

A saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família no Brasil

Simone Paulon¹

Rosane Neves²

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Magda Dimenstein³

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Henrique Nardi⁴

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Omar Bravo⁵

Universidad Icesi, Colômbia

Vanessa Almira Brito de Medeiros Galvão⁶

Ana Kalliny de Sousa Severo⁷

Rafael Figueró⁸

Universidade Potiguar, Brasil

Resumo

São discutidas as concepções sobre saúde mental e loucura e os modos de funcionamento das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) associadas a essas concepções em duas unidades da rede básica de saúde das cidades de Natal –capital no nordeste brasileiro- e Porto Alegre –capital do extremo sul do país. O referencial teórico-metodológico da análise institucional foi utilizado para tratamento das informações levantadas através da realização de 40 entrevistas com os profissionais da unidade de saúde da família da cidade de Natal e 14 entrevistas na unidade análoga em Porto Alegre. As entrevistas foram baseadas em um roteiro semiestruturado que contemplava concepções acerca da loucura, modos de trabalhar das equipes e estratégias de cuidado utilizadas com usuários da saúde mental que frequentam as duas unidades. Entre os resultados, observou-se a presença de concepções rígidas e preconceituosas em relação à loucura, que a associam com

¹ simonepaulon@gmail.com

² rosane.neves@ufrgs.br

³ magda@ufrnet.br

⁴ hcnardi@gmail.com

⁵ omarlakd@gmail.com

⁶ vanemedeiros@yahoo.com.br

⁷ akssevero@gmail.com

⁸ rafaelpsiufrn@hotmail.com

periculosidade e descontrole e uma forte tendência de apelar à simples administração de medicação psiquiátrica como forma de resolver as demandas em saúde mental. Concluiu-se que os processos de formação revelaram-se como uma ferramenta capaz de produzir transformações nas concepções sobre saúde mental e loucura, possibilitando assim novas formas de funcionamento grupais e institucionais.

Palavras-chave: saúde mental, atenção primária à saúde, reforma psiquiátrica.

Resumen

Se analizan las concepciones sobre salud mental y locura y las formas de funcionamiento asociadas a esas representaciones en los equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en dos unidades de la red básica de las ciudades de Natal y Porto Alegre. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con los profesionales de dos unidades de salud. En Natal fueron realizadas 40 entrevistas, en Porto Alegre, 14. En el análisis de la información se utilizó el referente teórico-metodológico del análisis institucional. Se observó la presencia de representaciones rígidas y prejuiciadas en relación a la locura, que la asocian con peligrosidad y descontrol y una fuerte tendencia a apelar a la simple administración de medicación psiquiátrica como forma de resolver las demandas en salud mental. Los procesos de formación se revelaron como una herramienta capaz de producir transformaciones en las concepciones sobre salud mental y locura, posibilitando así nuevas formas de funcionamiento grupales e institucionales.

Palabras clave: salud mental, atención primaria a la salud, reforma psiquiátrica.

Abstract

Conceptions of mental health and madness and ways of functioning associated with these representations in teams of the Family Health Strategy (FHE) in two units of the core network in the cities of Natal and Porto Alegre are analyzed. This descriptive research was based on semi-structured interviews with professionals of the two units. 40 interviews were made in Natal and 14 in Porto Alegre. The analysis of the information using the theoretical and methodological perspective of institutional analysis. It was possible to observe the presence of rigid and preconceived conceptions about madness, associated with dangerousness and behavioral discontrol. Also, there is a strong tendency to solve mental healthcare needs through the simple administration of psychiatric medication. Training processes were revealed as a tool capable of producing transformations in the

conceptions on mental health and madness, making possible new ways of group and institutional functioning.

Keywords: mental health, basic healthcare, psychiatric reform.

Introdução

A partir das reformas sociais formuladas no processo de redemocratização do Brasil entre os anos 1980 e 1990 são definidas políticas sociais de saúde como parte da constituição da cidadania social, com a reorganização da atenção básica a partir dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tais estratégias visam à reorientação do modelo tradicional, centrado na rede ambulatorial hospitalar e com ênfase na cura das doenças já estabelecidas, para uma forma de assistência na qual seja privilegiada a integralidade do atendimento. A proposta é romper com a lógica medicalizante, verticalizada, individualista, centrada no médico e pouco resolutiva que reinava e ainda hoje se faz amplamente presente no trabalho de saúde desenvolvido no país (Dimenstein, 2004).

Desta forma, busca-se operacionalizar os princípios norteadores das ações do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização. Segundo o Ministério da Saúde brasileiro, estes princípios representam “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (Ministério da Saúde, 2007).

A perspectiva ético-metodológica que rege o trabalho no SUS segue uma orientação relativamente simples, segundo a qual “todo cidadão tem o direito a uma equipe que lhe ofereça cuidados, com a qual pode estabelecer fortes vínculos terapêuticos, sustentáculo de processos de responsabilização no cuidado”. (Pasche, 2008, p. 15).

O objetivo da ESF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças no hospital. Nesta estratégia, a atenção está centrada na família

entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes que com ela trabalham uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas meramente curativas.

A saúde mental na atenção básica

As mudanças ocorridas nos últimos anos no campo da saúde mental acompanham este processo de transformações no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil. Este processo comum parte de uma redefinição dos processos de saúde e doença e da busca por novas formas de intervenção. O paradigma que passa a orientar as políticas públicas de saúde coletiva, tanto quanto a política mais específica de saúde mental, problematiza o modelo hospitalocêntrico, privilegiando a prevenção e a participação comunitária como princípios de intervenção e afirmação dessas políticas.

Este novo modelo de atenção e tratamento em saúde mental convive com práticas vinculadas ao paradigma anterior, caracterizando um momento de transição em que se misturam práticas institucionais muitas vezes controversas. Neste sentido, se destaca a força da cultura manicomial que “possui uma capacidade de regeneração impressionante” (Corbisier, 2000, p. 285).

Dois modos básicos de atenção em saúde mental, apesar de contraditórios entre si, compõem o cenário desta transição: o modelo asilar e o psicossocial. Podemos diferenciá-los a partir de quatro aspectos fundamentais: 1) quanto à definição do seu objeto e meios teórico-técnicos de intervenção profissional; 2) quanto à forma de organizar os dispositivos institucionais; 3) nas modalidades de vínculo que serviços estabelecem com a população e 4) quanto às implicações éticas das práticas que deles resultam. Em contraposição ao modelo asilar, o modelo psicossocial, no qual se baseia a legislação brasileira vigente, coloca o sujeito em sofrimento e não a doença como foco do trabalho, propõe dispositivos organizacionais democratizantes das relações nos serviços, aposta no vínculo como chave para a elaboração de um Plano Terapêutico Singular que orienta o tratamento em uma perspectiva ético-política pautada pelo direito inalienável ao cuidado em

liberdade que é um direito de todo cidadão (Yasui & Costa-Rosa, 2008; Yasui, 2010).

Apesar da saúde mental não constar entre as prioridades estabelecidas pela Portaria N° 648/GM (2006) que regulamenta a Estratégia Saúde da Família, a experiência cotidiana de trabalho na rede básica demonstra que tal aspecto não pode ser desvinculado dos demais problemas de saúde. Entre os problemas psíquicos de maior relevância na população da área de abrangência de uma equipe de Saúde da Família aparecem o alcoolismo, a depressão, as tentativas de suicídio e o uso indiscriminado de fármacos (Breda & Augusto, 2001).

Por estes motivos, há alguns anos existem no Brasil iniciativas para incorporar ações de saúde mental na ESF. Na estratégia denominada de apoio matricial, a saúde mental se constitui como um suporte onde os recursos e ações próprias do seu campo de conhecimento são compartilhados com as equipes de atenção básica, visando ampliar as condições de cuidado e a corresponsabilidade no tratamento das situações (Cavalcante, Pinto, Carvalho, Jorge & Freitas, 2011). O matriciamento, segundo esta lógica, tem por objetivo potencializar atos terapêuticos de cada uma das equipes.

Em função deste cenário, definiu-se como objetivo da pesquisa que fundamenta este texto avaliar as concepções de saúde mental, doença e loucura e as intervenções grupais a elas associadas, tal como se realiza em duas unidades da rede básica de saúde com cobertura de saúde da família, uma em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e outra em Natal, Rio Grande do Norte. Optou-se pela escolha de unidades que não possuíssem qualquer formação específica prévia em saúde mental. Terem acesso a serviços de Saúde Mental dentro da área adscrita, assim como disporem de apoio matricial por profissionais do campo “psi” para discussão de casos eventuais, também foram critérios utilizados na definição das unidades pesquisadas. Ao final do trabalho, e alinhados aos princípios ético-políticos que permeiam as intervenções sustentadas pela análise institucional, tinha-se também o propósito de ofertar um espaço de discussão coletiva dos resultados obtidos, promovendo, inclusive, o intercâmbio dos conteúdos da restituição entre as equipes geograficamente tão distantes, apesar de componentes da mesma rede básica de atenção do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Aproximando campos de pesquisa diversos

No ano 2008, momento da realização da pesquisa, havia em Natal 93 equipes cadastradas no Ministério da Saúde, compostas por um médico, um enfermeiro, um dentista, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário e cinco agentes comunitários de saúde (ACS).

A Prefeitura de Natal contava com dois Centros de Atenção Psicossocial CAPS⁹ II, um CAPSi (para infância e adolescência) e dois CAPS AD (dirigidos a usuários de álcool e outras drogas), duas residências terapêuticas, um ambulatório para tratamento de tabagismo e outras drogas e um de Saúde Mental.

Porto Alegre, no ano 2008, contava com 84 equipes de ESF, distribuídas em 79 unidades básicas de saúde. A ESF do município contava com 359 médicos, enfermeiros e técnicos e 372 ACS, que atendiam a 22% da população (aproximadamente 330 mil pessoas) nos bairros mais carentes da cidade.

A Unidade de Saúde pesquisada em Natal foi criada em 1986; era composta por quatro equipes de saúde da família, todas completas, cada uma integrada por um médico, uma enfermeira, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, dois auxiliares de enfermagem e quatro ou cinco ACS. No total, nela trabalhavam 40 profissionais e seu território de abrangência estava dividido em quatro áreas, de maneira que cada uma delas ficava sob a responsabilidade de uma das equipes. Cada área, por sua vez, estava dividida em microáreas de saúde, sob a responsabilidade de um ACS.

A Unidade Básica de Saúde pesquisada em Porto Alegre foi inaugurada no ano de 2002. Atendia uma população de 5700 pessoas aproximadamente e fazia divisa com um assentamento precário, quase aos moldes de uma favela brasileira, localizado nos fundos da unidade. A Unidade era composta por duas Equipes de Saúde da Família, ambas incompletas, que trabalhavam juntas e indistintamente, compostas por 2 médicos, 2 enfermeiros, 3 técnicos em enfermagem e 7 ACS. Cada um dos ACS atendia uma área em particular, com características sociais distintas.

⁹ Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços ambulatoriais de atenção diária em Saúde Mental criados em 2002 a partir da legislação da Reforma Psiquiátrica brasileira para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. Constituem, portanto, junto aos Serviços Residenciais Terapêuticos e setores psiquiátricos em hospitais gerais, um dos equipamentos fundamentais da Rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos que a lei federal (10.216 de 6 de abril de 2001) propõe extinguir.

A perspectiva teórico-metodológica da Análise Institucional (Lourau, 1995; Lapassade, 1977) orientou este trabalho de pesquisa, que incluiu a oferta de uma etapa de formação permanente vinculada às demandas surgidas nos processos de coleta de informação, caracterizando assim um processo de pesquisa-intervenção. Em relação aos procedimentos de campo, esta metodologia lança mão de técnicas diversificadas, como entrevistas, grupos focais e observações participantes, apontando sempre a possibilidade de ampliar as vozes dos agentes e a visibilidade das práticas institucionais que pretende analisar.

Tal proposição metodológica parte da compreensão do institucionalismo de que todo agrupamento social se produz como efeito da dialética dos grupos, organizações e instituições que o constituem. A sociedade produz formas enrijecidas de organização e funcionamento, que se perpetuam em modos endurecidos de viver, caracterizando, assim, sua faceta instituída (Baremblyt, 1998). Este não é, porém, um movimento linear já que todo coletivo apresenta também uma faceta instituinte que tenciona processos de transformação e rupturas com o que ali se cristalizou. Acredita-se, nesta linha, ser possível instaurar processos de autoanálise e reflexão no interior dos agrupamentos coletivos, na tentativa de agenciar forças, de maneira a produzir o novo, a processualidade e ampliar, com isso, seu grau de transversalidade (capacidades comunicativas que fujam às hierarquias verticalizadas e descolem da mesmice da horizontalidade grupal). Através da Análise Institucional, procura-se compreender a ordem vigente, as forças que a compõem, rompendo com o embotamento desejante nos coletivos e gerando um movimento criativo de uma nova lógica social singular.

A pesquisa, de caráter exploratório, manteve uma lógica qualitativa na análise da informação coletada, já que procurou compreender os fenômenos analisados segundo a perspectiva dos participantes da situação em estudo (Godoy, 1995). Na pesquisa qualitativa, o fato empírico cobra seu sentido no marco das construções dedutivas e/ou configurativas dentro da teoria (González Rey, 1997).

O processo de coleta de informação foi organizado em duas etapas e incluiu a totalidade dos profissionais das duas unidades, que manifestaram o seu interesse

em participar da pesquisa e do momento de formação previsto¹⁰. Na perspectiva da análise institucional, a possibilidade de envolver todos os atores da organização objeto da intervenção permite ampliar a informação e potencializar o momento instituinte que a pesquisa-intervenção também intentava produzir.

A primeira etapa consistiu na realização de entrevistas baseadas em um roteiro semiestruturado¹¹ com todos os profissionais das duas unidades de saúde (40 entrevistas em Natal e 14 em Porto Alegre), versando sobre as condições de trabalho (estrutura dos serviços, equipes) e o cuidado em saúde mental, realizadas entre julho e setembro de 2008. A entrevista realizada a partir de um roteiro semiestruturado permite manter o diálogo centrado sobre temas de interesse predeterminados e, ao mesmo tempo, possibilita o aparecimento de outros aspectos não previstos inicialmente.

A partir da informação surgida das entrevistas foi possível traçar a rede enunciativa na qual se expressaram os diferentes significados que atravessam e constituem as práticas de trabalho nas instituições estudadas. Em Porto Alegre, considerando que o número de entrevistados e a quantidade de equipes da ESF envolvidas na pesquisa eram menores que em Natal, foram realizados também dois grupos focais com a equipe: um com os agentes comunitários e outro com médicos, enfermeiras e técnicos em enfermagem no mês de outubro, além do acompanhamento regular das visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

A segunda etapa consistiu num momento de formação para as equipes da ESF das duas unidades, voltada para a articulação da Saúde Mental na Atenção Básica. Esta formação, sustentada na proposta de Educação Permanente em Saúde, incluiu a discussão dos modos de trabalho como parte do processo de aprendizagem e de produção de conhecimento das equipes. Foi orientada a partir

¹⁰ O projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. O número do parecer de aprovação foi o 026/2007.

¹¹ O roteiro das entrevistas foi composto com três campos que incluíam: a) dados de caracterização do trabalhador, como profissão, tempo de serviço, tipo de vínculo; b) duas questões acerca das condições objetivas de trabalho na unidade –equipamentos e equipe; e c) questões acerca das práticas por ele operadas, entre elas, como identifica casos de saúde mental, quais os procedimentos de que lança mão nesses casos, que tipo de formação dispõe para atendê-los, quais suas principais dificuldades e estratégias mais comumente utilizadas.

das informações obtidas nas entrevistas e nas observações da rotina de trabalho das unidades e ocorreu a partir do mês de julho até finais de outubro de 2008, totalizando oito encontros em cada uma das unidades pesquisadas. Durante esses encontros participaram em média 10 pessoas na unidade de Porto Alegre e 40 na unidade de Natal.

A realização da primeira etapa da pesquisa-análise das entrevistas em Natal, e das entrevistas e grupos focais em Porto Alegre, e a categorização posterior dos dados, permitiu estruturar a análise em torno de dois eixos: 1) as concepções sobre saúde mental e loucura, e 2) as práticas instituídas associadas a essas concepções presentes no cotidiano dos profissionais das Unidades de Saúde analisadas. Os conteúdos que seguem apresentam uma breve sistematização do que esses dados permitiram compreender acerca do modo como a saúde mental habita os dois territórios, mais distantes geograficamente do que em seus modos de trabalhar com saúde.

Resultados e Discussão

Eixo 1: Ainda sobre loucos e monstros

*Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz
Eu juro que é melhor
Não ser o normal
Se eu posso pensar que Deus sou eu.
(Balada do Louco, Os Mutantes).*

Em relação às concepções sobre saúde mental e loucura, uma das primeiras questões das entrevistas pedia para que os entrevistados identificassem casos por eles considerados de saúde mental. Em Natal, as respostas centraram-se no uso de medicamento controlado (e/ou contínuo), na presença de comportamentos estereotipados, como a agressividade, o descontrole e comportamentos bizarros e numa história clínica de distúrbio psiquiátrico. Diante disso, pode-se destacar que em Natal é marcante a presença de respostas apontando uma forte imposição da cultura medicalizada na qual impera o saber psiquiátrico e o preconceito social

relativo à doença mental, ainda muito associada à agressividade, bizarrice, esquisitice, etc. Algumas falas podem ser citadas para ilustrar esses pontos:

“Pacientes na minha área que tomam medicamentos psicotrópicos e que ficam mais em casa e que, quando saem, saem sempre com uma pessoa acompanhando.... Tem uns que mesmo levando o médico até lá é difícil de consultar porque eles se trancam no quarto e não querem sair. Saúde Mental é mais esse pessoal que toma esses remédios, os da receita azul e da receita branca” (Agente Comunitário de Saúde).

“Uma pessoa que chega ao consultório bagunçando, sem pedir licença, fazendo o que ele quer sem estar bêbado, drogado, nem nada, esse é um paciente de saúde mental. Eles não têm uma maneira de diálogo. Eles estão desorientados” (Dentista).

“Eu não ‘tô conseguindo achar a palavra... São pessoas... são pessoas... são pessoas especiais que você reconhece pelo jeito físico, pelo jeito de usar as palavras, pelo comportamento em si... agressivo” (Agente Comunitário de Saúde).

A equipe de Porto Alegre compartilha da mesma cultura patologizante e medicalizadora, porém com respostas mais relacionadas a casos descritos como vinculados a problemas familiares e sociais. Dentro desta ampla caracterização, as associações mais imediatas referiam o uso de drogas, pobreza, desemprego e situações de marginalização. Foram constantemente destacadas também como patologias a depressão e o uso excessivo de medicação psiquiátrica. São ilustrações desta concepção:

“Na minha área está cheio de ‘mentais’. Tem a guria que ta morrendo de tanto crack, aquela louca que abandona os quatro filhos na frente da TV prá se drogar, a velhinha que não sai mais da cama nem prá vir pegar medicação. Pior é que não tenho nada prá dizer prá nenhum deles.... Os casos que aparecem aqui são de conflito familiar, falta estrutura familiar, os pais não estão juntos, os filhos ficam só com um dos pais” (Agente Comunitário de Saúde).

“A gente trabalha em uma área que oferece muitos riscos a saúde mental, falta de emprego, violência, uso de drogas... pobreza, marginalização... desde, por exemplo, uma gestante que está com problemas com o companheiro que está se sentindo sozinha... que o companheiro está preso... está com dificuldade, está se sentindo sozinha em relação à gestação ou a gestante que é casada mas está se separando, está triste, se sentindo sozinha.... sem apoio familiar” (Enfermeira).

Destacam-se na fala dos entrevistados das duas unidades, a noção de periculosidade e imprevisibilidade associada ao doente mental, própria de uma representação histórica da loucura. Em Natal, esta condição de perigoso aparece como uma ameaça presente no interior da unidade e da qual é preciso se livrar. Em Porto Alegre, a noção de periculosidade aparece como externa ao serviço; neste caso o perigo é evitado pelo trabalho dos ACS, que impedem a chegada desses sujeitos à unidade, já que, segundo os próprios agentes, “matam no peito” os casos de doença mental lá nas suas áreas de abrangência mesmo, quando “dão a real” a estes pacientes ou seus familiares de que não adianta buscar ajuda especializada, pois não a encontrarão.

Esta é uma estratégia que reforça uma concepção estereotipada da doença como algo da ordem da “natureza deturpada” dos pacientes psiquiátricos ao mesmo tempo em que aprofunda o preconceito e o distanciamento desses pacientes em relação à rede de atenção que, dessa forma, se mantém demandante da organização manicomial. Destaca-se o lugar da loucura como sinal “distintivo e significativo da pertinência do louco à categoria das classes perigosas”, justificando a sua separação do conjunto social. O dismantelamento do sistema manicomial, como se vê, requer a superação desta intrincada associação historicamente reafirmada nos discursos médico e jurídico entre a noção de loucura e a de periculosidade, caso contrário a loucura seguirá sendo “tratada” como desvio social a isolar e reprimir.

Eixo 2: Enfrentando os monstros: das estratégias e práticas com a loucura

Precisamos resolver nossos monstros secretos, nossas feridas clandestinas, nossa insanidade oculta. Não podemos nunca esquecer que os sonhos, a motivação, o desejo de ser livre nos ajudam a superar esses monstros, vencê-los e utilizá-los como servos da nossa inteligência. Não tenha medo da dor, tenha medo de não enfrentá-la, criticá-la, usá-la.

Michel Foucault.

A uma concepção restrita e moralizada de loucura como a que aparece associada às falas dos trabalhadores escutados nas equipes de saúde da família dos dois extremos geográficos do país, é fácil deduzir que tipo de prática corresponde. Uma vez relacionados como aqueles usuários que representam perigo à integridade da Unidade e da equipe (agressividade, violência, uso de drogas) o encaminhamento primeiro que ocorre aos trabalhadores nas unidades de saúde é o de enviar tais usuários para um hospital psiquiátrico. A díade loucura-periculosidade e seu conseqüente “tratamento” -o isolamento em um hospital especializado- demonstra aí toda força do instituído, reafirmando os valores sociais necessários à manutenção da norma e exclusão desses diferentes, sob o genérico rótulo de “louco-perigoso” do convívio com a sociedade.

Entre os integrantes da equipe de Porto Alegre, a possibilidade de encaminhamento para serviços especializados apareceu como resposta privilegiada para alguns casos, como o dos sujeitos usuários de drogas e os que apresentassem surtos. Na fala de um dos médicos, esses casos se resolvem “com um pouco de escuta e um pouco de fluoxetina”, mas para os agentes comunitários esta nem chega a ser uma estratégia citada. Em suas falas, eles isentam a Unidade de saúde até mesmo desta possibilidade mínima de acolhimento dos casos psiquiátricos. Já em Natal, os casos mais leves (aqueles possíveis de ser resolvidos com a administração regular de medicação psiquiátrica) podem, segundo os entrevistados daquela Unidade, ser resolvidos pela própria equipe, sempre tendo a medicação como resposta privilegiada.

Dentre as equipes das duas unidades, a questão da necessidade do encaminhamento do usuário de drogas a unidades especializadas aparece quase invariavelmente como a melhor solução terapêutica, vinculada também a um imaginário social que entende essa alternativa como a única possível. Entre os entrevistados da unidade de Porto Alegre, foram mencionadas algumas tímidas iniciativas vinculadas à estratégia de redução de danos, que não chegam a ser incorporadas na rotina de trabalho da equipe.

Novamente, aqui se vê um possível obstáculo à criação de alternativas terapêuticas na atenção básica sustentado por concepções herméticas e moralistas da loucura. Conclusão equivalente aparece em estudo realizado em outro estado brasileiro. Uma das principais dificuldades relatadas pelas equipes das Estratégias de Saúde da Família da cidade de Belo Horizonte para a implementação de políticas de redução de danos entre usuários de drogas foi a associação entre uso de drogas e periculosidade feita por vários integrantes das equipes entrevistadas, associação esta que reproduz de alguma forma a suposição do potencial caráter perigoso do sujeito considerado doente mental (Queiroz, 2005).

A composição e organização de trabalho nas equipes refletem tais concepções e práticas destacadas, pois, apesar da existência de diferentes profissionais com formações diversas nas equipes de saúde da família os modos de trabalho seguem fragmentados e hierarquizados, o que impede ou limita intervenções de caráter mais inovadoras e participativas.

Nesse sentido, uma das entrevistadas da UBS de Natal considerou:

“A gente até sabe do que acontece, mas os papéis continuam bem separados: médico é médico, enfermeira é enfermeira e técnico é técnico. Por mais que você converse, mas a lógica ainda é a de ‘cada macaco no seu galho’. A escala de hierarquia continua” (Auxiliar de Enfermagem, Natal).

Referindo-se também à questão da interdisciplinaridade, um dos entrevistados da UBS de Porto Alegre pontua: *“Se tivesse uma equipe mais integrada, que funcionasse como deveria ser o programa, se a parte educativa funcionasse, talvez não houvesse o tempo ocioso e a gente nem sentisse isso”* (Médico).

Cabe considerar aqui que as estruturas verticalizadas com alta concentração de poder em poucos técnicos de qualificação específica –biomédica- que impedem a emergência de práticas inovadoras, é justamente uma das características do modelo asilar contra o qual toda legislação e movimento social por uma sociedade sem manicômios se erigiu. Como bem alertava, já em 1998, o sanitarista Gastão Campos (Campos, 1998).

No dia-a-dia os serviços ainda são governados segundo diferentes variações do taylorismo. Passa-se como se a democracia acabasse nos Conselhos de Saúde ou nas Oficinas de Planejamento, daí para frente operaria lógica tradicional de gerência: poder centralizado em chefes, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (produtividade médica, etc.) e sobre o comportamento formal de funcionários (cumprimento de horário, relatórios, etc.), elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento e quase ausência de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder, quanto entre os distintos níveis hierárquicos (Campos, 1998, p. 865).

Embora o trabalho em saúde não seja completamente controlável, a tendência é que sob políticas de gestão autoritárias e altamente burocráticas, os trabalhadores da saúde reproduzam a burocracia e o esvaziamento do sentido do trabalho na relação que estabelecem com os usuários, resultando na produção de práticas de cuidado pouco acolhedoras e com baixíssimo poder de resolutividade. No contraponto a isto, temos como alternativa, que se insinua, ainda que timidamente em algumas unidades de saúde, o desejo de coletivos de trabalhadores incidirem mais efetivamente nos processos de produção de saúde em que estão inseridos. E nesses processos instituintes que também estão presentes nas unidades básicas de saúde observadas uma nova e vigorosa saúde pode se engendrar.

Criar espaços de democracia ampliada, processos produtores de sujeitos-cidadãos, grupos capazes de impor resistência às determinações adversas do meio. Equipes capazes de lidar com os saberes estruturados sem permanecer presas em suas cadeias de controle fundamentalista (Campos, 1992 e 1998). Novas e velhas utopias... (Campos, 1998, p. 865).

Considerações finais

A escuta das equipes de duas unidades de saúde de dois estados distantes componentes do Sistema Único de Saúde brasileiro permite concluir que, apesar das mudanças institucionais e legislativas acontecidas nos últimos anos, as concepções de saúde e loucura presentes entre técnicos e agentes comunitários de saúde que participaram desta pesquisa, estão ainda muito próximas do modelo psiquiátrico tradicional, que considera a loucura como perigosa, sendo a medicação e a internação as respostas terapêuticas mais aceitas pelos entrevistados. Desta forma, apesar das novas diretrizes para atenção em saúde mental, as concepções e, por conseguinte, a forma de lidar com o doente mental, estão enraizadas na herança oriunda de séculos anteriores, enrijecidas em inúmeras instituições, o que tem impedido a criação de estratégias de cuidado mais coerentes com os princípios da reforma psiquiátrica e dos serviços abertos que com ela foram criados (Oliveira & Guedes, 2011).

Por este motivo, considera-se que o novo momento da reforma psiquiátrica brasileira deve focar-se menos na luta jurídica-política, que até aqui precisou ser travada a fim de garantir uma alteração no modelo assistencial e mais na desinstitucionalização da loucura, propriamente dita, que aponta para a necessidade de se trabalhar o imaginário social que circunda este tema.

Neste sentido, a realização da presente pesquisa oportunizou uma reflexão sobre as estratégias de cuidado em saúde mental na Atenção Básica nas unidades de saúde selecionadas que evidenciou não apenas um incremento deste tipo de demanda junto às equipes das ESFs, mas também a importância de um processo de formação permanente junto a estes profissionais, sobretudo dos ACS.

O momento de formação, que caracterizou a segunda etapa da pesquisa, propiciou uma discussão das estratégias de resolutividade que estão sendo utilizadas para responder às demandas que chegam a estes serviços, permitindo avaliar de que modo os preceitos da integralidade do cuidado previstos nas legislações nacional e estadual estão sendo implementados em cada um dos contextos investigados. O processo de educação permanente caracterizado por este momento de formação possibilitou a análise das formas de funcionamento das equipes que ora obstaculizam ou dificultam ações específicas vinculadas à saúde

mental e ao próprio trabalho realizado coletivamente, ora revelam as estratégias de criação com relação às práticas de cuidado no campo da saúde mental (Ceccim, 2005).

Nos primeiros encontros do momento de formação, as dificuldades e queixas eram ainda dirigidas à gestão, à falta de uma rede estruturada, à falta de especialistas nos serviços. Diante dessas colocações, buscamos, aos poucos, fazer com que as equipes refletissem sobre o que seria possível fazer com os recursos disponíveis em cada um dos contextos investigados, apesar das dificuldades estruturais existentes, estimulando assim um processo de autoanálise e avaliação crítica das implicações daqueles trabalhadores nos grupos.

Entendemos que para criar/inventar outros modos de agir é preciso, primeiramente, afetar-se com a situação para que se possa convocar a responsabilidade de cada um com a construção de novas saídas. Por esse motivo, mostrou-se fundamental no processo de pesquisa, a realização de uma rodada de sensibilização para romper com os estereótipos em torno da questão da saúde mental, assim como, o momento de formação levando dados e problematizando junto às equipes o papel crucial que a Atenção Básica passa a assumir no contexto da política de saúde mental de base territorial. Tais estereótipos evidenciavam, de um lado, o temor de se aproximar destes casos em função de uma suposta periculosidade dos mesmos e de outro, reforçavam a estratégia medicalizante como única alternativa possível frente à ausência de especialistas nas unidades. Como se pôde constatar ao longo da pesquisa, as possibilidades de invenção e inovação de práticas de cuidado em saúde mental se veem extremamente enfraquecidas diante de concepções assim estereotipadas. Em contrapartida, a oferta feita pelas equipes de pesquisadores na perspectiva da pesquisa-intervenção de um espaço de análise coletiva e trocas entre as equipes acerca das estratégias que têm sido criadas para lidar com as demandas de saúde mental que aportam diariamente às unidades, constituiu uma espécie de linha de fuga ao funcionamento burocrático e taylorizado das unidades de saúde, apresentando alternativas mais coletivas e em alguns casos, até resolutivas no âmbito da própria atenção básica para os casos de saúde mental que usualmente são apenas medicalizados ou encaminhados a especialistas. *“Depois desse pessoal da pesquisa vir conversar sobre os loucos aqui da região, a*

gente tá se sentindo um pouco mais psicólogos”, brincou um dos ACS da unidade de Natal ao escutar os dados comparados da pesquisa entre as duas cidades e perceber que tinham enfrentado o desafio de levar alguns casos difíceis para análise conjunta da equipe.

Considerando-se o momento crucial vivido pelos processos de reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil, as ações de desinstitucionalização da loucura precisam ser reproduzidas e multiplicadas em todos os níveis de atenção e para todo o segmento de trabalhadores, assim como as pesquisas que dão subsídios teóricos e metodológicos a estas iniciativas, com o objetivo de consolidar as políticas de saúde mental no campo da atenção básica.

Referências

- Baremblytt, G. (1998). *Compendio de análise institucional*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Breda, M. & Augusto, L. (2001). O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 471-480.
- Campos, G. W. (1992). *Reforma da reforma: Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. (1998). O anti-Taylor: Sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos. De Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4), 863-870.
- Cavalcante, C. M., Pinto, D. .M., de Carvalho, A. Z. T., Jorge, M. S. B. & de Freitas, C. H. A. (2011). Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(2), 102–108.
- Ceccim. R. (2005). Onde se le recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: Desafios para a educação. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.) *Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (pp. 161–180). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO.
- Corbisier, C. (2000). Reforma psiquiátrica: Avanços e limites de uma experiência. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 279-300). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dimenstein M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24(4), 112-117.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 35(2), 57- 63.
- González Rey, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. La Habana: Ed. Pueblo y Educación.
- Lapassade. G. (1977). *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves.
- Lei n. 10216, de 6 de abril de 2001. (2001, 14 de setembro). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e

redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1, p. 2.

Lourau, R. (1995). *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes.

Ministério da Saúde (2007). *Política Nacional de Atenção Básica* (4a ed.). Brasília: Autor.

Oliveira, F. B. & Guedes, H. K. A. (2011). (Re) construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(2), 109–115.

Pasche, D. F. (2008). Princípios do SUS e a humanização das práticas em saúde. Trabalho apresentado no *Seminário A humanização do SUS em debate*, Vitória.

Portaria 648/GM (2006, 28 de Março). *Política Nacional da Atenção Básica*. Série pactos pela saúde. Volume 4. Brasília: Ministério da Saúde.

Queiroz, I. (2005). *Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas. Concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Yasui, S. & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: Desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 27-37.