções clínicas são:

[...] da ordem de um agir que ouve dialogando, à procura do cuidado que, originalmente, somos. Intervenção que escapa a um saber técnico-representativo, estando relacionada a uma escuta que viabiliza atenção e cria vínculos, realçando interlocutores e situações.

P: Como você percebe a demanda em Saúde Mental?

Dentista – Tem muitos pacientes que vem e a gente nota[...] Esse paciente tem algum problema e não tem nenhum acompanhamento[...] Pelo menos não aqui no posto, né? Não sei se faz fora, mas aqui quando a gente pega a ficha médica pra olhar não tem nada escrito. Se faz algum acompanhamento, que eu acho difícil, se faz é fora[...] Que na maioria das vezes, se não faz aqui, não faz em nenhum outro canto.

Entende-se que seja relevante refletir sobre o fluxo dos usuários na Rede, o percurso das pessoas que necessitam de Atenção em Saúde Mental. A impressão sentida é a de que as equipes não estão atentas para a importância do compartilhamento de informações entre os técnicos de saúde, uma vez que o prontuário – além de ser um documento oficial de registro das consultas, deixando ver o fluxo que o paciente faz na Rede – também auxilia em auditorias de órgãos de controle e de avaliação sobre a produção e os modos como as equipes se organizam frente às demandas do território adscrito. Outra importância diz da exigência de se ter no prontuário informações que auxiliam à aquisição de direitos do usuário, como, por exemplo, na solicitação de benefícios.

Numa outra vista, dessa vez na compreensão do médico de família:

Médico – A minha maior dificuldade no Município é essa questão de que as pessoas já estavam dependentes dessas drogas há bastante tempo e só iam ao PSF para renovar as receitas[...] Os casos novos eu trato não somente com a medicação, tentar achar uma solução para os problemas, encaminhar para o tratamento psicológico e o tratamento terapêutico tentando dar outros caminhos para essas pessoas se libertarem desses transtornos e dessas medicações[...] Mas, a princípio, muito difícil.

Fica evidente a manutenção de práticas voltadas ao controle dos sintomas, numa lógica de repetição automatizada. Os profissionais parecem somente prescrever fármacos e renovar receitas, o que não exige abertura em que nela o paciente possa ser protagonista de seu cuidado. Por outro lado, os usuários parecem acomodados a buscar novas receitas, a medicação prescrita possibilita uma sensação de bem-estar e controle daquilo que causa incômodo ou desconforto.

É necessário pensar novas possibilidades de atenção às demandas em Saúde Mental que possam romper com práticas excludentes, possibilitando o paciente ser protagonista em seu cuidar. Favorecer narrativas sobre história de vida, compreender as relações humanas na trama do outro que se encontra na condição de doente mental, não são os agravos maiores, mas sim o que repercute na esfera pública de suas relações. Construção que põe a loucura num espaço de exclusão nas produções sociais, como diz Castel (2008), ao aludir sobre a desfiliação social dos que perdem suas referências de pertencimento, é o caso de quem sofre mentalmente.

Médico – Eu acho que a falta de conhecimento da população sobre esses transtornos dificulta muito a questão da adesão do paciente ao tratamento[...] Ainda tem muita resistência por parte da população, por julgarem ser loucura, ser doido[...] Por falta de conhecimento mesmo, né?[...] Esclarecer muitas dessas doenças, entendeu? As causas dessas doenças para a população, para ver se quebrava um pouco desse tabu de pessoas que estão sendo tratadas hoje com transtornos mentais ser chamadas de louco[...] E também, a falta de medicamentos... É um dos grandes problemas que nós temos no SUS, a maioria dessas pessoas que vêm nos procurar no PSF são pessoas carentes, com dificuldades pra comprar o medicamento.

Nesse momento, realça os pré-conceitos em torno das doenças mentais, sobre a necessidade de informação e a escassez de medicamentos fornecidos pelo SUS. Embora o acesso à informação hoje ocorra com facilidade, característica do tempo moderno, no imaginário popular as doenças mentais, assim como suas terapêuticas, parecem estar associadas à loucura e à exclusão em cidadania. O que tem dificultado às pessoas chegarem aos serviços de saúde para solicitar ajuda. Acredita-se que, através da educação em saúde, é possível sensibilizar a população sobre essa temática e ajudar a identificar, no início, sinais que sugerem a uma avaliação profissional, evitando abordagens à crise com intervenções tardias, complexas e com altas doses de medicação.

Na sequência de sua narrativa, ainda comunica sobre as demandas que chegam ao PSF:

Médico – Com certeza é uma demanda bastante grande, nós temos desde o tratamento de insônia ao tratamento de demências, ansiedade, depressão e os esquizofrênicos mesmo que é uma quantidade menor, mas tem bastante[...] A demanda é grande e a tendência é crescer mais ainda[...] Não é porque nós queremos, é porque tá assim, hoje o ser humano não tá aguentando mais os estresses do dia a dia, claro que todos esses transtornos mentais contam com a genética, são fatores genéticos e hereditários, mas, são também fatores estressantes do dia a dia, fatores fortes, né?

Informa sobre um aspecto importante no processo de adoecimento das pessoas – o excesso de estressores que se vive atualmente. Nessa esteira, realça-se a incapacidade de lidar com o desamparo na vida por falta de recursos, sejam eles financeiros, psicológicos ou sociais, vetores que podem encaminhar ao adoecimento.

A procura e o uso de medicação cresce, estar sob efeito de psicotrópicos parece facilitar a interação e anestesiar as pessoas em relação aos problemas de vida. Pelizzoli (2011) sinaliza que a medicina moderna associa desenvolvimento tecnológico às promessas de uma sociedade sem sofrimento, saudável, com vida anestesiada, sem dores e antidepressivos servindo ao sofrimento da alma – um imaginário em que a vida é subordinada ao controle técnico científico. Pensar a existência parece ser difícil, a medicação se mostra como alternativa fácil diante dos males vividos.

Médico – Por ser uma cidade pequena que tem quase sete mil habitantes[...] Tem um número muito elevado de suicídio, eu acho que esse ano quatro ou cinco casos, tem que ser vista com outros olhos a saúde mental para talvez a gente evitar, não chegar a essa quantidade de suicídios né[...] Com certeza essas pessoas já vinham mostrando sinais e sintomas da doença e do que eram capazes de fazer com si próprio, é justamente por falta de conhecimento da população[...] Talvez essas pessoas venham demonstrando esses sintomas há anos e familiares desconhecem a doença e faz pouco caso, ah, isso é frescura, é preguiça, a pessoa tá com depressão, teve uma raivinha, um stressinho, vai passar, e geralmente não passa né?... Mas com certeza essas pessoas demonstraram sinais desse intento, que poderiam chegar a essa situação, de um suicídio.

A ideação suicida e o ato de suicidar-se têm crescido nos últimos anos. Atualmente, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é uma epidemia, uma das principais causas de morte entre os jovens. Comunica a necessidade de um novo olhar em Saúde Mental, atento ao humano na sua existência em desespero e sofrimento. Realça o papel da equipe multiprofissional e a responsabilidade da Atenção Básica na abordagem às demandas em Saúde Mental.

A compreensão sobre a doença, inserida no modelo biomédico, evidencia a anormalidade ou o mal funcionamento de órgãos. Nessa compreensão, o sofrimento se empresta à objetividade do pensar moderno. A racionalidade do campo sanitário vê no biológico, a possibilidade de entender a *dor da dor* de quem procura sentido para o acontecimento de si junto a outros. De certo, a dimensão existencial é refratária as/às classificações categoriais que auxiliam os diagnósticos em psicopatologia. Importa realçar que doença: “é um processo complexo, social, existencial, interacional e simbólico, qualquer ação terapêutica que não possa deslumbrar um olhar amplo de possibilidades, fracassará na sua eficácia” (PELIZZOLI, 2011, p. 26).

A finitude humana nos expõe ao limite de nossa compreensão objetiva, o saber decorrente do conhecimento científico não nos ajuda a lidar com o fenômeno da angústia, de sermos, radicalmente, lançados à morte, de modo intransferível. Nesse sentido, suicídio não é da ordem de uma experiência de adoecimento, relaciona-se com a vida, com o desejo de vivê-la nos modos idealizados de ser. Uma manifestação do desassossego humano. Nessa compreensão, Dutra (2018, p. 125) ajuda:

Um último e desesperado movimento de se resguardar uma liberdade, a de poder-ser na abertura, nem que seja mergulhando para o horizonte infinito do mar, ou para o espaço, numa última tentativa de liberdade, de acolhimento, a partir de um gesto que guarda um sentido de morada, de passagem, nem que seja para a morte. A paz apaziguadora em não ter que viver.

Considerações Finais

O estudo mostra que os profissionais se encontram em travessia de uma prática guiada pelas políticas públicas para uma outra que possa atender ao que lhes solicita na atenção clínica. Inquietam-se nas escutas que realizam; sobre o que estão fazendo e o que poderiam fazer em Saúde Mental. Percebem que as respostas às demandas precisam inserir nuances do viver em cidadania. No entanto, compreender essas dificuldades parece não ser suficiente para superar desafios; ainda não há clareza sobre o fazer nas atuações. Importa ensaiar uma compreensão crítica sobre o pensar operacional predominante nas atuações em saúde, na procura de clarificar sobre a racionalidade técnica, referencial que vem atravessando as abordagens clínicas em territórios.

De acordo com Sá e Barreto (2011), a compreensão do ser do homem como existência possibilita o fazer diferenciado na clínica. Desse modo, a compreensão do homem não pode ser reduzida as suas faces orgânicas, sociais e psicológicas. O sofrimento humano não é da ordem da objetividade das ciências. Nesse sentido, é preciso estar atento para não encaminhar terapêuticas somente a partir de representações técnicas. Assim, importa realçar “o exercício da atenção e do cuidado livre de expectativas, em que o outro é convidado a uma lembrança de si como pura ‘existência’ para, a partir daí, perspectivar seus limites e suas possibilidades mais próprias e singulares” (SÁ; BARRETO, 2011, p. 392).

À guisa de consideração, este estudo procurou contribuir com reflexões sobre as práticas de atenção em Saúde Mental. A intenção foi de realçar um redimensionamento das práticas que permita pôr em apropriação conceitos e diretrizes de políticas públicas que, quando não refletidas, podem deixar míopes os seus atuantes para o que se mostra no âmbito de uma clínica ampliada. Nos procedimentos de atenção, importa ser presença comprometida com o outro que se anuncia como cuidado numa atenção ao acontecimento de si como existência.

Nesse sentido, junto a ele, é preciso atuar por um saber sensível que o acompanha “na tarefa de apropriar-se daquilo que sabe pré-ontologicamente, possibilitando, na sua situação concreta e totalmente singular, que se compreenda e assuma o que ele é, em seu estar-lançado e o que pode ser” (SÁ; BARRETO, 2011, p. 392).

Referências

BARRETO, C. L. B. T. **Ação clínica e os pressupostos fenomenológicos existenciais**. 2006. 218 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

BARRETO, C. L. B. T.; PRADO, R. A. A.; LEITE, D. F. C. C. S. Hermenêutica Filosófica de Gadamer e Pesquisa em Psicologia. In: Cabral, B. E. B.; Szymanski, L., Moreira, M. I. B., Schmidt, M. L. S. (orgs.). **Práticas em pesquisa e pesquisa como prática: experimentações em psicologia**. Curitiba: CRV, 2019. p. 49-66.

BENJAMIN, W. O Narrador: Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: BENJAMIM, W. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 197-221.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: 05 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998**. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html. Acesso em: 04 abr. 2018.

CASTEL, R. **A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones?** Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CARDINALI, I. E. Heidegger: O estudo dos fenômenos humanos baseados na existência humana como o ser-aí (Dasein). **Psicologia USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 249-258, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420135013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n2/0103-6564-pusp-26-02-00249.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2018

CAMPOS, W. S. **Saúde Paidéia**. 4. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, p. 371-378, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a18v07n2.pdf>.

DUTRA, E. Suicídio e desassossego: Pensamentos sobre a morte voluntária em tempos de téc-

nicas. In: Dutra, E. (org.). **O desassossego humano na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Via Verita, 2018. p. 103-126.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2011.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HEIDEGGER, M. **Ensaio e conferências**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. Apresentação. In: Gomes, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês, 2014.

MINAYO, M. C. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PELIZZOLI, M. **Saúde em novo paradigma: Alternativas ao modelo de doença**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

RODRIGUES, J. T. **Terror, medo e pânico: manifestações da angústia no contemporâneo**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

SÁ, R. N.; BARRETO, C. L. B. T. A noção fenomenológica de existência e as práticas psicológicas clínicas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 3, p. 389-394, 2011. DOI:<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300011>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n3/a11v28n3.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2018.

SANTANA, A. M.; SIQUEIRA LEITE, D. F. C. C. Ressonâncias da Fenomenologia Existencial no contexto da saúde. In: BARRETO, C. L. B. T. (coord.); SIQUEIRA LEITE, D. F. C. C.; SILVA, E. F. G. (orgs.). **Clínica psicológica e sofrimento humano: uma perspectiva fenomenológica existencial**. Curitiba: CRV, 2018. p. 113-128.

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: DENZIN, N.; LINCOLN, I. S. (orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 193-217.

TRANSTORNOS mentais estão entre as maiores causas de afastamento do trabalho. **Revista Proteção**, Novo Hamburgo, 18 abr. 2019. Disponível em: <https://protecao.com.br/imp-noticia/imp-noticia-geral/transtornos-mentais-estao-entre-as-maiores-causas-de-afastamento-do-trabalho/>. Acesso em: 17 out. 2019.

Recebido em 18 de outubro de 2020.

Aceito em 18 de maio de 2021.