

“Eu sei o que é saúde mental!”: Pesquisar e Cuidar como Fios da Mesma Trama

“I know what mental health is!”: Research and Care as Warp and Weft of one Same Fabric

“Lo sé que es la salud mental!”: Investigar y Cuidar como Hilos de la Misma Trama

Simone Mainieri Paulon

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Mairla Machado Protazio

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Rosemarie Tschiedel

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo: Uma análise das práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica de equipes de seis municípios da região macrometropolitana do Rio Grande do Sul foi o foco do presente estudo. Parte dos resultados obtidos com avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, para desdobrar uma pesquisa-intervenção com metodologia avaliativa e participativa de quarta geração que visou uma avaliação qualitativa de boas práticas neste campo. A análise coletiva dos dados foi realizada junto aos Grupos de Interesse, resultando em cinco Eixos Temáticos: Concepções de Saúde Mental, Gestão do Trabalho, Cuidado Tutelar-Psicossocial, Cuidado em Rede e Protagonismo dos Usuários. Suas sínteses apontaram que, a par da invisibilidade de práticas efetivas de saúde mental nos territórios, existe uma transição das tecnologias de cuidado em curso, demandando formações ao modo psicossocial, mas também compartilhamento de modos já inventados em que o cuidado em liberdade se tem realizado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Básica; Reforma Psiquiátrica; Pesquisa Participativa; Cidade.

Abstract: The focus of this study is an analysis of mental health care practices within primary health care teams from six municipalities in the greater metropolitan region of Rio Grande do Sul, Brazil. Part of the results were obtained from an evaluation of the National Program for the Improvement of Access and Quality in Primary Health Care to unfold intervention-research through a participatory, evaluative fourth generation methodology that aimed at the

qualitative evaluation of good practice in this field. The collective analysis of the data was carried out with stakeholder groups, resulting in five Thematic Axes: Conceptions of Mental Health, Work Management, Custodial Psychosocial Care, Network Care and End-user as Protagonist. Their conclusions pointed out that, along with the invisibility of effective mental health care practices in the various regions, there is a transition underway within technologies of care that requires specific training in psychosocial health as well as the sharing of new-found practices emerging from out-patient care.

Keywords: Mental Health; Primary Health Care; Psychiatric Reform; Participatory Research; City.

Resumen: Un análisis de las prácticas de cuidado en salud mental en la atención básica de equipos de seis municipios de la región macrometropolitana de Rio Grande do Sul fue el foco del presente estudio. Parte de los resultados obtenidos con evaluación del Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica, para desplegar una investigación-intervención con metodología evaluativa y participativa de cuarta generación que visó una evaluación cualitativa de buenas prácticas en este campo. El análisis colectivo de los datos fue realizado junto a los Grupos de Interés, resultando en cinco Ejes Temáticos: Concepciones de Salud Mental, Gestión del Trabajo, Cuidado Tutelar-Psicosocial, Cuidado en Red y Protagonismo de los Usuarios. Sus síntesis apuntaron que, junto a la invisibilidad de prácticas efectivas de salud mental en los territorios, existe una transición de las tecnologías de cuidado en curso, demandando formaciones al modo psicosocial, pero también compartiendo modos ya inventados en que el cuidado en libertad se tiene realizado.

Palabras clave: Salud Mental; Atención Básica; Reforma Psiquiátrica; Investigación Participativa; Ciudad.

Em uma roda que marcava o encerramento da pesquisa-intervenção para a qual todos os trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre, foram convidados, lançou-se a pergunta: Quem aqui saberia dizer “o que é saúde mental”? Uma senhora salta e diz

alegremente: “Eu sei o que é saúde mental: eu antes ia lá no postinho e pegava remédio. Agora eu ainda vou, mas tem grupo e eu converso. Agora eu tenho amigos. Isto é saúde mental!”. A mesma senhora relata, também, o sofrimento de reincidentes internações quando o cuidado territorializado ainda não era uma realidade

garantida em sua região. Em situação equivalente, outra usuária de município próximo e participante da pesquisa entende que “a gente precisa da medicação, mas também de amigos. Quando tu tá envolvida com alguma coisa tu não tá pensando no teu problema, daí diminui a dor, diminui o nervoso e até a medicação controlada, precisa menos, não acham?”.

Falas como essas mostram-nos que a mudança de um modelo de cuidado não muda apenas uma concepção teórica de saúde para gestores e trabalhadores. Não se trata de uma abstração. É algo que muda modos de viver e ver o mundo. Este foi o mote que levou um grupo de pesquisadores da UFRGS a propor a coletivos de gestores, usuários e trabalhadores da região Macrometropolitana de Porto Alegre a realização de uma pesquisa avaliativa acerca dos modos de atenção em saúde mental presentes no cotidiano de equipes de saúde da família.

A pesquisa intitulada "Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: Análise das Práticas de Equipes da Região 10-Macrometropolitana/RS a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-Ab¹)" foi realizada entre 2013 e 2015 e incluiu unidades básicas de saúde dos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão. Construída a partir dos resultados

obtidos no primeiro ciclo da avaliação do PMAQ na referida região, a investigação visou não só identificar e avaliar as práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica, mas, também, avançar no delineamento de indicadores de desempenho, da qualidade do cuidado e de boas práticas.

O tema da saúde mental na AB tem sido foco de nossas investigações², como de vários estudos sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira (Furtado & Onocko-Campos, 2008; Delfini, Sato, Antoneli & Guimarães, 2009; Dimenstein, Neves, Paulon, Nardi, & Bravo, 2010; Nunes & Landim, 2016). Tais investigações evidenciaram, entre seus resultados, a existência de diversas práticas de atenção à saúde mental desenvolvidas nos territórios, mas que não são reconhecidas pelas equipes como tais. Dessa forma, não se consolidam como intervenções possíveis e parte integrante de uma rede de atenção psicossocial, sendo que a invisibilidade dessas práticas gera dificuldades em avaliar e planejar as ações de saúde mental na Atenção Básica, bem como, limita as possibilidades de qualificá-las e ampliá-las.

A produção de conhecimentos neste campo adquire especial destaque se entendermos que vivemos, ainda, um momento de tão frágil quanto irrefutável demanda por ampliação da interface entre as Reformas Sanitária e Psiquiátrica em

curso no país. A designação da saúde mental como componente integrante da saúde - indispensável para o cumprimento do princípio da integralidade do SUS - pode ser o passo fundamental para a efetivação dos pressupostos de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira.

As práticas de cuidado em saúde mental tendem a se tornar invisíveis, porque são dificilmente protocolizáveis, não existindo procedimentos antecipáveis, claros e padronizados, que sirvam para todos os casos. É, sobretudo a partir do estabelecimento de vínculos, de disposição à experimentação e de processos de cuidado criativos que temos a possibilidade de avançar em termos das tecnologias de cuidado em saúde mental. Nessa perspectiva, como indica a fala da usuária acima citada, os modos de cuidado em saúde mental já não podem ser compreendidos com base em um saber restritivo a se dar exclusivamente em espaços delimitados e individualizados, em intervenções de especialistas, sustentadas no abarrotamento medicamentoso de usuários. Entre as concepções arduamente conquistadas nos mais de 30 anos de luta antimanicomial brasileira, talvez a mais fundamental seja o modo de atenção psicossocial que se realiza em práticas que favoreçam os encontros, que amplifiquem a diversidade dos modos de viver, que

pautem suas ações pela escuta à singularidade de cada vida rigorosamente única em seu sofrimento e possibilidades terapêuticas (Yasui, 2010). Nessa leitura do que compõe o cuidado psicossocial, Lancetti & Amarante (2006, p. 632) comentam que na saúde mental a complexidade se passa no cuidado territorial e não nas internações, invertendo a hierarquia interventiva com base não mais em uma lógica avaliada pelos custos focados na doença, mas, sim, na capacidade de se fazer vínculo, que parte da escuta de um sujeito: “no hospital o procedimento é simplificado e no território os procedimentos são mais complexos”.

O reconhecimento da importância e dos benefícios de uma organização da atenção em saúde a partir de uma perspectiva territorial é uma das balizas que o SUS traz consigo desde a sua origem. Seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) presentes na Declaração de Alma Ata (1978), a Atenção Básica (AB) foi utilizada como eixo estruturante do SUS. A OMS (2008) tem enfatizado que esta forma de organização favorece a conquista da universalidade, possibilita o acompanhamento do usuário inserido em seu contexto de vida, funciona de forma estratégica na construção da integralidade, criando condições para a longitudinalidade e continuidade do cuidado.

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se consolida como forma prioritária para a reorientação do modelo de atenção à saúde (Brasil,1997), na qual a promoção de saúde no território passa a ser fundamental. Saúde mental, a partir daí, é tarefa de todos os atores da rede de saúde, e a AB é considerada um “habitat privilegiado” - no bairro, com as famílias, nas Unidades de Saúde para as práticas de cuidado (Lancetti & Amarante, 2006). Ainda, de acordo com Macedo e Dimenstein (2016), "o modo psicossocial considera os fatores políticos, culturais, biopsicossociais e territoriais como determinantes do sofrimento psíquico, apostando nos meios básicos enquanto dispositivos de reintegração social" (p. 37).

Todos esses indicativos de estudos no campo da saúde mental, acrescidos da oportunidade investigativa que a realização de um amplo processo avaliativo da Atenção Básica no país abria, levaram o grupo de pesquisadores a propor a realização de uma Oficina Preparatória, em março de 2013, em que docentes, pesquisadores e trabalhadores do SUS³ com trabalhos de excelência vinculados à saúde mental, debruçaram-se sobre o tema e analisaram os instrumentos de avaliação do PMAQ-AB. Na ocasião, além de uma carta endereçada ao gestor federal tecendo algumas críticas acerca do modo restrito com que o tema da saúde mental fora

tratado no questionário de autoavaliação das equipes, o grupo elaborou diretrizes gerais para próximas pesquisas da área e que ajudaram a delinear o percurso da pesquisa aqui descrita.

Entre as críticas tecidas naquela ocasião e enviadas ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, coordenador do importante processo avaliativo da AB em todo território nacional, constava o reducionismo de uma concepção de saúde mental expressa nos quatro indicadores de monitoramento da atenção em saúde mental na Atenção Básica: proporção de atendimentos caracterizados como sendo de saúde mental, proporção de atendimentos a usuários de álcool, proporção de atendimentos a usuários de outras drogas e taxa de prevalência de alcoolismo na população adstrita. Isto significava que, ao colocarem suas práticas de cuidado na AB em avaliação, a pedido do gestor federal, as respostas dadas por equipes de Saúde da Família que aderiram ao primeiro ciclo do PMAQ-AB - ponto de partida, portanto, da pesquisa que passaremos a apresentar -, versariam sobre o relevante tema da saúde mental na AB a partir de três dos quatro indicadores relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Além da simplificação no entendimento de toda complexidade envolvida na questão da saúde mental, tamanha (des)proporção destoava do perfil

epidemiológico encontrado no atendimento na rede básica de saúde. Isto ficou claro com o passar do percurso investigativo, pois muitas problemáticas que dizem respeito à saúde mental foram enumeradas nos espaços de escuta viabilizados pela pesquisa-intervenção, com demandas diversas àquelas restritas apenas à temática de álcool e outras drogas.

O referido questionário serviu, assim, como primeira interrogação e disparador de diálogo com equipes de trabalhadores da ESF e gestores da saúde para as densas problematizações que a interface da saúde mental com a atenção básica nos apresenta. O presente estudo visou ampliar resultados e debates levantados no primeiro ciclo do PMAQ-AB, com ênfase no módulo de saúde mental do questionário de autoavaliação aplicado nas equipes de Saúde da Família. Desdobrando uma avaliação extensiva e objetiva em uma análise e intervenção qualitativa, processual e analítica das práticas desse campo, a pesquisa aqui enfocada propôs-se a contribuir para qualificar ações em saúde mental realizadas na AB, contando com a corresponsabilização entre Universidade e gestores do SUS.

Um desenho de Pesquisa a Muitas Mãos

A pesquisa propôs-se a ser avaliativa, qualitativa e participativa,

inspirada em avaliações de 4ª geração (Guba & Lincoln, 2011). À luz dessa abordagem metodológica visamos acompanhar e avaliar as práticas dos trabalhadores, gestores e usuários envolvidos com os processos de atenção à saúde mental na AB, a fim de incluir suas demandas, sentidos, desejos e conflitos na análise.

A avaliação participativa possibilitou-nos colocar em cena objetivos específicos e pontos problemáticos comuns aos diferentes grupos, exigindo a construção de uma rede de reflexões e debates que propunha mais que um mero levantamento e tratamento de dados. Na perspectiva metodológica escolhida, buscou-se propiciar um aumento do “grau de apropriação” dos aspectos estudados pelos participantes, levando em conta a dimensão subjetiva que atravessa o próprio ato de pesquisar. Nessa direção, os autores enfatizam a necessidade de incluir diferentes e divergentes pontos de vista, através da participação de representantes de grupos de interesse diversos no processo da pesquisa (Furtado, 2001; Furtado & Onocko Campos, 2005 e 2008; Contandriopoulos, 2006).

Com tal disposição fortemente ancorada na perspectiva ético-política da pesquisa-intervenção, o estudo propôs escutar e dialogar com diversos grupos de interessados na temática “saúde mental na

atenção básica” em encontros chamados genericamente de “Grupos de Interesse”. Estes encontros contemplavam uma significativa diversidade de componentes e foram realizados em três etapas, cada qual incluindo um conjunto de ações que se propuseram a dar visibilidade à complexidade do trabalho realizado nesta interface, identificando intervenções, questões, experimentações, desafios que produziram pensamentos e rumos às demandas existentes neste campo.

Na primeira etapa de “Análise dos dados do primeiro ciclo PMAQ-AB e contratação com os territórios”, identificou-se as equipes aderentes ao PMAQ a fim de mapear as ações em desenvolvimento nos territórios. Verificou-se que, por mudanças e trocas de trabalhadores das equipes de cada cidade, muitos dos que seriam sujeitos da pesquisa já não poderiam ser acessados, as equipes tinham se desfeito e a proposta de organização conjunta dos grupos focais da 2ª etapa teve que ser reorganizada com os grupos de interesse e gestores ativos. Esta etapa incluiu a ida dos pesquisadores da equipe, para apresentação do projeto e contratação do campo, nos conselhos municipais e distritais de saúde, bem como diálogos e análises junto às instâncias de gestão de cada um dos municípios para a obtenção de dados específicos de cada cidade, os quais serviram para a elaboração

do panorama geral da situação da rede de saúde e intersetorial.

A segunda etapa dedicou-se à “Produção, sistematização, análise coletiva dos dados” em dois momentos distintos: 1º) Realização de grupos focais de trabalhadores e grupos focais de usuários que aceitaram o convite à participação na pesquisa (resguardando todos os aspectos éticos previstos na resolução nº 466, de 12/12/2012) para apresentação dos resultados sistematizados do primeiro ciclo PMAQ-AB daquela região. Os debates nos grupos foram gravados, transcritos e codificados com o auxílio do software Atlas Ti, que facilitou a elaboração de sínteses para a construção das seguintes categorias temáticas: PMAQ- SUS; Concepção saúde mental; Estratégias de cuidado: psicossocial X tutelares; Cuidado em Rede; Gestão do Trabalho; Controle social. 2º) O processo subsequente de validação do conhecimento produzido na primeira rodada de grupos focais ocorreu, em discussão coletiva, a partir dos grupos de interesse já constituídos em cada cidade, que possibilitaram a construção de uma narrativa comum, de forma a dar visibilidade aos pontos transversais aos diferentes grupos. Em uma 2ª rodada de grupos focais, fez-se uma devolutiva dessa discussão coletiva ocorrida nos grupos de interesse, com o intuito de retomar e ampliar as análises elaboradas a partir das

falas produzidas na primeira rodada. Nestes encontros proporcionados pelos grupos focais e de interesse, foram construídas coletivamente as propostas para os eventos finais de cada município.

A terceira etapa constituiu-se, por fim, na realização dos “Eventos municipais e Planejamentos loco-regionais de Saúde Mental na AB”. Foram produzidos em uma perspectiva participativa para realização de devolução dos estudos mapeados e respectivos encaminhamentos com planos de ação, respeitando os contextos e singularidades dos seis municípios envolvidos na pesquisa. Além de participantes das etapas um e dois da pesquisa acima descritas, os eventos ampliaram seu público alvo e convidaram toda comunidade local, pois afora a devolução dos conhecimentos produzidos coletivamente no processo de investigação, tinham o objetivo de registro e elaboração de documentos-síntese do debate realizado no território para serem encaminhados aos gestores de cada município. Os encontros também serviram como dispositivos de formação, possibilitando maior reflexão e discussões para a elaboração de estratégias de intervenção junto aos problemas apontados na pesquisa. Esta estratégia foi importante para ampliar análises coletivas, a corresponsabilização entre atores do SUS, gerando uma transição entre a finalização da pesquisa e a possibilidade de

continuidade dos processos avaliados. A Tabela 1 (inserido como anexo) sintetiza as participações crescentes dos atores da pesquisa, mostrando como se deram as diferentes distribuições de participações por etapa da pesquisa por município investigado.

Assim como as histórias que abrem este texto, muitas foram enunciadas e compartilhadas nos diversos encontros proporcionados na pesquisa. As falas-narrativas de cada sujeito inserido no estudo enunciavam um testemunho, indicavam experiências vividas relacionadas à temática saúde mental. Essas falas-narrativas diziam de dores, de fracassos, de impossibilidades, de preconceitos, de medos, mas, também, apontavam certa riqueza de experiências, situações complexas que, sendo compartilhadas com outros atores da rede de atenção, faziam reverberar novos modos de cuidar. Ao indicarem possibilidades criativas, ligadas às singularidades locais, tais narrativas falavam de pessoas com vontade de se conectar umas com as outras, vontades de produzirem encontros pautados por trocas afetivas que destoam da burocratização, da hierarquização e da manicomialização da vida e do cuidado em saúde mental. A fala proferida por um trabalhador em um dos Grupos Focais é expressiva da produção de grupo aqui referida: “Muitas vezes os profissionais

não se dão conta das próprias ações e práticas no dia a dia e como elas são potentes, e como também nem sempre sabemos tudo, sendo necessário de fato criar, inventar, persistir inventando cuidado no dia a dia”.

Entre Carências e Potências: os Eixos Temáticos dos Resultados

No intuito de amplificar ainda mais essas vozes, passamos a uma análise panorâmica dos eixos temáticos que sistematizam os principais dilemas, compreensões e modos de enfrentamento com que as equipes da AB dos seis municípios pesquisados têm inventado seu dia a dia de trabalho na interface com a Saúde Mental.

1. Concepção Saúde Mental

Saber o que fazer com o que se escuta...
Este nosso dilema!

Com esta fala, um participante da pesquisa anunciava uma das angústias que atravessa os profissionais quando um caso envolvendo usuários relacionados à saúde mental chega à AB. Parece que aquele “saber o que fazer” fica bloqueado, de certa maneira, obstaculizado as ações das equipes de saúde da família de forma diferente do que ocorre em situações

corriqueiras, mesmo nos ditos “casos difíceis” que não envolvem saúde mental. Os profissionais, não raras vezes com a escuta formatada por procedimentos e protocolos estruturados aprendidos desde os tempos de suas graduações, sentem dificuldades de se arrisarem por caminhos que parecem diminuir ou pôr em risco seus saberes. Formaram-se numa lógica curativa que os “obriga”, como profissionais da saúde, a afirmarem seu saber frente àqueles que atendem. Reforçando, a partir daí, uma tradição cientificista aliada à segmentação de classes em que o poder da informação garante *status* social e econômico diferenciados, as profissões de saúde instituíram-se deixando pouco espaço, ou mesmo nenhum, aos questionamentos. Qual o efeito de um cuidado que não pode titubear, que não possa se beneficiar com o direito às dúvidas? Reiteradas vezes, ao se depararem com demandas de cuidado em saúde mental, os trabalhadores manifestaram suas angústias e justificaram que o que costumam ver acontecer em tais situações é a “desistência” do caso. Desistência que às vezes se dá antes mesmo de qualquer tentativa de cuidado, frente a um diagnóstico-rótulo: *a gente não atende paciente psiquiátrico aqui no postinho!* Episódios narrados em que os trabalhadores da AB são orientados a repassarem “o caso” para um suposto *expert* no assunto, por não terem sido

preparados para atender demandas de cuidado em saúde mental, ainda são muito frequentes entre equipes de saúde da família. Mas, quem seria tão absolutamente *expert* a abarcar sofrimentos diversos de cada sujeito singular? E serão todos os casos de sofrimento psíquico demandantes de especialistas para os acolher?

Para um participante da pesquisa em uma roda de conversa a “saúde mental passa pela capacidade de lidar com o sentimento, num processo de autoconhecimento”. Neste sentido, muito mais que saberes postos, conhecimentos de *experts*, o profissional da saúde que quiser produzir uma escuta em saúde mental necessita trabalhar seus sentimentos, olhá-los, ser amigo deles, para poder acolher em si os sentimentos e sofrimentos que um outro, circunstancialmente posicionado na relação com o usuário, lhe endereça. Seja no que tange aos usuários, seja no que diz respeito aos trabalhadores e gestores, uma das estratégias elencadas por outro participante pode dar uma boa indicação do que temos que produzir na rede: “oportunizar espaços onde as pessoas possam falar e serem ouvidas”.

Nas experiências mapeadas da pesquisa, vimos que os grupos terapêuticos ou grupos de saúde mental realizados nas unidades básicas de saúde têm ganhado consistência devido, justamente, a seu caráter aberto e analítico. Quando criam

espaços para experimentações de diferentes modos de ser, pensar e sentir estes grupos terapêuticos passam a compor uma produção coletiva. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial da AB, o que mostra que elas não estão dissociadas da saúde como um todo.

Ao longo da pesquisa, nas falas de usuários, trabalhadores e gestores sobressaíram, principalmente, duas compreensões de saúde e de saúde mental. Uma diz respeito à concepção de saúde mental como “doença mental”, que desconecta o físico e o mental, que considera o cuidado como necessariamente especializado. Essa concepção é marcada por uma dificuldade no exercício da alteridade, pelo preconceito, pelo medo, pelo perigo, pelo incômodo, pelo diferente tomado como insuportável.

A outra concepção de saúde mental está ligada aos modos diversos de viver, à vida experienciada no território, na comunidade, com as dificuldades e possíveis potências locais, que refletem situações sociais, econômicas e culturais. Nessa segunda concepção, considera-se como produtor de sofrimento o cotidiano global próprio de nossa época, marcado pela aceleração, pelo aprisionamento, pelo

imediatismo de respostas, pelo consumismo de modo geral (inclusive de medicamentos e drogas), pelo individualismo, pela solidão, pelo sentimento de vazio.

As diferentes concepções apontam para diferentes intervenções e ofertas de cuidado, de modo que na primeira concepção, as ofertas acabam se voltando ao corpo biológico, enquanto na segunda concepção, o cuidado em saúde mental é visto como transversal ao cuidado em saúde, sendo o enfoque de cuidado nos aspectos relacionais e na criação de espaços de vida e de convivência, como testemunhamos com as seguintes falas contrastantes narradas por uma usuária e uma trabalhadora em grupos focais: “saúde mental pra mim é ir no psiquiatra todo mês e tomar remédio direitinho.”; “No grupo de ginástica, a gente faz ginástica mas também conversa muito (...) isso é saúde mental. Isso foi diminuindo a pressão alta, a diabete, o remédio controlado”.

Nesses contrastes, a banalização da medicalização para qualquer dor psíquica que se apresente, a frequência aos grupos das Unidades Básicas de Saúde apenas para renovação de prescrição medicamentosa ficou evidenciada em muitos debates dos grupos de pesquisa. Deve-se ressaltar, entretanto, que muitas vezes o usuário pede uma intervenção apenas no corpo orgânico, através da

medicação, porque o serviço não dispõe de outras ofertas de cuidado. Estamos num contexto social no qual a patologização e medicalização da vida é base para as relações de produção e consumo do capitalismo, contexto em que perder tempo com disfuncionalidades do corpo é um problema que logo deve ser sanado, normatizado, anestesiado, sem tempo a perder, sem possibilidades de se realizar uma escuta mais vagarosa que possa dialogar com o que faz sofrer. Cabe aos serviços de saúde problematizarem essas concepções que batem em suas portas. Mas como fazê-lo quando estão pautados por estas mesmas concepções?

2. Gestão do Trabalho

A gestão do trabalho parte da concepção de que o trabalhador é parte fundamental na consolidação do Sistema Único de Saúde. Rompe, portanto, com a ideia de que o trabalhador é apenas mais um recurso de infraestrutura, reconhecendo-o como protagonista do processo de consolidação do SUS (Brasil, 2012). Nesta categoria foram reunidos conteúdos que dizem respeito tanto ao gerenciamento do cuidado do usuário, mais diretamente, como dos serviços e da rede de modo mais global, incluindo aspectos da relação “atenção e gestão do cuidado” dos próprios trabalhadores. Abarcou os

seguintes temas: acolhimento; apoio matricial e institucional; educação permanente e formação dos trabalhadores; fragmentação do cuidado x integralidade; condições de trabalho; processos de trabalho; modos de gestão; trabalho em equipe; trabalho em rede e intersectorialidade. O despreparo que os trabalhadores sentem para a escuta do sofrimento psíquico foi uma tônica em todos municípios participantes, mas não só em relação aos usuários. Os próprios profissionais se encontram, muitas vezes, em padecimento, tendo cada vez menos espaços em que possam falar sobre as problemáticas geradas em seus cotidianos e a carência de processos formativos voltados a qualificar o olhar e o cuidado em saúde mental.

Outra dificuldade apresentada foi a articulação em rede, tanto em relação ao sofrimento psíquico, quanto ao sofrimento na relação de abuso de substâncias psicoativas, no sentido de composição do cuidado em saúde mental na AB com os outros pontos da rede setorial e intersectorial aparece como nó crítico. Surgiram questionamentos dos próprios trabalhadores em relação às restrições de acesso dos usuários aos serviços, como por exemplo, acolhimento com horário delimitado, superficialidade da triagem, assim como, em relação à cobrança por quantidade de atendimento, lógica de

produtividade em detrimento da lógica do cuidado, prejudicando a qualidade das ofertas de atenção. Em vários municípios escutamos queixas em relação aos prejuízos na produção de saúde gerados pela fragilidade do vínculo do profissional e o quanto tais processos precarizados refletem na relação do usuário com os serviços.

Os espaços de terapia comunitária com escuta coletiva dos problemas que muitas vezes cada um “carrega sozinho” foram apontados como uma experiência interessante por um grupo de trabalho participante do evento final do município de Porto Alegre. A tenda de experimentações, ocorrida no primeiro turno do evento, chegou a ser indicada como uma das melhores experiências de trabalho em grupo que um dos participantes tivera porque lhe permitiu “conhecer as experiências dos colegas para o surgimento de ideias, ver como acontece nos outros territórios”. O grupo compartilhou quase que unanimemente de seus sentimentos e pediu que o relator registrasse a sugestão de que isto fosse levado como possível modo de cuidado e formação aos trabalhadores da AB da capital, a ser repetido em outros eventos. Além da terapia comunitária, outras experimentações de cuidado foram compartilhadas como boas práticas de saúde mental tais como grupos de

meditação; grupo de ginástica terapêutica; grupos de caminhada; oficinas de artesanato e geração de renda; grupos de música e de teatro, práticas de apoio matricial e cuidado em rede.

Tal levantamento apontou para a importância dos espaços de troca e experimentações de cuidado em saúde mental, muitos dos quais já ocorrem na rede, mas que são, muitas vezes, desvalorizados e mesmo invisibilizados. No turbilhão de exigências procedimentais, de protocolização e quantificação do trabalho em saúde, não raro nos vemos impedidos de potencializar atos de cuidado inventivos no encontro com um usuário ou coletividade que apresenta singularidades a serem consideradas. A falta de reconhecimento e de coragem para inventar cuidados não protocolados parece ser uma problemática que engessa a rede numa atenção burocrática e se distancia da integralidade e humanização na atenção ao sujeito acolhido. Foi significativo àqueles participantes entenderem como eles mesmos, ao não divulgarem nem promoverem espaços de socialização de tais experiências, pouco conhecidas por vários trabalhadores, contribuem de algum modo, para que elas (e com isto, eles mesmos) sejam desvalorizadas em suas capacidades de promoverem saúde.

3. Estratégias de cuidado: tutelar X psicossocial

Nesta categoria de análise foi realizado um levantamento de como andam as práticas de saúde mental e o quanto elas avançaram a partir da Reforma Psiquiátrica, ou, ao contrário, o quanto ainda reproduzem modelos vinculados aos antigos manicômios. Os debates promovidos na pesquisa apontaram que os serviços especializados quase não existem ou estão pouco investidos pela gestão, o que faz os trabalhadores da AB sentirem-se perdidos quando necessitam de apoio para pensarem as situações que envolvam saúde mental. Neste distanciamento entre as especialidades de saúde mental e a atenção básica, é comum que práticas de cuidado ainda muito próximas do antigo sistema manicomial sejam referidas como corriqueiras. Frente à falta de apoio matricial e medo imposto pela lógica do especialismo a se autorizarem a experimentar estratégias não protocolizadas de cuidado, práticas baseadas no senso comum prevalecem. Vê-se aí repetirem-se acriticamente, muitas vezes, práticas como a medicalização massiva e cronicizante de um determinado caso, o recurso da internação a todo momento, procedimentos de cuidado que se aproximam de castigos e punições para os “casos difíceis”, enfim, todo um aparato

disciplinar que insiste em domar, ao invés de escutar, o corpo em seus sofrimentos (Dunker, 2015).

O que os participantes apontam como alternativas para essas práticas tutelares, seriam a promoção de grupos terapêuticos; rodas de conversa de autocuidado; apoio matricial com discussões de casos com todos da equipe, já que mesmo aquele profissional que não esteja envolvido num caso, pode alimentar seu arsenal de experiências a partir da discussão e usá-las num futuro caso que o envolva mais diretamente no cuidado; formar redes afetivas de cuidado a partir da aproximação de pessoa para pessoa e não somente de profissional para profissional, “retirando a formatação-jaleco”; promover um cuidado territorial que de fato explore os recursos da comunidade em que o sujeito vive. Enfim, as diretrizes antimanicomiais que busquem reintegração ao território, familiar e comunitário do sujeito, ao invés de (sempre) interná-lo, se fazem presentes nos debates dos grupos dos trabalhadores escutados nos grupos de Interesse com formações múltiplas, antes descritos. Mas vale frisar que são modos de atenção ainda paralelos em mesmos serviços e inclusive em momentos diversos nos mesmos trabalhadores e equipes que ora tutelam, ora dizem-se trabalhando pela autonomia e protagonismo dos usuários.

Ao longo do processo da pesquisa, a estratégia psicossocial foi, também, predominantemente, pautada pelo vínculo e confiança produzidos nos espaços de encontro dentro dos serviços da AB. Nesse sentido, as práticas grupais apareceram como instrumento privilegiado de trabalho nesta lógica, pois, tal tecnologia e estratégia de cuidado permitem conversas, desabafos, troca de experiências e construção de vínculo entre os participantes e dos mesmos com o serviço de saúde, de forma a fomentar o cuidado no território. Além disso, representam dispositivo de ressignificação do espaço de trabalho para o profissional que demanda e oferta o cuidado em saúde mental, contribuindo, nesse caso, com a saúde do trabalhador.

Por outro lado, compreendeu-se que, para além da potência do coletivo, existe muita dificuldade em legitimar as práticas terapêuticas citadas acima como cuidado de saúde mental, inclusive, entre os próprios trabalhadores. Essa problemática reverberou através de algumas falas, as quais compreendiam como sinônimo de fazer o cuidado em saúde mental, apenas as consultas clínicas realizadas dentro de consultórios com psiquiatras e psicólogos. Em alguns casos, essa era a demanda inicial que se apresentava quando aberta a problemática da pesquisa na atenção básica, entretanto,

ao passo que os usuários e profissionais se aproximaram dos grupos, foi havendo uma mudança na visão e possibilitando experiências diversas. Também observou-se que a personalização do cuidado é muito forte nesse âmbito, reafirmando a necessidade do profissional que oferta o cuidado em grupo de criar, reinventar-se e problematizar tais práticas junto às equipes, ajudando a enfrentar resistências e colocando-as em análise para que possam ser superadas.

Outro ponto marcante enfatizado nesta categoria de análise foi a importância, reiteradamente apontada, do trabalho intersetorial. Contudo, os participantes da pesquisa problematizaram que é importante as secretarias, enquanto gestão, darem o exemplo, começando a mostrar que é possível este contato entre setores que, no momento, aparece de forma tão fragmentária como podemos observar por uma das falas dos participantes: “gestores não trabalham em rede. O planejamento já não é preconizado para que as ações ocorram de modo integrado. Ex: gestores da saúde e educação trabalham separadamente”. Não à toa as regiões de saúde, assistência social, educação e cultura, por exemplo, não são mapeadas em conjunto e podemos observar na prática o quanto essa fragmentação dificulta as ações no cotidiano do cuidado

em alguns municípios participantes da pesquisa.

4. Cuidado em Rede

É nítido para os grupos consultados que o contato com o território existencial do sujeito em tratamento é o que possibilita práticas de cuidado que responsabilizem toda a rede, rompendo, portanto, com uma lógica tutelar. As referências feitas a estas articulações, à intersetorialidade que avança na compreensão de que o cuidado psicossocial só se realiza quando extrapola os serviços de saúde *stricto sensu* foram agrupadas nesta categoria. Os participantes da pesquisa, de uma forma geral, ratificaram a importância de que a produção dessas redes potentes se dá numa tecitura permanente dos pontos de apoio. Tecitura esta que implica uma disposição solidária para receber o outro, uma escuta que possa abarcar as dimensões que atravessam o sofrimento na atualidade de nosso contexto: de um modo de produção com imensas desigualdades sociais, que produz junto a mercadorias de consumo violências das mais diversas formas, individualismos, vulnerabilidades de toda sorte que distanciam os sujeitos resultando em solidão e adoecimentos.

Paralelamente à compreensão de que vivemos uma realidade social e econômica adoecedora foi salientada a

importância do que chamaram de “formar redes quentes”, como nesta fala de um dos participantes: “minha rede é as das relações que eu tenho nos outros serviços, rede de compadres, afetiva, para além dos procedimentos técnicos”. Dentro desse processo de tecer redes com o calor dos afetos foi problematizada a excessiva valorização, acima descrita, da quantidade de atendimentos em detrimento da qualidade das ações em saúde, já que para um trabalho em rede, muitas vezes é necessário um tempo outro, menos acelerado, que se possa compor com o outro, em que se teçam junto aos procedimentos relações de cuidado e confiança.

Nesta perspectiva, ganham relevo os conhecimentos regionais, comunitários, a sabedoria que usuários e comunidades desenvolvem para além das prescrições e valores científicos. Esta foi uma questão exacerbada por um dos participantes: “parte-se do pressuposto de que a hegemonia da ciência é a única verdade. Por que o fitoterápico, a religiosidade e a espiritualidade não são vistas como verdades ou não são reconhecidas?”.

Foi possível também observar, nesse sentido, a dificuldade de gestores e trabalhadores articularem seus conhecimentos abrangendo outros dispositivos de cuidado e possibilitando uma diversificação das estratégias de

atenção, compondo com pontos além dos serviços de saúde que potencializem recursos territoriais. Via de regra, o entendimento instituído de rede se contrapõe à ideia de uma construção permanente na lógica de que sua tessitura esteja em processo, com aposta em uma maior abertura e disponibilidade aos encontros. No contraponto desse entendimento, a rede torna-se pessoalizada e muito comumente fica polarizada no serviço especializado, no caso o CAPS e/ou na Unidade de Saúde da Família. Reforça-se, desse modo, a concepção de saúde mental como “problema de especialista” e enrijece-se o fluxo de atenção na rede que volta a acionar o velho círculo vicioso do encaminhamento.

Assim, “a construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta” (Brasil, 2009, p.8).

“O problema nosso, aqui, é essa tal de rede que é furada”; “tudo se resolveria se fizéssemos o trabalho em rede, mas ele não existe”, são alusões corriqueiras dos trabalhadores e usuários da pesquisa que denotam certa confusão da noção de rede (ou de como fazer rede) com a noção fluxo dos serviços de saúde. Muitas de suas

queixas referem-se aos próprios fluxogramas que não dão conta das demandas, das singularidades e especificidades de cada usuário, resultando em funcionamentos muito distantes àqueles para os quais foram planejados e produzindo acúmulo de encaminhamentos. Nota-se aí a predominância de uma noção de rede como algo heterogêneo, pronto e acabado, que desresponsabiliza, de algum modo, os próprios atores que a poderiam tecer.

O que apostamos aqui, entretanto, é na rede pensada como acêntrica e reticular, e o que a faz manter-se viva, como algo que pode ser inventado e criado. Ao falarmos em uma produção de redes de cuidado para além dos serviços de saúde, reforçamos não só um olhar mais atento para o que já está presente no território e que pode compor um cuidado mais informal. Apostamos também em uma rede que só pode ser concebida em sua constante tessitura, à mercê dos seus atores, adaptando-se às variações dos espaços e às mudanças do tempo, pois as redes “são móveis e inacabadas, num movimento que está longe de ser concluído” (Raffestin, 1993, p. 204). Redes de saúde, como os coletivos escutados afirmaram também ser possível e necessário construirmos “são estáveis e, ao mesmo tempo, dinâmicas. Fixos e fluxos

são intercorrentes, interdependentes” (Santos, 1996, 221).

5. Controle social e Protagonismo do Usuário

Reuniu-se, neste último eixo de análise, debates acerca de quem propõe, fiscaliza e intervém no planejamento das práticas de cuidado em saúde mental, quais lugares estratégicos têm-se popularizado como instâncias de escuta e se afirmado como instâncias decisórias. Incluiu-se aqui reflexões e propostas acerca de estratégias que levem o controle social até o território existencial de cada usuário, que propiciem essa experimentação desde a Unidade Básica de Saúde até os níveis mais especializados de atenção. Problematizou-se, também, o protagonismo do usuário ao percorrer a rede de saúde, já que, muitas vezes, a sensação que se tem é de que o controle social é o único lugar em que os usuários têm voz, apesar de vermos o quanto tais espaços atualmente estão esvaziados de usuários ou institucionalizados em suas propostas de participação.

A visão dominante entre trabalhadores sobre os usuários que percorrem as redes de saúde como objeto passivo, na antiga visão de um paciente frente ao saber que um outro tenha sobre seu corpo-vida, foi foco das discussões. O

mesmo “é visto em geral com pré-conceito, como aquele que não tem nenhum saber sobre o cuidado, sobre os modos de vida”, e que por isso não precisa ser escutado, seus saberes sobre suas próprias dores, processos de adoecimento, alternativas de tratamento são irrelevantes, infantilizando-o ou sequer o considerando como parte importante no cuidado de si. Assim, a partir dessa leitura sobre o usuário, a questão que ficou neste grupo de discussão foi: “Como falar em protagonismo do usuário quando seu saber é visto como menor?”.

A participação dos usuários no planejamento e na organização dos serviços corresponde à diretriz de controle social do nosso Sistema Único de Saúde. É preconizado que os serviços de saúde contem com a participação ativa de seus usuários, para o melhor desenvolvimento dos serviços, que devem funcionar o mais próximo possível às demandas de seu território. Por este motivo, a diretriz de controle social do SUS institui os canais de deliberação e participação popular, os conselhos de saúde, a fim de garantir que todas ações de saúde sejam decididas em conjunto com representantes dos usuários e entidades.

Nos municípios pesquisados, deparamo-nos com conselhos de saúde enfraquecidos, com pouca reverberação de suas decisões nos serviços, ou serviços que

pouco influenciam as decisões no campo da saúde. Para algumas gestões municipais, o controle social era visto como empecilho para gestão/trabalho em saúde e não como instância componente e cogestora. Foi possível analisar que os diferentes interesses e linguagens entre trabalhadores, gestores e usuários dificultavam a comunicação, resultando em grandes distanciamentos. Identificamos, ainda, desconhecimentos sobre os direitos dos usuários, sobre os espaços prioritários para a participação e protagonismo, bem como, pouca valorização do protagonismo dos usuários nas práticas de cuidado desenvolvidas pelas equipes.

Tal realidade, entretanto, não encontrou reflexo direto na disposição dos usuários, pois a desvalorização da diretriz de participação social não significa a inexistência de protagonismo deste fundamental ator do SUS. Pudemos vivenciar e observar movimentos das lideranças comunitárias e articulações territoriais entre usuários e agentes comunitários que tentavam dar conta do cuidado em saúde mental, na maioria das vezes, de modo independente dos serviços especializados. A participação era “impensável” em muitos dos serviços estudados, se fossemos pensar em estruturas participativas organizadas para que ela acontecesse (colegiados de cogestão, ouvidorias ativas, assembleias

sistematizadas). Os encontros da pesquisa, entretanto, permitiram observar que não faltava vontade aos usuários para o exercício de seu protagonismo, faltavam espaços onde ele pudesse de fato ser experimentado.

Entre os principais motivos relacionados à falta de espaços de participação identificamos a precarização dos vínculos e condições de trabalho no campo da saúde, os poucos investimentos financeiros neste campo e as demandas excessivas que recaem sobre um pequeno número de profissionais que, esgotados em seus cotidianos, muitas vezes não encontram fôlego para embates políticos que a participação cidadã lhes exigiria.

Reconhecer o usuário como alguém com saberes diferentes dos trabalhadores, mas que também pode compartilhar cuidado, tanto para si quanto para a comunidade, parece ser o grande desafio que esta diretriz do SUS ainda impõe a todos que o compõem. A proposta de olhar o usuário como alguém que tem não só condições, mas pode ter ótimas alternativas para ofertar ao processo de cuidado, ainda exige deslocamentos nos jogos de poder que precisam ser feitos. Usuário e trabalhadores em parceria tecendo redes em seus territórios para que neles se produza saúde permanece sendo uma utopia necessária à consolidação de um sistema efetivamente público, gratuito,

integral, com participação de todos os interessados e com atendimento de qualidade e humanizado.

Considerações Finais

A título de finalização e documentação do amplo processo investigativo que aqui se narrou, cabe-nos ressaltar o modo peculiar com que os grupos de trabalhadores e usuários que dele participaram lançaram-se “de peito aberto” à proposta de autoanálise, críticas e reflexões coletivas e, principalmente, à busca e criação de alternativas para que as questões candentes de saúde que seus territórios lhes apresentam. Entre outras conclusões, avaliamos que o método avaliativo-participativo de uma pesquisa em saúde mental demonstrou ser um efetivo exercício para a construção de análises coletivas e democráticas produzindo conhecimento e saúde ao mesmo tempo.

Entre os resultados que a pesquisa produziu acerca da interface Saúde Mental – Atenção Básica os vários espaços avaliativos, com destaque aos seis eventos que encerravam as intervenções de campo junto aos municípios, ressaltaram um avanço no que tange a quebrar a tradicional invisibilidade de práticas concretas existentes de saúde mental nos territórios, assim como na disponibilidade dos grupos

estudados para uma efetiva ampliação do diálogo e compreensões dos inúmeros determinantes sociais que agravam o sofrimento psíquico. Isto permitiu, inclusive, aos territórios identificarem de antemão alguns fatores de vulnerabilidade e risco e planejarem ações locais de promoção e prevenção de saúde junto à população adscrita.

Uma das importantes compreensões resultantes dos debates que analisaram os dados produzidos nos grupos focais diz respeito à tradicional demanda por especialistas em saúde mental para que a rede possa acolher estes casos na AB. Contrariando uma leitura rápida que usualmente se faz desta demanda como um modo dos trabalhadores se desresponsabilizarem com as especificidades da saúde mental e garantirem certa distância do tema da loucura, nosso entendimento foi diverso. A experiência vivida no processo de pesquisa permitiu-nos compreender que os pedidos de “mais psicólogos”, “falta psiquiatra no posto”, “mais especialistas no assunto”, nem sempre precisam corresponder a “menos de nossa [trabalhadores da AB] participação no problema”. Junto a esta demanda de especialidades mais próximas ao dia a dia das equipes na AB, escutamos um legítimo desejo de saber mais sobre saúde mental. Com isto, é possível ler-se que usuários e trabalhadores querem

também se instrumentalizar para lidar com seus dilemas psíquicos, para lidar com os dramas que cotidianamente chegam às unidades de saúde e querem, também, saber fazer algo com isto. Saber fazer, adquirir um *know-how* que ainda, em nossa sociedade de classes, é restrito a determinados segmentos. Escutamos aí um pedido de trabalhadores que querem poder mais.

A Reforma Psiquiátrica brasileira em curso no território de pesquisa apresenta, como não poderia ser diferente, a mesma transição tecnológica nos modos de cuidar que se observa no restante do país. Em função disso, não é raro que os serviços, as equipes, e até mesmo os trabalhadores e os usuários tragam consigo demandas e formas de trabalhar características do modelo tutelar que seguem representando um desafio importante à conquista de um cuidado pautado no modelo psicossocial requerido para que se realize o cuidado em liberdade.

Reforçamos que o processo de pesquisa, na metodologia como foi proposta, resultou em uma educação permanente em ato e serviu, entre outras coisas, para que muitos dos atores até então vinculados apenas à Atenção Básica se colocassem em um movimento de articulação com a Saúde Mental como anunciado por um trabalhador no processo de avaliação final da pesquisa: “serviu pra

eu descobrir que as questões da loucura que eu nunca me envolvi, sim, nos dizem respeito!”.

E os ranços de um “queixume-idealista”, marcado pelo mesmo ressentimento que compõe o discurso predominante na rede de cuidados, começou a ceder lugar às forças ativas, para aqueles movimentos também existentes na rede que criam novos caminhos, inventam saídas inusitadas. “Se existissem mais grupos... conversar é ótimo. Faz bem! Se tivesse mais te garanto que não precisava de manicômio!” comenta uma usuária em grupo que analisava a presença de dispositivos grupais em algumas das unidades básicas de saúde. “O agente comunitário é um psicólogo na visita, né?! Tu vê que a pessoa precisa mais de atenção tu acaba indo mais de uma vez no mês”. Atesta a agente comunitária de outra região quando o grupo de interesses debatia a importância dos vínculos de confiança para que os usuários de saúde mental possam se sentir mais acolhidos em seus territórios de vida.

Por fim, de uma forma geral, acreditamos que se tem um processo de redirecionamento no modelo de atenção em saúde. No campo da AB, há que se avançar na construção de uma saúde mais inclusiva favorecendo o olhar para o contexto social e assegurando a participação progressiva da comunidade

nas decisões que vão desde a macropolítica que resulta em condições de vida saudáveis ou adoecedoras, quanto às mais prosaicas decisões cotidianas de quando e por que definir um tratamento medicamentoso com seus devidos efeitos para a vida de cada um. No campo da Saúde Mental, a luta por um processo de desinstitucionalização do cuidado tutelado em direção a um cuidado em liberdade, democrático e territorializado é uma realidade em processo com avanços tão inegáveis quanto são os impasses que ela impõe. Nascidas com a democratização política do país, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica são parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Pesquisar neste campo da política pública de saúde é também não esquecer do histórico de constituição dessas reformas. Uma história nem tão distante assim, obra aberta a demandar incessantes esforços criativos.

Esperamos que esses escritos ecoem nos espaços em que se realiza o cuidado em saúde mental para que venham a contribuir com a desinstitucionalização das práticas de atenção, pois a reinvenção dos modos instituídos de cuidar talvez seja uma das mais significativas aprendizagens que os ritmos e singularidades próprios à experiência da loucura podem nos legar.

Notas

¹ O PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica) é um programa do Ministério da Saúde criado em 2011, pela Portaria nº 1.654, com o objetivo de favorecer a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

² A 1ª dessas pesquisas - Repercussões da Inclusão da Saúde Mental no PSF: estudo comparativo em serviços da Atenção Básica do Rio Grande do Norte e do Rio Grande do Sul - realizou-se entre 2007-2008 sob coordenação da professora Rosane Neves da UFRGS com participação da professora Magda Dimenstein da UFRN e foi financiada com recursos do Programa de Apoio à Cooperação entre Cursos de Pós-Graduação Stricto Sensu “Casadinhos” – PAPG – UFRGS/UFRN (Processo número 06/1968-9) Tem seus resultados publicados em diversos artigos nacionais e internacionais (Paulon, Neves, Dimenstein, Nardi, Bravo, Galvão, Severo, & Figueiro, 2013; Neves, Dimenstein, Paulon, Nardi, Bravo, Galvão, Severo & Figueiro, 2012; Dimenstein e cols, 2010). A segunda pesquisa intitulada “Estratégias de cuidado

em saúde mental na interface com a atenção básica: o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes de Saúde da Família” seguiu trabalhando a temática da Saúde Mental na AB junto ao segmento de Agentes comunitários de saúde de POA e se desenvolveu a partir de demandas da pesquisa anterior, sendo encerrada em 2011 (Edital PPSUS - Processo 09/0089-1). O produto principal desta segunda investigação está publicado no livro “Saúde Mental na Atenção Básica: A territorialização do Cuidado” organizado pelas coordenadoras da pesquisa (Paulon & Neves, 2011).

³ Participaram da Oficina e foram signatários da Carta dirigida ao DAB-MS os seguintes trabalhadores da rede de saúde e/ou pesquisadores acadêmicos: Simone Mainieri Paulon (PPGpsi- UFRGS); Magda Dimenstein (PPG Psicologia – UFRN); Silvio Yasui (PPG Psicologia – UNESP/Assis); Rosana Onocko Campos (PPGSC– UNICAMP); Mônica Nunes (Instituto de Saúde Coletiva/UFBA); Analice Palombini (PPGpsi- UFRGS); Rosemarie Gartner Tschiedel (Psicologia – UFRGS); Eduardo Passos (PPG Psicologia – UFF); Liliana da Escóssia (PPG Psicologia – UFS); Liane Righi (Enfermagem– UFSM) ; João Paulo Macedo (Psicologia – UFPI); Luciana Rodriguez Barone – (GHC - doutoranda PPGPSI UFRGS); André Luis Leite –

(Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul SES-RS); Carmem Bagatini (SES-RS); Carmem Silveira de Oliveira (GHC); Claunara Schilling Mendonça (GHC) Marta Orofino (GHC); Cristine Moraes Roos (doutoranda PPG enf – UFRGS); Márcia Fernanda Mendes (Rede Governo Colaborativo em Saúde); Renata Flores Trepte (Rede Governo Colaborativo em Saúde - bolsista IC UFRGS); Alice Grasiela Resende (mestrado PPGPSI - UFRGS); Carolina Eidelwein (mestrado PPGPSI - UFRGS / SES-RS); Loiva De Boni Santos (mestrado PPGPSI - UFRGS); Luciane Kantorski (PPGEnf – UFPEL); Richard Assimos (Psicologia ULBRA); Pedro Gomes Brasileiro (mestrando PPGPSI – UFRGS).

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>

Contandriopoulos, AP (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 11, n.3, 705-711.

Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POC. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, supl.1, p.1483-1492.

Declaração de Alma-Ata Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde (1978). Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Dimenstein, M, Neves, R, Paulon, SM, Nardi, HC, & Bravo, O (2010) La difícil y necesaria integración entre la Atención Básica y la Salud

- Mental en Brasil. *Revista Psicologia desde el Caribe*, v. 26, p. 178-197.
- Dunker, C.I.L. (2015) A escuta do delírio: fragmentos de um caso clínico. Em *Psicanálise e Saúde Mental*. Dunker, C.I.L. & Kyrillos Neto, F. (Orgs.). Porto Alegre: Criação Humana.
- Furtado, JP (2001). Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1):165-182.
- Furtado, JP & Onocko-Campos, RT (2005). A transposição das políticas públicas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 8(1), 109-122.
- Furtado, JP & Onocko-Campos, RT (2008). O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Em Onocko Campos, RT, Furtado JP, Passos E & Benevides, R (Eds). (2008). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Guba, E, Lincoln, YS (2011). *Avaliação de quarta geração* (B. Honorato, Trad.). Campinas: Editora Unicamp.
- Lancetti, A & Amarante, P (2006). Saúde mental e saúde coletiva. Em Campos et.al. (Eds), *Tratado de Saúde Coletiva*. (pp. 615-634). São Paulo: Hucitec.
- Macedo, J P & Dimenstein, M (2016). Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. *Fractal, Revista de Psicologia*, 28, 1, 37-45.
- Neves, R; Dimenstein, M; Paulon, SM; Nardi, HC; Bravo, O; Galvão, VBM; Severo, AS; Figueiro, R. (2012). A Saúde Mental no Sistema Único de Saúde do Brasil: Duas Realidades em Análise. *Avances en Psicologia Latinoamericana*, v. 30, p. 356-368.
- Nunes, M, Landim, F. (2016). *Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano*. Salvador: EDUFBA, 1.
- Organização Mundial da Saúde. (2008) La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre La salud en el mundo. Washington D.C: OMS.
- Paulon, SM & Neves, R. (Orgs.) (2011). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina.

Paulon, SM; Neves, R; Dimenstein; M, Nardi, H; Bravo, O; Galvão, VBM; Severo, AS & Figueiro, R (2013). A saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Revista Psicologia para América Latina*, 25, 24 - 42.

Raffestin, C. (1993). *Por uma geografia do poder*. (Maria Cecília França, Trad.). São Paulo: Editora Ática.

Santos, M. (1996). *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção*. São Paulo: Hucitec.

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

Agradecimentos

A pesquisa descrita neste artigo foi realizada pelo coletivo INTERVIRES: Pesquisa-intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede do PPG de Psicologia Social e PPG de Saúde Coletiva da UFRGS, e contou com apoio da Rede Governo Colaborativo. Agradecemos aos participantes do grupo no período 2013-2016 e aos colegas pesquisadores de várias universidades do país listados na nota 3 de final do texto por sua disponibilidade e fundamental participação na Oficina Preparatória ao Estudo. A pesquisa foi contemplada com

financiamento do edital PPSUS/FAPERGS/MS/CNPq/SESR n.002/2013, CAPES e CNPq (através de bolsas para alunos de Iniciação Científica, mestrado e doutorado).

Simone Mainieri Paulon: Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP) e professora associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), onde coordena o grupo INTERVIRES de pesquisa-intervenção em Saúde Mental, e Cuidado em Rede junto ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia Social. Coordena o grupo de trabalho "Políticas de subjetivação e Invenção do cotidiano" da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP) e lidera o diretório de pesquisas do Cnpq: Rede Interinstitucional de Pesquisas HumanizaSUS.

E-mail: simone.paulon@ufrgs.br

Mairla Machado Protazio: Psicóloga (UFS), Mestre em Psicologia Social e Institucional (PPGSI-UFRGS), foi bolsista CAPES entre 2014-2015, especialista em Álcool e outras drogas (CETAD-UFBA) e formação em Arteterapia (PROFINT-SE) em andamento. Coordena a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) da Rede de Atenção de Psicossocial de Aracaju e atua

como Psicóloga Clínica na Profint (Aracaju).

E-mail: mairla.protazio@hotmail.com

Rosemarie Tschiedel: Doutora em Psicologia Social (PUC-SP), professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professora do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Social, integrante do GT “Trabalho e Processos Organizativos na Contemporaneidade” da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP).

E-mail: rosetschiedel@gmail.com

Enviado em: 08/07/17 – **Aceito em:** 25/11/17

Anexos

Tabela 1 - Distribuição por município de participações por etapa da pesquisa

Totais - Etapas	ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	SUBTOTAL
Glorinha	21	54	9	84
Cachoeirinha	17	103	47	167
Gravataí	20	185	163	368
Alvorada	22	186	173	381
Viamão	19	208	168	395
Porto Alegre	80	264	342	686
SUBTOTAL	179	1000	902	2081