



REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM TERRITÓRIO SANITÁRIO: POSSIBILIDADES COMPREENSIVAS À LUZ DA FENOMENOLOGIA

PSYCHOSOCIAL ATTENTION IN SANITARY TERRITORIES: COMPREHENSIVES POSSIBILITIES

Geane Vieira de Melo 1
Ana Maria de Santana 2

Resumo: Trata-se de um estudo realizado na Rede Pública de Saúde, cujo objetivo é contribuir com a atenção em saúde mental no Agreste de Pernambuco, a partir da compreensão do fluxo do usuário na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Busca-se problematizar o percurso do usuário na RAPS na referência e contrarreferência entre serviços assistenciais. A metodologia advém da pesquisa qualitativa a luz da fenomenologia. Os participantes foram profissionais das unidades básicas de saúde, de ambos os sexos, com atuação na saúde pública, há pelo menos quatro anos. As narrativas profissionais evidenciaram resistência frente às mudanças requeridas pela Política Nacional de Saúde Mental, sinalizando pouca interlocução entre os serviços da Rede de Saúde. À guisa de considerações, encontram-se resquícios de uma cultura manicomial centrada na perspectiva biomédica, embora já se encontrem nos discursos subsídios de uma clínica ampliada. É preciso redimensionar a promoção do cuidado junto ao usuário do CAPS numa abordagem em que a escuta seja reveladora do acontecimento de si, próxima ao sentido de conduzi-lo a compreender suas experiências à procura de qual direção a tomar na existência, deixando à vista o que lhe é próprio – sua existência em jogo.

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

Abstract: This study was intended to contribute to mental health care practices in family health units in the referral and counter-referral process based on clinical experience in the process of deinstitutionalization in a psychiatric unit. The objective was to understand mental health care in a municipality in Agreste Pernambucano, based on the user's flow in the Psychosocial Network, and which can signal gaps in the monitoring of the user between services. Professionals were restless signaling changes in the know-how in Mental Health. It is necessary to foster dialogues in the construction of collective practices and strategies. The CAPS' egress is not being assisted in the territory in a way that can protect his suffering. It is necessary to resize the promotion of care with him in an approach in which listening reveals the event of himself in existence.

Keywords: Mental Health. Phenomenology. Basic Mental Health Care.

-
- 1 Psicóloga. Mestre em Psicologia e Saúde Mental (UPE). Especialista em Saúde Mental, Álcool e outras drogas (ESUDA). Coordenação de Saúde Mental dos Municípios de Garanhuns e São João/PE. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6284863177917913>. E-mail: geanevieiramelo@gmail.com
 - 2 Pós-doutora em Fenomenologia, Hermenêutica (UFPE). Doutora em Psicologia Clínica (UNICAP). Mestre e Especialista em Psicologia (UNICAP). Professora Adjunta do curso de Psicologia da UPE. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0535411679998122>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6029-6550>. E-mail: ana.santana@upe.br
- 

Introdução

Esse estudo decorre de uma pesquisa realizada na Rede Pública de Saúde, a qual teve como objetivo contribuir com a Atenção em Saúde Mental na Região do Agreste de Pernambuco, a partir da compreensão do fluxo do usuário na Rede Psicossocial. Nessa intenção, procura-se contribuir com as práticas de Saúde Mental nas Unidades de Saúde da Família (UBS), ao problematizar o percurso do usuário na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na referência e contrarreferência entre serviços assistenciais. A hipótese elaborada é de que na experiência clínica, no processo de desinstitucionalização em uma unidade psiquiátrica, encontra-se resistência da comunidade frente às práticas antimanicomiais.

Na visão de levar adiante uma discussão fértil sobre práticas de cuidado em saúde mental, recorreremos à narrativa de profissionais da atenção primária em saúde mental como via à compreensão do que se revela na trama de suas atuações. Parafraçando Schmidt (1990, p. 70), no que se refere às investigações de cunho fenomenológico hermenêutico: “cabe ao pesquisador colocar-se, então, mais como um recolhedor da experiência, inspirado pela vontade de compreender, do que como um analisador à cata de explicações”. Nesse sentido, ao lume das narrativas, entendemos que, em saúde mental, é preciso rever horizontes compreensivos sobre cuidado, território, circulação de afetos, entraves culturais, social e familiar nas práticas de atenção.

Atualmente, observamos que a desinstitucionalização de práticas manicomiais, tanto na Unidade de Saúde quanto nas atuações territoriais, ainda não foi finalizada. Sendo assim, reafirmamos a promoção do cuidado à sua luz, mesmo ciente dos entraves culturais à compreensão do sofrimento. É preciso lidar com as feridas de quem foi enclausurado, com as insatisfações em cidadania, com os discursos imaginários sobre a crise humana no binômio saúde/doença, centrado na clínica de órgãos, como acentua Merhy (2007).

Paira uma frustração quando nos deparamos com o empoderamento da autonomia do técnico da saúde, centrado em sintomas, desconsiderando, por vezes, a existência de quem busca amparo nas instituições de saúde, parafraçando Santana (2017). Mediante o contexto e as práticas tradicionais de cuidado, realçamos a importância das intervenções do CAPS nos territórios sanitários, enquanto agência de cuidado que envolve diálogo e vínculos com os comunitários, enquanto via de intervenções clínicas, numa práxis extramuros e intersetorial.

Tal proposta fortalece o que preconizam as políticas públicas sobre o matriciamento, que tem por objetivo dialogar com o usuário em rede comunitária (CAMPOS, 2012). É impactante um território não se perceber com estratégias compartilhadas de cuidado em saúde mental, pois o que vemos são protocolos de uma clínica ambulatorial sendo exercida na atenção básica frente às demandas de sofrimento, vistas de forma isolada. Nesse sentido, cabe refletir: Qual a compreensão sobre práticas de saúde mental em territórios sanitários?

Esse estudo tem relevância por eleger a experiência clínica de profissionais em Saúde Mental, ao se encaminhar para refletir sobre suas intervenções, contribuindo com as práticas de atenção em contextos sociais, pondo em tensão tematizações teórico-explicativas da formação em saúde com o saber subsidiário das experiências clínicas. Outra relevância se diz da possibilidade de ampliar horizontes compreensivos, podendo contribuir com a gestão de saúde no que tange a ofertas de serviços qualificados para a população. Em relação aos ganhos no campo científico, o estudo traz realces importantes sobre a práxis, uma vez que articula conhecimento e saber de experiência, ao refletir sobre a promoção do cuidado em Saúde Mental.

Metodologia

Os instrumentos metodológicos para atender à questão norteadora do estudo foram provenientes da pesquisa qualitativa, modalidade de investigação voltada para o estudo de fenômenos não quantificáveis, tais como: significados, motivações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2009). Nesse sentido, evidencia o caráter próprio do agir clínico, considerando que, ao se abrir espaço para que alguém conte sua experiência clínica, aí mesmo ocorre a oportunidade de elaboração de significados do saber-ofício de profissionais na Atenção Primária em Saúde Mental.

Inspirado na Fenomenologia, o estudo implica num fazer ouvir e refletir em ação, criando

sentido. Prioriza o olhar fenomenológico que possibilita o desvelamento da teia de nexos que envolve a trama da atuação clínica em saúde, levando à reflexão e ao reconhecimento nas interpretações, às problemáticas apresentadas, percorrendo a trilha do sentido e não do conteúdo. Nessa perspectiva, o estudo recorreu à experiência dos profissionais relativa à prática clínica, através de depoimentos orais.

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde de um dos municípios do Agreste de Pernambuco. Essa rede assistencial de saúde pública dispõe de trinta e quatro Unidades de Saúde da Família, distribuídas entre as zonas urbana e rural, quatro equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial tipo III, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas tipo II, duas Residências Terapêuticas, um Hospital Regional e um Ambulatório de Especialidades. Os colaboradores do estudo foram profissionais de saúde, de ambos os sexos, trabalhando nesta cidade há pelo menos quatro anos. Como critério de inclusão, elegemos ser profissional integrante de uma Unidade Básica de Saúde da zona urbana e querer comunicar sobre sua experiência clínica. Como critério de exclusão, profissionais que ultrapassar a faixa etária estabelecida, não possuindo o tempo mínimo exigido de atuação e que não querer comunicar sobre sua atuação.

Os instrumentos metodológicos para coleta de dados foram: Entrevista Narrativa e o Diário de Campo de uma das pesquisadoras, além da cartografia nos territórios sanitários pesquisados. A Entrevista Narrativa acena para a elaboração da experiência de quem se apresenta narrador de fatos testemunhados vivenciados (FLICK, 2009). Lembrando Benjamin: “A experiência que passa de pessoa a pessoa é a fonte a que recorreram todos os narradores. E entre as narrativas escritas, as melhores são as que se distinguem das histórias orais contados pelos inúmeros narradores anônimos” (1994, p. 198).

Outro instrumento utilizado foi o Diário de Bordo, recurso metodológico decorrente da noção etnográfica do Diário de Campo. Nesse modo, revelou sinalizações da experiência da pesquisadora em sua prática clínica na saúde. Como assinalam Aun e Morato (2009 p. 123): “Diário de Bordo é feito por um protagonista, a próprio punho, disposto a compartilhar uma experiência. Comunicando algo vivido e sentido. Um diário é um tecer de muitas histórias interligadas”. Portanto, diário de bordo “[...] não são apenas possibilidades de restituição da historicidade de uma pesquisa, são também, o narrar a biografia da experiência de um profissional, na perspectiva de quem comunica como ocorreu o revelar-se do outro a esse profissional pesquisador” (ibidem).

A narrativa, contendo os relatos orais, foi a via de registro e de comunicação da experiência relacionada aos atendimentos no cuidado em saúde mental. Nesse sentido, os relatos foram concebidos como elementos pertencentes à região dessa experiência, decorrentes do processo vivido e evocado pelas pesquisadoras ao fazer o pedido: Você pode me contar sobre sua experiência no exercício da prática clínica em territórios sanitários, na Atenção Primária em Saúde Mental?

Foram realizadas duas entrevistas com os profissionais, sem duração estabelecida, em encontro individual. Um encontro para a escuta da narrativa e outro para a devolução e confirmação dos dados literalizados. A entrevista foi gravada em áudio, com autorização prévia, posteriormente, os depoimentos gravados foram transcritos. Não foram realizadas operações de fragmentação, nem de decomposição na análise dos relatos. O passo seguinte foi a literalização do texto – transformação das expressões cotidianas em linguagem própria e específica do intérprete/pesquisador, dando ênfase à compreensão de conteúdos sobre a experiência relacionada ao objeto da pesquisa. Em seguida, os depoimentos literalizados foram devolvidos aos colaboradores para que pudessem confirmar, acrescentar ou subtrair o que lhes parece mais representativo. Após a transcrição das falas, os áudios foram extintos.

No que concerne à análise dos dados, o estudo seguiu a noção interpretativa de Gadamer para o entendimento deles. Denzi (2006) esclarece que há três posturas epistemológicas que favorecem a investigação qualitativa, uma delas é a hermenêutica gadameriana. Nesse sentido, acentua-se a compreensão e a interpretação como fenômenos da experiência humana de mundo.

Importa lembrar que Gadamer, ao informar sobre como se dá a compreensão humana, toma como lume a fenomenologia hermenêutica de Heidegger, que concebe linguagem levando algo a des-ocultação, âmbito em que o objeto da experiência se constitui (SANTANA, 2017). Desse modo, o diálogo com o profissional, acerca de sua experiência clínica em saúde, será visto como

acontecimento que viabiliza a aventura de des-cobrir, atribuindo sentido ao vivido, sinalizando possibilidades compreensivas da prática em saúde mental.

Descrevemos, em seguida, o jogo hermenêutico visto no diálogo entre os colaboradores do estudo e as pesquisadoras. A hermenêutica da experiência implicada nas relações de cuidado, no cerne de uma rede psicossocial, em ações de matriciamento, reuniões de grupos de trabalho e ações intersetoriais. Damos início, a seguir, às discussões realçando a circulação da palavra e dos afetos, nos modos de atenção informados.

Resultados e Discussões

Na intenção de preservar o sigilo das profissionais envolvidas neste estudo, os nomes das participantes mencionadas são fictícios - Larissa; Antônia e Maria. A seguir, informamos sobre o que dizem, dialogando com elas os sentidos elaborados acerca do saber-ofício em saúde. Segue abaixo o diálogos com as narrativas.

Larissa – Integração dos serviços

Médica, atua na unidade de saúde há cinco anos.

Larissa: *O acolhimento aqui [...] existe muita procura sim, em relação aos pacientes de saúde mental, o CAPS, graças a Deus aqui, oferece um apoio muito grande, então, a gente tem muita gente que faz acompanhamento lá [...] normalmente. Os que vêm pelo menos vem a minha procura aqui, a gente faz a manutenção do tratamento que está sendo feito lá, então assim: normalmente a gente faz muita renovação de receita, eu sempre quero que o paciente venha, pra que a gente veja se tem necessidade de continuar, muitos eu consigo tirar, outros, eu encaminho, dependendo do grau da doença mental, sabe outras eu encaminho pra lá mesmo, não é de minha ossada né, mas alguns, a gente tenta sempre conversar. Encaminho muito também para a psicologia, que também não é muito fácil, mas a gente encaminha... aqui tem um psicólogo, mas acho que só vem duas vezes ao mês, eu acho... então é bem concorrido... mas eu acredito que é isso [...]*

Compreendemos que Larissa informa sobre a renovação de receita como procedimento de atenção ao usuário egresso do CAPS. Esse modo de assistir encontra-se no imaginário da população e do técnico da saúde, considerando que muitas pessoas fazem uso indiscriminado de medicação. Reconhece a necessidade de reavaliação da receita e a manutenção do acompanhamento na unidade de saúde.

Ela realça o cuidado em clínica ambulatorial, reconhecendo o CAPS como dispositivo que a apoia na atenção à crise em saúde mental. No depoimento, informa dificuldades que a rede enfrenta em relação ao número reduzido de profissionais frente às demandas da comunidade que requerem assistência de psicólogos, não sendo fácil o acesso a eles.

Daí, pensar a necessidade que o município sinaliza de ampliar o número de profissionais da saúde mental, fortalecendo intervenções junto ao usuário nos territórios de saúde. Notícia sobre as longas filas de espera nos ambulatórios do Município, vez que nas altas dos egressos do CAPS, é preciso um acompanhamento contínuo do usuário. Lacerda e Moretti-Pires lembram que:

O acolhimento deve ser organizado para promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento

com base em riscos, vulnerabilidade priorizados e buscando adequação da capacidade resolutive (2013, p. 54).

Dando continuidade,

Pesquisadora: *Vocês têm conhecimento dos egressos do CAPS?*

Larissa: *Eu particularmente não [...] normalmente os agentes comunitários daqui são bem efetivos [...] Maria também, que é a enfermeira, ela também é bem ligada, eu não fico sabendo muito, a enfermeira me fala de alguns, mas ela só me fala, se realmente tiver necessidade que eu vá, ou busca ativa, ou vá em casa mesmo, que não tá tão certo, mas é mais ela mesmo essa parte, entendesse?*

A profissional sinaliza exercer uma clínica voltada para a bioquímica dos transtornos mentais, exercendo o modelo biomédico em sua prática, sem, portanto, considerar dimensões sociopolíticas e culturais inseridas nas demandas assistidas. Entendemos que os vínculos estabelecidos entre equipe e comunidade permitem ampliar o horizonte compreensivo de quem solicita amparo no âmbito da promoção do cuidado em saúde mental.

Larissa tem a intenção de assistir, porém delega a outros profissionais atribuições que competem à equipe da atenção básica – transitar por ações transdisciplinares, acolhendo demandas para o cuidado, versando a inclusão social de quem se encontra em sofrimento no campo da saúde mental.

Nessa perspectiva, remete ao que Lopes e Gomes (2013) reporta quando realçam que a prática de cuidado “deveria ser inteiramente reformulada no sentido de um trabalho cotidiano e efetivo de equipe interdisciplinar articulado com a atenção básica e a rede de serviços relacionados às demandas de ajuda” (p. 503).

Pesquisadora: *É corriqueiro que eles procurem o serviço?*

Larissa: *Sim, é porque existe uma cultura centrada na medicalização [...] os dois [...] inclusive a semana passada, tiveram dois pacientes jovens, referindo uma tristeza profunda, teve um que quem veio foi a mãe [...] tive que ir na casa dela, foi feito o acolhimento lá mesmo, realmente, ela nem queria sair da cama, eu vejo que tem muita procura [...] se for falar no consultório o povo tem mais preconceito do que aqui no postinho ,como é muito divulgado, o povo acha que todo mundo toma receita azul, e que nem todo mundo é louco, digamos, então [...] acho que eles tem uma procura tranquila, mais aberta, acho que a doença mental mais comum em meus atendimentos é o F 099, acho que é doença mental não especificada [...] pode até ver no relatório [...] é um dos mais comuns, que diabetes, não sei, pressão alta [...]mas talvez mais comum que o diabetes. Eu acho que aqui é bem... muito, a maior doença do mundo, é a mental mesmo, tem muito, a gente precisa de terapia independente de ter uma doença mental [...] então [...]. Nem todo mundo sabe lidar, né? tô vendo um crescimento muito grande de adolescente, tem muito adolescente que vem pra aqui, que diz que tá com qualquer coisa, a gente investiga e não tem nada, que é muito do emocional, então o adolescente, agora parando pra pensar, tem crescido bastante.*

Larissa realça a cultura da medicalização, o vínculo dos egressos com o serviço é atravessado

pela busca de remédios para o que sentem. Reconhece a solicitação de fármacos como uma das demandas frequentes. Na unidade, as renovações das receitas, não ofertam a orientação sobre o uso delas. Ela situa a unidade de saúde como um serviço de porta aberta no qual as pessoas se mostram à vontade por ser mais comum, o acesso é livre de estigmas sociais, por se tratar de um espaço comunitário e se distanciar da ideia de loucura. Informa o aumento elevado de doenças emocionais e a crescente procura de atenção em saúde mental para adolescentes que, de forma significativa, vem sinalizando automutilações.

Da forma como Larissa realiza a prática, parece não exercer um olhar que ultrapasse a racionalidade naturalista no campo da saúde mental. Reconhece a importância da psicoterapia no contexto atual, considerando que as demandas de sofrimento mental têm crescido, alertando para o público infanto-juvenil que vem apresentando sinais de adoecimento. Nesse sentido, Feijoo (2011, p. 96) contribui quando informa: “ao tomarmos a existência como se constituindo pela indeterminação, deslocamo-nos de qualquer tentativa de posicionar o homem a partir de determinações biológicas ou sociais, para nos aproximarmos, assim, da própria existência”.

Maria – Ineficiência dos modelos de atenção em saúde mental

Enfermeira com quinze anos de experiência em unidade de saúde pública.

***Maria:** Bom, sou enfermeira, trabalho aqui há quinze anos nessa comunidade e realmente são inúmeros casos de pacientes com problemas mentais e também pessoas muito dependentes de medicamentos controlados de tarja azul, então assim, é um trabalho desafiador, pra que essas pessoas percebam que de certa forma, elas precisam de um trabalho mais efetivo, do que ficar nas receitas permanentemente, sem passar por uma avaliação do psiquiatra, embora isso no momento seja muito difícil, nos encaminhamentos ao psiquiatra, a demora é muito grande, para que sejam avaliados [...] é difícil também, que nós façamos um grupo de conscientização do uso correto dessas medicações, exceto pacientes que realmente já tomam seus medicamentos por problemas psiquiátricos, já crônicos, que realmente não podem deixar de romper esse tratamento e o que eu sinto de verdade em relação ao trabalho de saúde mental ainda fica muito a desejar, porque são muitas pessoas.*

Maria reconhece a demanda em saúde mental de sua área, afirma o movimento dos comunitários em busca de receitas controladas. Refere a dificuldades de realizar as atividades com familiares e usuários sobre o uso das medicações. Comunica a dificuldade de acesso do usuário ao psiquiatra na avaliação do uso das medicações. Considera em seu trabalho, o desafio de atuar sem o suporte necessário do CAPS.

Nas observações realizadas no território, em relação aos egressos do CAPS, foi visto que eles procuravam as unidades através de um familiar que mediava a obtenção das receitas médicas, muitas vezes, prescritas há um tempo considerável. Os profissionais das unidades não realizam orientação em grupo para o uso de medicação contínua e atividades afins, as quais poderiam abordar os efeitos fármacos e temáticas relacionadas à prevenção em saúde mental (Diário de Bordo da pesquisadora).

Foi observado que os procedimentos de atenção nem sempre são registrados nos prontuários, no que diz respeito às tarefas de prevenção, somente as consultas centradas na medicalização (Diário de Bordo da pesquisadora). Nesse sentido, fica evidente uma clínica para o controle químico dos sintomas, emaranhados no sofrimento. Sofrer diz de um anúncio – *a dor da dor presente na experiência com enfermidade*. No campo da saúde, repercute:

Na produção do cuidado, as necessidades apresentadas pelos indivíduos ou pelas coletividades devem ser “ouvidas” pelos profissionais de saúde e, com base nelas, os projetos terapêuticos serão desenhados visando responder aos princípios de vinculação, corresponsabilização, equidade e integralidade (LACERDA MORETTI-PIRES, 2013, p. 37).

Dando continuidade ao diálogo com Maria,

Maria: *O Município ainda, pelo que percebo, ainda tem uma demanda bastante reprimida, e o pessoal do CAPS, já vieram fazer visitas, no caso, já fizeram o matriciamento de alguns casos, e assim, sempre tem a minha equipe de saúde, sempre estão em alerta com seus pacientes de saúde mental, a gente tem essa facilidade para que eles não fiquem sem os seus medicamentos, realmente eles são acompanhados frequentemente em seus domicílios, porém, ainda falta um quê, assim, nos tratamentos desses pacientes e principalmente o que percebo, pacientes que ficam sem se encaixar no modelo do Caps, já que realmente não há mais os hospitais psiquiátricos e [...] fica como se faltasse um apoio, apenas pra essas pessoas que realmente não se encaixam nas atividades individuais e grupos.*

Maria reporta ao cuidado nos espaços manicomiais e, mesmo recebendo suporte do serviço especializado, aparenta não reconhecer o CAPS como um dos espaços de atenção ao sofrimento. De acordo com a portaria 3.088 da RAPS (BRASIL, 2011), a unidade básica de saúde é uma das estratégias para que o cuidado com o egresso possa ter continuidade, viabilizando o vínculo do usuário com seu território, como uma das possibilidades de atenção. Resta entender: *o que mesmo seria cuidado nesse acontecimento?*

A narrativa de Maria relembra a de muitos profissionais da rede quando se referem às situações de adoecimento no matriciamento em territórios, na maneira como é estranho pensar num cuidado para além dos muros de uma instituição. Pensar em Saúde Mental fora das instituições, transitando em ruas, nos bairros da cidade, mostra ser difícil para alguns profissionais de saúde, nesse sentido, parece se encaminhar para uma clínica crítica, centrada no realce do sofrimento.

Maria: *acredito que assim, a saúde mental ainda tem muito a crescer a desenvolver trabalhos juntos com as equipes, porque as equipes também precisam se especializar, do apoio dos profissionais psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras que é o fator também [...] pra que realmente dessem suporte, porque muitos deles se acostumam com as medicações, tem outros mesmos, que eternizam nos medicamentos: Clonazepam, Diazepam e outras pra que elas vá se desvincilhando dessa prática de apenas ficar nos medicamentos controlados.*

Inclina-se a pensar em novas possibilidades do trabalho realizado com a rede, referindo-se à necessidade de se fortalecer. No entanto, aparenta estar inquieta em relação ao suporte das equipes e menciona a psiquiatria como umas das estratégias, justificando o uso de medicamentos por tempo indeterminado por parte de alguns usuários. Ao mesmo tempo, acrescenta a importância do processo de educação permanente para os profissionais da rede de saúde como fortalecimento para ações nos territórios e articulação da rede intersetorial. Isto faz lembrar CAMPOS (2012) quando informa:

A solução dos problemas de saúde é um fenômeno social e histórico que não pode ser analisado como processo linear e orientado apenas a partir de sinais e sintomas biológicos, apesar de terem sido essa a tradição e a estruturação na maioria dos sistemas de saúde (CAMPOS, 2012 apud LACERDA; MORETTI-PIRES, 2013, p. 11).

Dando continuidade ao diálogo com as narrativas de Maria – Como se dá o acolhimento em saúde mental?

Maria: *Eles procuram a unidade de saúde e vêm com a referência, né? por escrito do CAPS para que a gente possa tomar conhecimento, né? de todo controle do tratamento e acompanhamento constante da equipe do posto né” a gente realmente faz esse cadastro dessas pessoas pra que seja mais efetiva essas visitas com o agente comunitário de saúde, agora como falei: ainda precisa ser desenvolvida alguma prática pra que realmente una mais os laços entre equipe e o pessoal da saúde mental, uma prática interativa na comunidade, junto com o NASF, para que essas pessoas e é isso que na verdade está faltando no momento, né? [...] e que não é fácil para as equipes de saúde também, para que possam desenvolver esse tipo de trabalho com os pacientes psiquiátricos.*

Ela alude às dificuldades quanto ao suporte das equipes de saúde mental no cotidiano da unidade de saúde, não percebe outras estratégias para promover a saúde mental. Entende que as intervenções nos “pacientes psiquiátricos” são exclusivas do CAPS, não visualizando outras possibilidades de atenção para quem demanda cuidado. No imaginário das equipes, falar sobre assistência à saúde mental ainda é uma barreira, o que indica o predomínio de uma ação técnica revestida pela lente naturalista nos procedimentos voltados para os egressos do CAPS, desconsiderando a complexidade que se encontra nas demandas em saúde mental.

Pesquisadora: Vocês têm grupos de saúde mental aqui?

Maria: *NASF desenvolve, está com uma demanda bastante reprimida também [...] é, realmente a demanda fica sobrecarregada para os profissionais e fica realmente a desejar, não tem como, porque eles vão para outras unidades de saúde e não conseguindo efetivar esses trabalhos, em saúde mental junto com os NASF, eles fazem de tudo também, correm para um lado, correm para outro, corre pra cá, e a gente precisa ter eles também pra fazer todo esse trabalho em equipe.*

Maria percebe o NASF como norteador das ações nas estratégias de saúde mental, uma equipe volante que dá suporte às equipes de saúde da família, fortalecendo as ações, contribuindo para as atividades das equipes, exercendo um trabalho multiprofissional. Não vê que os grupos realizados na unidade de saúde podem ser conduzidos pela equipe técnica. Redireciona a responsabilidade de promover o cuidado em saúde mental na atenção básica para a equipe do NASF. Desconhece a importância de uma atividade com a rede intersetorial, em que poderia, nos espaços de fala, conduzir acolhimentos para os egressos a partir do que se mostra em suas lidas diárias.

Pesquisadora: *Você acha que essa questão da saúde mental está centrada na perspectiva medicamentosa?*

Maria: *Com certeza, ainda está centrada na perspectiva desses medicamentos, todo mês vêm pegar, tudo já pronto, ainda não há essa consciência de um trabalho à parte, uma atividade recreativa mesmo que, um atendimento em grupo, isso aí ainda [...] a gente precisa amadurecer essa ideia.*

Há um reconhecimento que as questões de saúde mental ainda estão focadas no uso de medicações, no entanto, desconhece atividades que possam fortalecer e orientar os usuários, como grupos que possam intervir na problemática da comunidade, na conscientização do uso abusivo de medicamentos, assim como envolver atores sociais na promoção do cuidado.

Pesquisadora: *Como você considera sua experiência dentro dos territórios de saúde?*

Maria: *Bom [...] Como eu já havia falado, essa experiência em saúde mental na nossa área de atenção de atendimento, mas nunca tem sido fácil, pra que a gente trabalhe com esse público, porque são tantos grupos: de atenção a gestante, diabéticos, hipertensos, são muitos programas, muitas atribuições, que realmente acaba, que a gente não consegue realmente uma atenção mais específica para esse público de saúde mental, até por que a gente não tem o apoio fixo, é uma vez no mês fulano [...] Uma vez no mês de outro, profissional, depois no outro mês é outro, então fica difícil toda essa equipe trabalhar junto, tem sido difícil.*

Em relação aos grupos em saúde mental, Maria refere à necessidade de apoio. Em seu discurso, realça as metas de atividades que precisam ser atingidas pela unidade de saúde da família.

Pesquisadora: *De acordo com a portaria da RAPS, 3.088 vocês são estratégias em Saúde Mental.*

Maria: *Nós sabemos dessa responsabilidade, mas nós não nos sentimos totalmente apoiados, isso eu vejo muito bonito no papel, mas na realidade é diferente, é como falei: tem pacientes psiquiátricos aí que estão ficando muito sem atenção, porque é difícil, o familiar não quer, não consegue ter controle sobre essa pessoa [...] esses pacientes acabam se machucando por aí afora, então assim, ainda é viável para alguns pacientes, outros não [...] já melhoraram bastante com o acompanhamento do CAPS, não querem nem alta, mas acho que ainda fica uma lacuna em saúde mental para esse tipo de paciente mais grave.*

É trazida uma crítica ao modelo da RAPS, referindo-se a uma necessidade de controle sob os usuários em saúde mental. Compreende que a reforma psiquiátrica deixou lacunas por não conseguir controlar os usuários em sofrimento psíquico. Acredita que o CAPS não alcança as demandas crônicas em saúde. Qual o sentido de controle que Maria está realçando? Observamos que os profissionais, em suas experiências, precisam ocupar um novo lugar na rede de atenção psicossocial, onde os serviços se reinventem para dar lugar ao usuário enquanto protagonista de sua existência (Diário de Bordo da pesquisa).

Pesquisadora: *Qual seria o dispositivo eficiente para esse*

cuidado?

Maria: *Bom, eu vejo assim: o CAPS ele é uma instituição menor, se tem um atendimento 24 horas, certo, mas a questão é desses pacientes mesmo, que você só faz medicar, ele se acalma, depois vai embora, e o problema continua, mesmo com essas questões de hospitais ter sido já desativado, precisa humanizar esses serviços no sentido [...] o CAPS ainda é muito pequeno para absorver os tipos de problemas, é assim...o CAPS é como se fosse uma pequena sala de um hospital psiquiátrico onde você, todo paciente ali ficou em observação e foi embora, então, eu realmente assim, é o que eu consigo ainda ver... que ainda tá faltando, para dar suporte a esses pacientes.*

Não acha resolutiva a proposta dos leitos do CAPS 24 horas, compara com uma sala pequena de um hospital psiquiátrico. Observa que a dificuldade em sua experiência nos territórios está relacionada ao sentido de cuidado em que o adoecido não tem acesso a cidadania, sendo assim, um sujeito apenas de sintoma. Não compreende que o manicômio se estende para além dos muros de uma instituição psiquiátrica.

Pesquisadora: *Você concorda com a desinstitucionalização psiquiátrica?*

Maria: *Concordo com a desinstitucionalização psiquiátrica, mas eu também concordaria se houvesse um lugar maior, humanizado....é.....com uma assistência qualificada, certo.... porquê sei que tem pacientes que não se enquadram no caps....eles não se enquadram....eu vejo paciente de drogas, por exemplo: que ele não tem mais o auto controle, ele não tem mais controle de si mesmo, como ele vai responder aos atos dele” ele entra no estágio, que ele começa a roubar, ele é capaz de matar pra ter a droga dele....ele já fugiu desse controle, o que se vai fazer com esse paciente” aí quando se fala em internar o paciente que já perdeu a capacidade de consciência que ele precisa se tratar, eu seria a favor, porquê se fosse um filho meu, tá entendendo” eu trancava ele, nem que fosse pra tirar ele dessa situação, paciente assim, não tem capacidade de pensar por ele próprio, apesar de ser desumano, mas, o que é pior do que ser desumano” você..... internar o paciente que não consegue resolver os problemas por ele próprio... ou então deixar ele morrer a míngua, eu acho pior, a segunda opção, essa é a minha opinião.*

Eu penso umas coisas muito diferentes, sabe” eu não sou a favor do hospital como era antes, mas também, do jeito que tá agora, não resolver, eu penso assim, principalmente a política nacional antidrogas, eu já tenho outra percepção em relação a isso, eu acho que chega um momento da vida desse usuário, que ele não tem condições de agir por si próprio, pra poder de certa forma, fazer um tratamento adequado para ele.

Percebe que o manicômio é o espaço de atenção à crise de forma resolutiva, referindo-se como “um lugar maior”. Compreende a RAPS como estratégia insuficiente para o cuidado em saúde mental. Não considera as estratégias comunitárias da RAPS, assim como não pensa realizar acolhimentos que viabilizam vínculos do usuário com o seu território de saúde. Ela avalia que o formato do manicômio deveria ser mais humanizado, no entanto, é contraditório, vez que o sujeito no âmbito manicomial não consegue exercer seu desejo e autonomia, como sinaliza Basaglia (1985, p. 273) – “O enfermo, logo que é internado no hospital, é definido como *doente*, e todas

as suas ações, participações e reações são interpretadas e explicadas em termos de doença”. Na vida institucional o adoecido é, irreversivelmente, objetivado pela doença, o que justifica a relação objetivante com ele no plano terapêutico.

Os recortes de Maria sobre a medicalização nos remetem a uma cultura centrada na sintomatologia para a promoção do cuidado, sem considerar uma clínica voltada para a integralidade do paciente. Faltar rever a importância do projeto terapêutico singular nas possibilidades de atenção ao egresso em seu espaço comunitário.

Considerações Finais

O estudo acentuou a compreensão da experiência clínica dos profissionais das unidades básicas, na visão de entender o sentido que elaboram acerca da atenção em saúde mental, no âmbito da atenção básica.

Sendo assim, foi possível entender que os profissionais se encontram na travessia de uma clínica biomédica para uma outra que se ilumina numa concepção integrativa psicossocial, com realce para uma escuta ampliada, enquanto vetor à promoção do cuidado. Torna-se evidente que o vínculo do egresso com as equipes de saúde se reduz ao viés da medicalização por meio da prática de renovação das receitas médicas, sem recorrer para uma reavaliação profissional delas.

Apesar da predominância da compreensão naturalista entre os profissionais, o estudo assinala a necessidade de amparar os egressos do CAPS por outras possibilidades de atenção e de redimensionar a clínica. Outra questão, é sobrecarga de protocolos e metas solicitados pela gestão, que acaba por impedir atividades de cunho psicossocial, não dispondo de tempo para demandas da RAPS.

Importa considerar que algumas equipes das unidades básicas de saúde não compreendem que suas atividades, sendo clínicas, precisam alcançar outras dimensões do adoecer, do sofrimento que demandam acolhimento, escuta e intervenção por parte da equipe. O olhar para o comunitário de forma integral ainda é incipiente, mesmo reconhecendo as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para esses modos de atendimentos.

As equipes sentem-se despreparadas para intervir em situações que anunciam o padecer em saúde mental, referem, em seus discursos, precisar de apoio nas intervenções de atenção à crise. Os dispositivos da rede, para alguns, ainda é desconhecido e o diálogo intersetorial encontra-se enfraquecido. Sendo assim, revelam resquícios de uma cultura hospitalocêntrica que, por vezes, criminaliza o adoecido e olha de modo segregado para quem necessita de amparo dos serviços do SUS.

As unidades oferecem atenção em saúde mental guiadas por um saber-prático atravessado por uma clínica biomédica, realizada não apenas por profissionais médicos, mas por outros que compõem a equipe de saúde. Nesse sentido, precisam redimensionar a clínica ambulatorial instituída uma vez que não visam à integralidade do cuidado. Nessa esteira compreensiva, implica dizer que é preciso fomentar diálogos na construção de práticas e de estratégias coletivas, bem como ações em educação permanente como possibilidade de amparar a crise do humano.

À guisa de finalização, o egresso do CAPS não está sendo visto em seus territórios de modo que possa ser amparado em seu sofrimento. É preciso redimensionar a promoção do cuidado junto a ele numa abordagem em que a escuta seja ampliada e reveladora do acontecimento de si, numa clínica “próxima ao sentido de conduzir algo à vigência, quando se requer compreender as experiências, à procura do que fazer de si, qual direção a tomar na existência, deixando à vista o que lhe é próprio – sua existência em jogo” (SANTANA, 2017, p. 129). Decerto, outras possibilidades compreensivas se encontram neste estudo. O que aqui se mostrou revela uma abertura compreensiva das autoras frente ao amparo do egresso do CAPS, quando ele chega ao território após sua alta.

Referências

- AUN, H. A.; MORATO, H. T. P. Atenção Psicológica em Instituição: Plantão Psicológico como cartografia clínica. *In: Morato, H. T. P.; Barreto, C. L. B. T.; Nunes, A. P. (coords.). Aconselhamento Psicológico numa perspectiva Fenomenológica Existencial*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. (Coleção fundamentos da Psicologia), 2009. p. 121-138.
- BASAGLIA, F. (Org.). **ScrittiBasaglia I (1953-1968)**: Dalla psichiatria fenomenologica a all'esperienzi di Gorizia. Turim: Einaudi, 1981.
- 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.
- BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 dez. 2020.
- BRASIL. **Portaria nº 3.088** de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- BRASIL, Decreto nº 1651, de 28 de setembro de 1995. **Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm. Acesso em: 20 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.559, de 1º de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 20 ago. 2019.
- CAMPOS, W. S. C.; [et al]. **Tratado de saúde coletiva**. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2012.
- DENZI, N. K. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln; tradução Sandra Regina Netz. – Porto Alegre: Artmed, 2006. 432 p. DESLAURIERS, J.P.; KÉRISIT, M. **O delineamento da pesquisa qualitativa**.
- FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GIANNOTTI, E. M.; FONSECA, F. C. S.; PANITZ, L. M (org.). **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Cidade Gráfica e Editora Ltda., 2015. 166 p. [online]. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/sistemas_informacao_atencao_saude_contextos_historicos.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019.
- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- IBGE. **Estatísticas. Brasil/Santa Catarina/Araranguá-SC**. Portal do Governo Brasileiro. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/ararangua/panorama>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- LACERDA, J. T.; MORETTI-PIRES, R. O. **Processo de trabalho na Atenção Básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <https://uniasus2.moodle.ufsc.br/course/view.php?id=233>. Acesso em: 29 out. 2019.
- MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgão: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde, desafios para os modos de produzir o cuidado centrado nas atuais profissões**. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2007.
- MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. *In: DESLANDES, S. F. Pesquisa social: teoria, método*

e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

POUPART, J. et. al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2ª Ed., Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 127-153. (Coleção Sociologia).

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2013. 276 p. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2019.

SANTANA, A. M. **Contribuições da fenomenologia existencial à prática psicológica em saúde**; orientador Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto, 2017. 140 f

SANTA CATARINA, Lei Nº 17.066, de 11 de janeiro de 2017. **Dispõe sobre a publicação, na internet, da lista de espera dos pacientes que aguardam por consultas (discriminadas por especialidade), exames e intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos estabelecimentos da rede pública de saúde do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis: Assembleia Legislativa. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17066_2017_lei.html. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação 047/CIB/2016. Retificada em 28 de novembro de 2018. **Aprova as Diretrizes para operacionalização das Centrais de Regulação Ambulatoriais no Estado de Santa Catarina**. As diretrizes deverão ser utilizadas por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais implantadas no Estado de Santa Catarina a partir da data. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/deliberacoes-portarias/deliberacoes-regulacao-2016/12905-deliberacao-n-47-cib-16-diretrizes-para-operacionalizacao-das-centrais-de-regulacao-ambulatoriais/file>. Acesso em: 20 ago. 2019.

SCHMIDT, M. L. S. **A experiência de psicólogas na comunicação de massa**. Tese de doutorado não-publicada, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

SILVA, E. L.; MENEZES, M; **Estera Muszkat**. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 4 ed. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf. Acesso em: 29 ago. 2019.

SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: Castro, I. E.; Gomes, P. C. C.; Corrêa, R. L. (orgs.). **Geografia: conceitos e temas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

VIACAIA, F.; OLIVEIRA, R. A. D. de; CARVALHO, C. de C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 08 mar. 2019

Recebido em 19 de dezembro de 2020.

Aceito em 11 de outubro de 2022.