



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Construção das Práticas de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária: Os Desafios Atuais a Partir da Experiência de uma Unidade de Saúde da Família

Luan Franco Carvalho dos Santos

Salvador (Bahia), 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

Franco Carvalho dos Santos, Luan
Construção das Práticas de Cuidado em Saúde Mental na
Atenção Primária: Os Desafios Atuais a Partir da
Experiência de uma Unidade de Saúde da Família / Luan
Franco Carvalho dos Santos. -- Salvador, 2017.
65 f.

Orientador: João André Santos de Oliveira.
Monografia (Medicina) -- Universidade Federal da
Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade
Federal da Bahia, 2017.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária á Saúde. 3. Rede
de Atenção Psicossocial. 4. Reforma Psiquiátrica. I.
Santos de Oliveira, João André. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Faculdade de Medicina da Bahia

Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



Monografia

Construção das práticas de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária: Os Desafios Atuais a Partir da Experiência de uma Unidade de Saúde da Família

Luan Franco Carvalho dos Santos

Professor orientador: **João André Santos de Oliveira**

Coorientador: **Diego Espinheira da Costa Bomfim**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia), 2017

Monografia: *Construção das Práticas de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária: Os Desafios Atuais a Partir da Experiência de uma Unidade de Saúde da Família*, de **Luan Franco Carvalho dos Santos**.

Professor orientador: **João André Santos de Oliveira**

Coorientador: **Diego Espinheira da Costa Bomfim**

COMISSÃO REVISORA:

- **João André Santos de Oliveira** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Rafaela Cordeiro Freire**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Manuela Oliveira de Cerqueira Magalhães**, Professora do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Leandro Dominguez Barretto**, Professor do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ____ de _____ de 2017.

*A utopia está no horizonte. Eu sei muito bem que nunca a alcançarei. Se eu caminho dez passos, ela se afasta dez passos. Quanto mais eu buscá-la, menos eu a encontrarei porque ela vai se afastando à medida que eu me aproximo. Boa pergunta, não? Para que serve? Pois a utopia serve para isso, para caminhar. (Pra que serve a utopia? de **Fernando Birri**).*

Aos meus pais, **Hamilton e Cássia**, por toda educação, confiança e respeito imputados em minha pessoa.

EQUIPE

- Luan Franco Carvalho dos Santos, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. E-mail: laionfranco@gmail.com.
- João André Santos de Oliveira, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. E-mail: j.andre2002@gmail.com
- Diego Espinheira da Costa Bomfim, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. E-mail: diegoecbomfim@gmail.com
- Lorena do Rosario Gomes, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. E-mail: lorenadorosariogomes@gmail.com

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR

- Unidade de Saúde da Família Úrsula Catharino, Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho

FONTES DE FINANCIAMENTO

- | |
|-----------------------|
| 1. Recursos próprios. |
|-----------------------|

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, Doutor **João André Santos de Oliveira**, pela orientação, amizade e parceria, contribuindo sempre para minha formação de cidadão e futuro médico.
- ◆ Ao Doutor **Diego Bomfim Espinheira da Costa**, pelos ensinamentos e a orientação generosa, mesmo na ausência de obrigações.
- ◆ A tod@s profissionais da Unidade de Saúde da Família Úrsula Catharino, que tão bem me acolheram e compartilharam comigo um pouco da sua rotina, permitindo que eu pudesse realizar esse trabalho.
- ◆ Ao **Coletivo Além do Que se Vê** e o **Diretório Acadêmico de Medicina**, especialmente os companheir@s da **Gestão Viramundo**, por, mesmo não participarem diretamente na execução da Monografia, inspirarem-me o tema e me acompanharem sempre no caminho da luta e da utopia, por uma sociedade livre de opressões e por um SUS Universal e de tod@s.
- ◆ Aos lapinhas da **Liga de Atenção Primária à Saúde (LAPS)**, pelos anos de debate e formação, acreditando sempre em uma saúde inclusiva, pública e de qualidade.
- ◆ À minha Colega **Lorena do Rosario Gomes**, pela parceria no levantamento do tema e formação do nosso grupo de dois.

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| I. | RESUMO | 3 |
| II. | OBJETIVO DO ESTUDO | 4 |
| | II.1. Objetivo Geral | 4 |
| | II.2. Objetivos Específicos | 4 |
| III. | JUSTIFICATIVA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 5 |
| | III.1. As origens da Psiquiatria e da Saúde Mental: Reciclando Conceitos | 5 |
| | III.2. Reforma Psiquiátrica Brasileira | 6 |
| | III.3. A Complexidade Inerente ao “Básico”: A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a Rede de Atenção Psicossocial | 8 |
| | III.4. Justificativa | 10 |
| IV. | MATERIAIS E MÉTODOS | 12 |
| | IV.1. Desenho do Estudo e Abordagem Metodológica | 12 |
| | IV.2. Sujeitos da Pesquisa | 12 |
| | IV.3. Análise de Dados | 13 |
| | IV.4. Aspectos Éticos | 13 |
| V. | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 14 |
| | V.1. A Unidade de Saúde: Dados Demográficos | 14 |
| | V.2. O Cuidado em Saúde Mental | 15 |
| | V.3. As Estratégias de Cuidado Utilizadas | 17 |
| | V.4. Os Principais Entraves e Desafios | 26 |
| | V.5. O Caso-Guia | 30 |
| | V.6. Do Outro Lado da Mesa – O Olhar de Um Usuário de Saúde Mental | 35 |
| VI. | CONCLUSÃO | 38 |
| VII. | SUMMARY | 39 |
| VIII. | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 40 |
| IX. | ANEXOS | 43 |
| | IX.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 44 |
| | IX.2. Termo de Compromisso do Pesquisador | 47 |
| | IX.3. Entrevista Semiestruturada | 48 |
| | IX.4. Parecer Consubstanciado do CEP | 49 |
| | IX.5. Diários de Campo | 54 |

I. RESUMO

O presente estudo visa refletir sobre as práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família Úrsula Catharino, localizada no bairro do Garcia, no município de Salvador-Bahia, e tem o objetivo de compreender como o cuidado em saúde mental é produzido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e como esse processo dialoga com o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para isso, foram utilizadas duas abordagens metodológicas: a observação participante, com a construção de um diário de campo a partir da observação da rotina do serviço durante um determinado período; e o relato de caso, com a análise de um caso real de um paciente de saúde mental escolhido pela própria equipe, e cujo manejo mobilizou todos a se implicarem na produção do cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Ao final do estudo, foi possível refletir sobre as principais potencialidades, entraves, como a dificuldade de acesso à rede, e desafios vividos pelos profissionais da APS no cuidado em saúde mental neste âmbito de atenção. O uso de estratégias como a criação de grupos terapêuticos que foquem em ações de promoção da saúde e estímulo ao autocuidado, bem como de atividades que facilitem a vinculação entre profissionais e usuários dos serviços são bons exemplos dessa prática, que permite concluir que a APS pode dispor de potentes ferramentas para a articulação do cuidado em Saúde Mental.

TERMOS DE INDEXAÇÃO: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Rede de Atenção Psicossocial; Reforma Psiquiátrica; Produção do Cuidado.

II. OBJETIVO DO ESTUDO

III.1. Objetivo Geral

Compreender como se dá a produção do cuidado em saúde mental, na perspectiva dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador-Bahia, a USF Úrsula Catharino do bairro do Garcia, refletindo sobre seus entraves, desafios e principais potencialidades.

III.2. Objetivos Específicos

- Refletir sobre a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Primária a partir da perspectiva do profissional de saúde inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- Identificar ofertas e dispositivos de cuidado em saúde mental ofertados pela equipe da USF Garcia, para além das consultas ambulatoriais e visitas domiciliares.
- Identificar como a USF se relaciona com outros serviços da RAPS e refletir como esses dispositivos interferem no processo de cuidado;
- Refletir a relação das práticas com o que está preconizado nas políticas e diretrizes norteadoras do papel da Atenção Primária no cuidado à saúde mental.

III. JUSTIFICATIVA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

III.1 As origens da Psiquiatria e da Saúde Mental: Reciclando Conceitos

Ao longo das épocas, o aparato teórico, as novas teorizações e descobertas, o conhecimento empírico e os referenciais éticos e morais influenciam os modelos de atenção à saúde vigentes. Conforme esses sistemas vão se alterando, consolidando-se ou então ruindo, os modelos de atenção também se vão conformando diante das novas necessidades ou preceitos. É dessa forma que, progressivamente, o objeto de interesse do estudo da psique humana transmuta-se da doença para a saúde mental, assim como o próprio conceito de saúde extrapola os limites puramente orgânicos para uma visão psicossocial.

Antes do advento da psiquiatria enquanto ciência, Vasconcelos afirma que eram os médicos generalistas de família que cuidavam dos doentes mentais mais brandos¹. Para os casos graves ou quem não podia custear os honorários da medicina liberal da época, não havia um lugar específico de cuidado: encontravam-se espalhados pelas ruas, prisões, hospitais e asilos². Posteriormente, a formulação da Psicanálise por Freud e da Psicologia Analítica por Jung irão gerar uma prática psicológica que, apesar de original, ainda guardava características desse modelo liberal privado, individual e elitista, colocando em parênteses os demais componentes sociais, econômicos e culturais da vida do cliente¹.

Enquanto a medicina geral passou a preocupar-se com a *prova da doença* e motivou-se a buscar, no corpo, achados que justificassem diagnósticos diferenciais das doenças no final do século XVIII, a psiquiatria buscava provar a existência ou não da loucura. Essas questões foram trazidas por Foucault³ em seu livro *O poder psiquiátrico*, em que ele afirma que é nesse momento que a medicina geral e a psiquiatria se distanciam, uma vez que a psiquiatria é uma medicina na qual o corpo está ausente. Em sua obra *História da Loucura*, Foucault também demonstra como a loucura enquanto doença mental foi construída socialmente ao longo da história, remontando-se aos leprosários que, após o desaparecimento da lepra, passaram a abrigar os incuráveis e os loucos, ocupando o lugar social dos primeiros⁴.

Quando Philippe Pinel traz o conceito de alienação mental, perturbação incapacitante às ações sociais, e instala o tratamento moral baseado no completo isolamento do doente⁵, passa a ser considerado por muitos o pai da psiquiatria. A partir daí, proliferam os hospitais para doentes mentais ao longo do século XIX. No século XX, surgem novas perspectivas a partir de experiências pós Segunda Guerra Mundial em países como Inglaterra, França e Estados Unidos da América - EUA, mas de formas diferentes. Nesse contexto, havia a

preocupação por uma recuperação rápida de pessoas desadaptadas, para que retornem à vida produtiva em um cenário pós-guerra e de crise econômica⁶. Também, especialmente no que tange os EUA, era de interesse dar alta aos pacientes em razão dos crescentes gastos com o sistema hospitalar. Segundo Birman e Costa⁶, o foco não é mais a remissão dos sintomas clínicos, mas a adaptação ao contexto social.

Surge, então, uma abordagem preventiva da enfermidade mental. Essa psiquiatria se propõe aliar-se à saúde pública e a programas de bem-estar social, como promotora do mesmo. Esse é o principal ponto de críticas a esse modelo, uma vez que a psiquiatria preventiva continuava visando a doença mental desdobrada sobre o tecido social⁷, sem uma real superação do manicômio. Birman e Costa⁶ afirmam: “o que ocorre nesta prevenção sem sustentação teórica efetiva, é uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social”. Porto⁸, seguindo esse elucidativo histórico, aponta que esse é um processo bastante atual e que se coloca como questão importante para a atenção primária, em função da dificuldade das equipes em realizar uma intervenção mais ampliada, que supere a saída da psiquiatrização e consequente medicalização de sintomas sociais.

Segundo Amarante⁹, foram as ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia que trouxeram a inovação que seria marco da origem de novo dispositivo: o da saúde mental. Para Basaglia¹⁰, a psiquiatria, desde seu nascimento, é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir a classe operária que não produz.

III.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira

No Brasil, a psiquiatria nas três primeiras décadas do século XX operava uma lógica biologizante, com pouco discernimento sobre os limites da psiquiatria e que justificava a intervenção médica em todos os setores da sociedade, da família ao Estado. Foi nesse período que surgiu a Liga Brasileira de Higiene Mental, que seguia tais princípios biologicistas, porém também pregando a eugenia, o higienismo e o preventivismo¹¹.

Segundo Paulin¹², na década de 40, durante a gestão Adauto Botelho no recém-criado Serviço Nacional de Doenças Mentais, os hospitais públicos se faziam responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos do país. Asilos como o Juqueri em São Paulo, o Hospital Nacional dos Alienados no Rio de Janeiro e o São Pedro em Porto Alegre exerciam um papel orientador da assistência psiquiátrica, consolidando a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental¹². Segundo Costa¹¹, a

psiquiatria tentava se estabelecer como especialidade médica e o hospital psiquiátrico se afirmava como seu espaço de atuação. Nesse cenário, novas técnicas terapêuticas são introduzidas, como a psicocirurgia, insulino-terapia e a eletroconvulsoterapia, no intuito de substituir o caráter meramente custodial do hospital e dar à psiquiatria sua verdadeira função médica¹².

A gestão Aduino Botelho perdurou até 1954 e se caracterizou pela expansão desses hospitais, gerando mais de 16 mil leitos nesse período¹². Até a década de 80, o Brasil chega a ter cerca de 90 mil leitos psiquiátricos, com macro-hospitais, muitos deles extremamente precários ou distantes dos centros urbanos, que representavam verdadeiras cidades de doentes mentais. Foi nesse contexto que o Hospital Colônia de Barbacena firmou-se um dos maiores do Brasil. Fundado em 1903, fazia dos cadáveres dos seus pacientes fonte de renda. Segundo Arbex¹³, autora de *Holocausto Brasileiro*, cerca de 70% dos seus pacientes não tinham diagnóstico de doença mental. Ela descreve:

“Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças.”

Na década de 70, a Psiquiatria Preventivista passa a ter forte influência no Brasil, com todas as características já abordadas anteriormente. Na mesma época surge também o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), marco importante para o futuro desdobramento da Reforma Psiquiátrica e a luta anti-manicomial. Para Paim & Teixeira¹⁴, apesar da sua importância histórica para a consolidação dos direitos sociais na Constituição de 88 e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a RSB não se enquadra, integralmente, na noção de “políticas sociais” nem se limita ao tópico das “políticas de saúde”; expressando uma “reforma social”, não se reduzia a determinadas dimensões setorial, institucional ou administrativa¹⁴. Há de se considerar também que, além de ideia, a RSB é um processo que possui suas implicações até hoje.

Para Vasconcelos¹, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se divide em três grandes fases, que vão de 1978 aos dias atuais. A primeira fase, que vai desse período inicial a 1982, é marcada pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que militava a favor da humanização dos hospitais psiquiátricos e denunciava a indústria da loucura. A segunda fase

consiste na implementação da estratégia de desinstitucionalização e consolidação do movimento de luta antimanicomial, a abertura de dois mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de duzentos serviços de atenção psicossocial. Na terceira e última fase, que se estende à atualidade, é aprovada a lei 10.216 de 2001¹⁵, que institui a reestruturação da assistência psiquiátrica no país e fecha um ciclo histórico da saúde pública, iniciando outro de consolidação desse novo modelo. A nova Política Nacional de Saúde Mental reorienta o modelo assistencial, com ênfase em uma rede de base comunitária e territorial e a desconstrução do modelo centrado no hospital psiquiátrico, com a ampliação de uma rede diversificada de serviços extra-hospitalares¹⁶.

III.3 A Complexidade Inerente ao “Básico”: A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a Rede de Atenção Psicossocial

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), consolidada em 2006 pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reverbera uma tentativa contínua de reorganizar o Sistema Único de Saúde em reciprocidade aos seus princípios fundamentais de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social¹⁷. Sua ação centrada no território conjuga uma estratégia central de interlocução entre serviço/comunidade, proporcionando uma maior capilaridade em suas ações de promoção, prevenção e atenção à saúde.

Entretanto, apenas a menção da sigla ESF não significa necessariamente mudança de paradigma, em que o modelo de vigilância à saúde esteja apenas no território delimitado e na população adscrita¹⁸. Muitos estudantes e profissionais de saúde presenciam, ainda hoje, a hegemonia dos saberes e a separação dos fazeres, a partir de uma prática biomédica cartesiana. Muitos de nós somos instados ao trabalho isolado, “monoprofissional e monodisciplinar”, o que dificulta, em muito, a ideia do trabalho compartilhado. O fazer hospitalocêntrico, medicalizador e medicamentozante ainda pode operar mesmo entre as paredes de uma Unidade de Saúde da Família.

Segundo Merhy¹⁹, assim como o objeto da igreja não é a salvação da alma, mas a produção de práticas, como a crença, através da qual se atingirá a salvação como finalidade; no campo da saúde, o objeto não é a cura ou a proteção da saúde, mas a produção de práticas que exploram a produção do cuidado, cuja ação poderá culminar, ou não, na cura e na saúde.

Todas essas esferas em comunhão descaracterizam o pensamento de que o cuidado em saúde proporcionado pela Atenção Primária é simples.

Uma vez que as comunidades possuem demandas de saúde diversas, também os sujeitos que as compõem possuem necessidades distintas. Desse modo, o profissional se debruça sobre a natureza complexa que é o cuidado em saúde, acionando algumas tecnologias que dispõe no momento da realização do trabalho em saúde¹⁹. Essas tecnologias podem ser duras, como o estetoscópio, oftalmoscópio, exames de imagens; ou tecnologias leve-duras, conhecimentos previamente adquiridos que podemos recorrer, como a utilização da clínica, da epidemiologia, entre outras, áreas do conhecimento que são socialmente determinadas. Mas, para além destas tecnologias passíveis de serem acionadas, existe uma terceira que, além de ser do profissional, é também do usuário. São as ditas tecnologias leves. Tal tecnologia só é passível de ser acionada no momento do “encontro entre dois sujeitos”, que envolve a percepção de que atuam um sobre o outro. Nesse momento de troca, há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas expõem, momentos de confiabilidade e esperança, gerando o vínculo.

Merhy¹⁹ aponta: “Diante dessa complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advogamos a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa, em termos de resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo”.

No campo da saúde mental, o conflito entre o modelo hospitalocêntrico hegemônico e a perspectiva de cuidado ampliado desmanicomializador é histórico. Atualmente, após a proposta de desinstitucionalização dos serviços vinculados à saúde mental, que se fortaleceu ainda mais com o início da Reforma Psiquiátrica brasileira¹⁵, o modelo de atenção psiquiátrico passa por uma transformação de um modelo antes hospitalocêntrico, voltado aos hospitais psiquiátricos (manicômios), para um modelo voltado ao cuidado em Rede, quer seja angariado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência ou Unidades de Saúde da Família, garantindo, além da livre mobilidade do usuário, a interlocução entre os diferentes serviços. O artigo 5^a desta lei prevê que “o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência social institucional decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”, ou seja, todo e qualquer paciente de serviço

psiquiátrico tem direito de ser tratado preferencialmente em serviço comunitário de saúde mental, direito à inserção na família, no trabalho e na comunidade¹⁵.

Em 23 de Dezembro de 2011 é sancionada a Portaria 3.088 do Ministério da Saúde, que institui a RAPS, com o objetivo de “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” a fim de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral²⁰. Os principais componentes da rede de saúde mental são: ações de saúde mental na atenção primária, Centros de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas, apoio à geração de trabalho e renda, leitos em hospitais gerais, consultórios de rua, casas de passagem (para usuários de álcool e outras drogas), centros de convivência, entre outros¹⁶. Desse modo, percebe-se a interlocução entre a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde Mental. Ambas buscam reorientar o modelo assistencial com a noção de território, organização da atenção em rede, uma rede intersetorial, multiprofissional/interdisciplinar, que se preocupa com a promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares²¹.

Em virtude dos fatos mencionados, é notável a existência dessa tentativa de humanização de toda assistência no âmbito do serviço em saúde. Há, também, uma necessidade de reinvenção das formas de cuidar e de produzir saúde. Nessa perspectiva, é de fundamental importância que os serviços se reinventem a cada dia, na tentativa de construir práticas de saúde que priorizem o indivíduo enquanto sujeito dotado de direitos, autonomia, dignidade e sofrimento específicos.

III.4 Justificativa

Ao confrontar tais desafios, é necessário empreender esforços coletivos para a construção de um cuidado em saúde mental subjetivo e ampliado. Para experimentar o papel de cuidador livre de julgamentos e preconceitos, movido por uma ação nova a cada novo contato, os serviços de saúde precisam dispor de flexibilidade e contínua reflexão acerca do lugar que nos colocamos ou somos colocados durante o processo cotidiano de produção do cuidado em saúde, mais especificamente, em nosso caso, do cuidado em saúde mental. A escolha da Unidade de Saúde a ser estudada foi realizada sob tal motivação, uma vez que é um serviço que tem sido destaque no cuidado em saúde mental no âmbito da atenção primária no cenário soteropolitano, desde os relatos apresentados no III Congresso Nordeste de Medicina de Família e Comunidade, realizado em 2014, em Salvador.

Assim, esse trabalho busca compreender como se dá a produção das práticas de cuidado em saúde mental pela equipe de uma Unidade de Saúde da Família, componente-chave da implementação da RAPS e, por conseguinte, da consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira, em função de sua ação territorializada e de âmbito longitudinal, centrada na comunidade e na valorização do usuário enquanto sujeito inserido em um contexto social, de monta extremamente relevante e intrincada com a saúde mental. Busca também, para além de seus fins acadêmicos, colaborar, ainda que minimamente, com a construção da Reforma Psiquiátrica e o fortalecimento da luta antimanicomial, compreendendo que sua origem genuinamente militante não deve ser negada nem jamais esquecida, uma vez que sem a força de quem luta os novos horizontes de atenção à saúde mental não estariam em realidade, prosseguindo em utopia.

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

IV.1. Desenho de Estudo e Abordagens Metodológicas

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter analítico, com duas abordagens metodológicas: Observação Participante, associada à construção de um diário de campo, com o objetivo de documentar a rotina da Unidade de Saúde, identificar as ofertas em saúde mental, assim como de compreender a dinâmica de organização da equipe e de produção das referidas ofertas; a segunda abordagem é o relato de caso elaborado a partir de entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, pelo qual se pretende refletir sobre a complexidade de manejar o cuidado em saúde mental de uma usuária real na prática cotidiana de uma Unidade de Saúde da Família.

Na Observação Participante, enquanto técnica utilizada em investigação, há que realçar que os seus objetivos vão muito além da pormenorizada descrição dos componentes de uma situação, permitindo a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento.²² A Observação Participante é realizada em contato direto, frequente e prolongado do investigador, com os atores sociais, sendo assim o próprio investigador o instrumento de pesquisa. Podemos considerar que a Observação constitui uma técnica de investigação, que usualmente se complementa com a entrevista semiestruturada ou livre, embora também com outras técnicas como análise documental. A observação participante é dinâmica e envolvente e o investigador é simultaneamente instrumento na recolha de dados e na sua interpretação.²³

O relato de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. O objetivo de um relato de caso é relatar os fatos como sucederam, descrever situações ou fatos, proporcionar conhecimento acerca do fenómeno estudado e comprovar ou contrastar efeitos e relações presentes no caso.

Desse modo, a partir da complexidade natural imbuída ao tema “cuidado em saúde” e partindo do pressuposto que este cuidado só se produz no momento do encontro entre profissional de saúde e usuário, singularizando-se a cada encontro e de diferentes formas a partir de diferentes sujeitos, conferindo uma incerteza no produto a ser realizado²⁴; procuramos compreender como o cuidado em saúde mental é produzido pela equipe.

IV.2. Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde das equipes da Unidade de Saúde da Família Úrsula Catharino, no bairro do Garcia, Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho.

Os critérios de inclusão para os profissionais de saúde foram: ser maior de 18 anos, estar devidamente empregado pela unidade de saúde referida e vinculado, seja clinicamente ou não, ao caso que vier a ser escolhido. Os critérios de exclusão: apresentar condição que impeça a compreensão sobre o que lhe falam e deixar de fornecer informações que permitam caracterizar o processo de cuidado em saúde do caso que vier a ser escolhido.

IV.3. Análise de Dados

Os dados foram processados por um conjunto de procedimentos que os organizem de modo a compreender como o grupo em questão percebe e se relaciona com o cuidado em saúde mental. O tratamento dos dados obtidos seguiu com o método de análise de conteúdo a partir da perspectiva qualitativa, repousando-se nas citações textuais dos participantes do grupo, ilustrando os principais achados do estudo.

IV.4. Aspectos Éticos

O presente estudo foi previamente aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, possuindo número de parecer 1.386.669, conforme pode ser confirmado no anexo IX.4. O registro do discutido nas entrevistas só foi feito com consentimento prévio dos participantes, concedido por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. O sigilo do material obtido foi totalmente mantido por parte do pesquisador e demais membros do grupo. Como toda pesquisa, esta também conteve riscos. Os possíveis riscos ou desconfortos da pesquisa foram os emocionais, estando entre eles o constrangimento na abordagem das perguntas durante a entrevista e ter as opiniões expostas para os companheiros da equipe de saúde, uma vez que poderia responsabilizá-los por possíveis falhas no processo do cuidado, ou serem responsabilizados. Entretanto, afirma-se o cuidado na preservação do sigilo do entrevistado pelo entrevistador, sem haver citação de nome ou exposição de qualquer característica que possa identificar os entrevistados durante a pesquisa ou na elucidação de resultados.

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os dados foram transcritos e analisados, de acordo com a metodologia proposta. A etapa 1, que consistiu no método de observação participante das atividades da Unidade relacionadas ao tema em voga com descrição em diários de campos, foi executada entre os meses de abril e junho de 2016, resultando na produção de 10 relatos de vivência, que constam no anexo IX.5.

Na etapa 2, foi escolhido, juntamente com a equipe, um usuário da USF portador de sofrimento mental que mobilizou todos e que a mesma julgou que foi uma experiência significativa em relação ao cuidado em saúde mental, chamado de caso-guia. Foram entrevistados quatro profissionais de saúde inseridos na Unidade, entre eles um médico, um enfermeiro, um agente comunitário de saúde e um profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de compreender a casuística pessoal em torno do tema, além da sua percepção subjetiva sobre o cuidado em saúde mental ofertado pela Unidade e o processo de cuidado relacionado ao caso-guia. A mostra foi selecionada por conveniência, a partir dos profissionais que mais se envolveram no processo de cuidado do caso em questão. Também foi entrevistado um usuário de saúde mental do serviço, que surgiu em um contexto não planejado, entretanto decidimos inclui-lo no trabalho por considerar fundamental o relato de um usuário acerca da loucura e o cuidado em saúde mental que ele vivenciou ao longo dos anos.

Por fim, dividiremos o processamento dos dados colhidos em cinco subtemas a fim de melhor situar o cuidado em saúde mental ofertado pelo serviço: Dados demográficos; O Cuidado em Saúde Mental; As Estratégias de Cuidado Utilizadas; Os Principais Entraves e Desafios e o Caso-Guia. Nestes tópicos, serão trazidos trechos das entrevistas com os sujeitos da pesquisa e dos diários de campo, que estarão destacados em *itálico*.

V.1 A Unidade de Saúde: Dados Demográficos

A Unidade de Saúde da Família Úrsula Cathatino situa-se na rua Quintino Bocaiuva, Nº 8, ao lado da praça Marquês de Olinda, no bairro do Garcia, no distrito sanitário Barra-Rio Vermelho. A Unidade conta com três equipes de Saúde, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de duas equipes de Saúde Bucal, as quais realizam cerca de 5 mil atendimentos por ano. A Unidade também conta com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que possui profissionais de

psicologia, nutrição, terapia ocupacional e fisioterapia, entre outros, que se fazem bastante atuantes na Unidade, com participação nos grupos terapêuticos, nas reuniões de equipe, realização de interconsultas com a equipe mínima, matriciamento e articulação da rede de saúde para os usuários do serviço, no território. Trata-se, também, de uma Unidade docente-assistencial que recebe estudantes de saúde da Universidade Federal da Bahia – UFBA, durante a graduação.

A Unidade oferece à população serviços de atendimento ambulatorial, com acompanhamento familiar longitudinal, acolhimento, visitas domiciliares, há oferta de exames laboratoriais realizados na própria Unidade, também realização de testes rápidos para HIV, sífilis e Hepatites B e C. Para além dos serviços individuais, a Unidade possui grupos terapêuticos com objetivos de promoção da saúde física e mental, prevenção de doenças, estímulo ao autocuidado, socialização comunitária e até mesmo, objetivos políticos de promoção da cidadania, consciência ambiental e auto-organização da comunidade.

V.2 O Cuidado em Saúde Mental

Para se compreender o cuidado em saúde mental articulado pela USF Úrsula Catharino, em primeiro lugar, é preciso conceituar saúde mental para esses sujeitos: que lugar de fala é esse que os profissionais estão se colocando para propor esse cuidado? Os profissionais entrevistados foram questionados sobre seu entendimento quanto à saúde mental. Abaixo, seguem alguns relatos interessantes:

“(...) quando a gente fala de saúde mental de uma forma genérica, no senso comum, a gente acaba se referindo a tudo e qualquer coisa que esteja no campo da emoção, no campo do psiquismo (...)”.

“(...) mas é um termo que tem por trás dela uma escolha né, uma escolha político-ideológica de como lidar com a questão do sofrimento psíquico (...), para além do dia-a-dia, ela ganhou esse sentido em oposição à questão do transtorno, em oposição à questão do tratamento hegemonicamente pensado com o viés psiquiátrico de internação e hospitalização (...)”.

“Saúde mental pra mim, hoje, eu diria que é a manifestação do estado psíquico, que está completamente relacionado com o modo de vida, com as condições sociais e familiares e todo o repertório de vida né, história daquela pessoa e que se manifesta em determinado momento histórico né, porque não existe uma saúde mental linear na vida (...)”.

Obviamente, a definição do termo “saúde mental” assume aspectos subjetivos a partir das vivências de cada profissional, entretanto, não se pode perder de vista seu caráter generalista, que não está dissociado à saúde geral e não deve ser ignorado pelos profissionais, uma vez que está preconizado o cuidado integral como princípio base do SUS¹⁷. Segundo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde para Saúde Mental²⁵, essa não deve ser abordada em contraposição à saúde física ou biológica – conforme o velho e equivocado dualismo corpo/mente – uma vez que o sofrimento psíquico não é reservado àqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas algo presente na vida de todos, e nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente.

“(...) a lógica da política, pensando na construção de Rede é que as Unidades de Saúde da Família, a Atenção Básica, seja um local de porta de entrada e que lide mais com esse transtorno mental “não bravo”, digamos assim, leve; os casos de depressão, os casos de ansiedade e também com esse sofrimento psíquico “normal”, digamos assim (...).”

Um dos princípios norteadores da Política Nacional de Atenção Básica¹⁷ é que essa sirva de primeiro acesso ao Sistema de Saúde, incluindo pessoas que possuam demandas de Saúde Mental. O cuidado territorializado e longitudinal de famílias busca facilitar esse acesso, uma vez que essa relação gera vínculos entre os profissionais, os usuários do serviço e o próprio território. Não é incomum o profissional de saúde que está na Atenção Primária se deparar com situações de Saúde Mental na rotina do serviço:

“(...) se você tem uma pessoa que tem um diagnóstico, por exemplo, de câncer, esse diagnóstico, esse momento de vida que tem uma questão também orgânica envolvida, isso tem uma total repercussão no processo psíquico daquela pessoa, assim como numa separação, assim como entrar na faculdade, assim como estar na adolescência, assim como entrar na escola e ser alfabetizado, todos esses processos de vida, de momentos de vida influenciam no seu estado de saúde mental.”

A partir dessa afirmação podemos perceber a implicação do cuidado longitudinal proposto pelo modelo de atenção da Atenção Primária no âmbito da saúde mental. Conhecer a lógica de organização de uma determinada família, os papéis assumidos por cada membro, compreender como ela se relaciona com o território, com a comunidade, com a própria Unidade de Saúde, podem ser ferramentas potentes para perceber o advento de determinados conflitos, trabalhar a lógica do autocuidado e articular um cuidado transversal de promoção da saúde mental e física.

É também uma preocupação da RAPS²⁰ tornar a Atenção Primária como porta de entrada para as demandas de Saúde Mental, da mesma forma, compreende-se a importância da Unidade servir como interlocutor entre a comunidade e as pessoas do território que se encontram em sofrimento psíquico, uma vez que a sociabilização é um componente fundamental no lidar da vulnerabilidade.

A USF Úrsula Catharino é um serviço que hoje se preocupa com as demandas de Saúde Mental provenientes do território, fica bastante claro durante os relatos dos profissionais que nem sempre foi assim, houve todo um processo de debates e conflitos a partir de situações problema; também é notável o protagonismo de alguns profissionais para problematizar essas questões, estimulando o debate e a reflexão nos demais quanto as suas práticas:

“(...) é uma Unidade que se abriu pra receber paciente de saúde mental com muita tranquilidade aqui dentro, isso obviamente varia de profissional para profissional, independente da categoria, todas as categorias, desde agente comunitário a todos os profissionais da equipe mínima até do NASF, então existem profissionais que são mais abertos ao tema e profissionais que são menos abertos, mais capacitados e menos capacitados, mas a gente conseguiu, por algumas questões de casos que foram acontecendo na Unidade e a forma de lidar com esses casos, a gente hoje tem uma Unidade que acolhe muito tranquilamente as pessoas, inclusive em surto psicótico, às vezes né.”

“(...) as pessoas aprendem com o fazer junto coletivo, a pessoa está vendo você fazendo enquanto médico; se ela vê você amarrando o usuário, com medo e dando medicação forçado, ela automaticamente vai aprender, porque aquilo é uma forma de lidar; se ela ver você enquanto médico, ou outro profissional, você tendo outras formas de lidar, aquilo gera um rebuliço, a cabeça fica doidona, você precisa fazer debate, mas aquilo também vai consolidando outras formas de fazer e aí foi basicamente isso que aconteceu no caso da usuário-guia.”

V.3 As Estratégias de Cuidado Utilizadas

“(...) eu acho que não ter barreiras é o fundamental, não criar obstáculo (...)”

Esse tópico pretende abordar ferramentas de cuidado em Saúde Mental, identificadas ao longo das vivências na Unidade e nos relatos dos profissionais. É preciso considerar que esse trabalho não objetiva ponderar quais estratégias dão mais ou menos certo, o que pretendemos aqui é apontar possíveis estratégias que podem ser interessantes de ser utilizadas

pelos profissionais de saúde, considerando o contexto em que estão inseridos, suas finalidades e, principalmente, a subjetividade de cada sujeito envolvido no processo de cuidado.

“(...) se o paciente não for bem recebido pelo porteiro, pelo administrativo, ele nem adentra na Unidade.”.

A primeira questão a ser abordada é o entendimento que todos os trabalhadores da Unidade são profissionais de saúde, desde os profissionais de serviço gerais, recepção e os profissionais da equipe mínima e, assim, podem estar inseridos nos processos de capacitação e educação permanente, cuidado e acolhimento dos usuários do serviço, bem como podem interferir negativamente nesse processo, se não há uma preocupação pela Unidade em torno desse tema. Nesse sentido, as reuniões gerais da Unidade, das quais todos os profissionais participam, são fundamentais para a consolidação desse entendimento dentro das equipes e não devem ser ignoradas.

Nesse contexto, insere-se o próprio conceito de Redes Vivas²⁶, trazido por Merhy e colaboradores, um conceito novo que atualmente tem sido debatido no campo da saúde, em que as pessoas, incluindo profissionais e usuários estão em movimento, produzindo relações, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados, conformando suas próprias redes. Em um dos relatos, a relevância desse processo fica evidentemente claro:

“(...)quando você tá no NASF, você começa a pensar o que é que cola em cada cenário. Então, por exemplo, no Garcia eu percebo que o processo de discussão de caso, de pensar um projeto terapêutico comum e você operar esse projeto terapêutico, “ah, então beleza, vamos acordar agora que o passo do PTS de fulana é fazer a vinculação com o CAPS do Garcia” e aí todo mundo meio que aposta nisso, então ta, o que é que fulano vai fazer? Fulano vai lá, eu conheço uma figura lá, então ele vai, já vou falar com essa figura, você vai procurar ela; “ah, vamos marcar uma reunião da figura da referência dela no CAPS daqui” então eu vou pra isso; ah, então fulano aqui já reforça com cicrano e vê, enfim, é um cuidado meio combinado de um projeto, de um PTS que dá pra ser combinado e dá pra pensar estratégias conjuntas. Na Unidade X, por exemplo, eu já acho que não, que é o tempo todo eu tentando pensar algumas estratégias e puxando o profissional (...)”.

A estruturação do trabalho em rede também é uma ferramenta fundamental para o estabelecimento de um cuidado em saúde mais integral, a partir da própria clínica ampliada. Como já dito anteriormente, essa relação está preconizada na PNAB e a própria estruturação do cuidado em Saúde Mental é estabelecido em rede, a partir da RAPS. A Rede é uma ferramenta fundamental para o processo de trabalho do NASF²⁷, que também possui uma

potente ferramenta de interdisciplinaridade, quer seja na participação da elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS), realização de interconsultas com os profissionais da equipe mínima e facilitação do fluxo do usuário pela Rede a partir de articulação.

“os profissionais do NASF participam da reunião da equipe quinzenalmente a fim de discutir esses casos para elaboração de projeto terapêutico singular (PTS) em conjunto com a equipe, também notei a proximidade que o Núcleo tem com a rotina da Unidade”.

“(...) eu acho que o NASF tem um papel muito importante na articulação do serviço especializado com a atenção primária, então, nas Unidades que eu to eu percebo claramente que o NASF é o interlocutor entre o CAPS, PA Psiquiátrico e em alguns momentos, infelizmente, hospital psiquiátrico e a saúde da família.”.

“(...) muitas equipes se travam e é isso e tem uma negação muito grande do cuidado, da assistência mesmo, então muitas equipes do NASF dizem “ah, o NASF não atende, o NASF não” e eu sempre brinquei desde que eu entrei no NASF é que o NASF não diz não, NASF é apoiador, se a equipe traz a demanda que for é demanda, é necessidade, é a forma como a equipe consegue expressar a sua necessidade.”.

A Rede precisa ser uma preocupação constante dos profissionais que estão na Atenção Primária, não só para uma melhor resolutividade dos problemas de saúde, mas principalmente para a garantia da integralidade do cuidado.

“A Unidade recebeu uma determinação da Defensoria Pública de prestar assistência médica às pessoas acolhidas pela casa. A pauta girou em torno de como a Unidade poderia se organizar para dar conta dessa determinação e de como eles poderiam fazer um trabalho mais integrado com a rede, uma vez que existem projetos que assistem a essa população, a exemplo do Consultório na Rua, e muitas vezes essas pessoas são encaminhadas para esses abrigos sem uma articulação com esses projetos, podendo haver casos de pessoas com tratamento de tuberculose interrompido, por exemplo, devido a equipe de saúde desconhecer o paradeiro do paciente e os profissionais desses abrigos desconhecerem a condição do abrigado.”

O PTS é uma ferramenta muito utilizada na atenção especializada, nos CAPS, incorporada também pela Saúde da Família. O objetivo dessa ferramenta é articular um conjunto de estratégias a partir de discussões coletivas, interdisciplinares, entre os profissionais envolvidos no cuidado e, também, com o próprio usuário. A proposta de

discussão de caso, pactuação de projetos entre profissionais e usuários e, às vezes, em conjunto com toda uma família pode ser uma estratégia extremamente potente para o cuidado.

“(...) estratégias assim, pra poder desenvolver também a questão da sociabilidade dele com os outros pacientes da Unidade, com as outras pessoas da Unidade, trazer esse paciente para os grupos, ver o que ele tem assim de dom, não sei, procurar ver o que ele gosta de fazer, o que ele pode trazer para a Unidade (...)”

Os grupos terapêuticos são outra proposta de socialização, estímulo ao autocuidado, incentivo e promoção da saúde que tem dado muito certo na USF Úrsula Catharino. Existe grupo de idosos (Amanhã sem Dor), tabagismo, de gestantes e relaxamento. A seguir, alguns relatos que ilustram as vivências dos grupos na Unidade:

“acho que temos grupos que trabalham muito essa questão de saúde mental, mas você não tem um grupo tipo, como fazer um grupo de saúde mental? Você vai fazer o quê? Um grupo de psicose, um grupo de depressão? Poderia ser uma solução, mas a gente tem grupos que na verdade são mais voltadas para promoção de saúde e ao fazer isso você está trabalhando também saúde mental”.

“Participei também de um encontro do grupo Amanhã sem Dor, com uma atividade de artesanato. A nutricionista do NASF explicou-me que o grupo foca na qualidade de vida e envelhecimento saudável e que eles trabalham também por ciclos temáticos, já tendo passado por ciclos como auto-estima, cidadania, reciclagem... Ela também me explicou que a dinâmica dos encontros também é variada: um dia eles fazem artesanato, outro passeio, um dia passa filme, outro fazem uma roda de conversa, fazem também atividade física, etc. O grupo é composto em sua maioria por mulheres com idade aparente entre os 60 e 80 anos, apesar de possuir mulheres mais jovens no grupo. Fiquei impressionado com a quantidade de participantes, a profissional me explicou que existem encontros que eles conseguem reunir cerca de 18 pessoas e que a maioria é bastante assídua e pontual.”.

“(...) tem um grupo de idoso, que também é um grupo bastante comum, mas a gente consegue fazer um grupo hoje que é bem frequentado, tem umas 30 pessoas e que o prioritário não são os problemas de saúde dos idosos, se entra nessa questão, mas discutimos muito mais qualidade de vida, então vários idosos da Unidade você acaba levando para o grupo porque são idosos às vezes que precisam de um convívio social ou que na consulta tão trazendo problemáticas muito mais ligadas à questão da terceira idade, da exclusão, de um

afastamento da família, enfim, então é um processo de vivência que ta promovendo saúde mental né (...)”.

“(...) tem o grupo de relaxamento, que é um grupo também que, a intenção do grupo foi tentar puxar pacientes que, enfim, tenham alguma ansiedade ou, enfim, transtornos ansiosos de uma forma geral, mesmo que não seja um transtorno de ansiedade generalizado (...)”.

“(...) a psicóloga explicou à paciente como funciona as dinâmicas do grupo, com reuniões semanais no primeiro mês, seguido de reuniões quinzenais e logo após reuniões mensais até completar o período de 1 ano de abstinência. Ela também explicou que eles faziam usos de adesivos de nicotina para auxiliar no tratamento e outros medicamentos apenas se necessário.”.

“Pelo período da tarde a Unidade se concentrou nas atividades do arraiá (do grupo Amanhã sem Dor) e foram bastante intensas as experiências. Uma coisa que me chamou bastante atenção foi a finalidade terapêutica assumida pelos profissionais durante toda a festa: Teve um momento em que uma das profissionais veio até mim e pediu para dançar com uma das pacientes de saúde mental da Unidade, pois ela estava um pouco isolada dos demais, logo havia um propósito naquilo, não era uma coisa solta, a festa pela festa. Havia os aspectos da promoção da saúde, a importância da comunidade estar envolvida, também houve uma peça que a equipe apresentou, em que havia falas importantes, como a importância de estar nos grupos, de se organizar, se formar cidadão, foi uma experiência riquíssima, enxergar o cuidado em saúde para além da alopatia, de forma lúdica, divertida.”.

A integração da Unidade com atividades que estão acontecendo pela cidade, como meses temáticos ou datas comemorativas, é mais uma estratégia que tem servido de base para promover discussões e debates importantes dentro da comunidade. Durante a vivência, ouvi alguns relatos sobre intervenções realizadas pela Unidade no dia da Consciência Negra, a própria festa descrita acima, o arraiá do grupo Amanhã sem Dor, foi realizada em Junho, na véspera do São João. No mês de maio, mês da luta antimanicomial, a Unidade se organizou para integrar as atividades que estavam acontecendo em Salvador em torno do tema. A Unidade participou de um espaço realizado pelo grupo de teatro Os Insênicos, composto por usuários de Saúde Mental que fazem do teatro um mecanismo terapêutico, com a peça “Quem Está Aí?”, a proposta foi levar usuários de saúde mental e profissionais para assistir a peça. A

Unidade também participou da IX Parada do Orgulho Louco que aconteceu na Barra no dia 21 de maio, segue o relato:

“A vivência de hoje consistiu na participação da IX Parada do Orgulho Louco, evento já tradicional da programação de atividades do mês da luta antimanicomial, e como já exposto anteriormente, a equipe do Garcia topou participar desse momento, tendo organizado uma kombi da prefeitura para trazer alguns profissionais e usuários de saúde mental do Garcia. A concentração no Cristo é marcada pela chegada de diversos grupos, o pessoal dos CAPS, algumas equipes das USFs, profissionais do Consultório na Rua, muitos usuários desses serviços, algumas bandas compostas de usuários de saúde mental que já são conhecidas como a banda do CAPS Pernambués, a galera do Flores da Massa, também o pessoal do grupo de teatro Os Insênicos. Enfim, nesse momento encontro diversas figuras que me são muito queridas, como alguns profissionais e usuários do CAPS AD Gregório de Matos, o qual estagiei por 1 ano, também encontro algumas figuras do Movimento Estudantil da UFBA e profissionais da Atenção Básica que conheço pela minha singela atuação enquanto militante, pelas minhas peregrinações na LAPS (Liga de Atenção Primária à Saúde) e pelos serviços que passei durante minha jornada acadêmica. Antes de iniciar nossa caminhada, todos damos as mãos para compactuar nossos objetivos, a importância daquele momento e fazer uma breve lembrança e 1 minuto de silêncio em homenagem ao psicólogo Marcus Vinícius Matruga, importante referência na luta antimanicomial, professor da UFBA aposentado, assassinado no início do ano em função de sua atividade política na mediação de conflitos de terras indígenas. Por volta das 10 dá-se início à caminhada em direção ao Farol da Barra, regada por muita música puxada pelas bandas presentes e pelo coro de participantes. No meio do caminho, novamente paramos e nos dispomos em roda para um momento de homenagens ao professor Marcus Vinícius, o espaço fica aberto para quem quiser proferir algumas palavras, houve uma pessoa que proclamou algumas poesias e no final todos saudaram a memória do querido professor (Marcus Matruga, presente!). A passeata tomou seu rumo até o farol, onde mais uma vez nos dispomos em roda para mais momentos de apresentação artística, também houve algumas falas importantes pelo direito pela democracia, em defesa do SUS e pela reforma antimanicomial. Fiquei muito impressionado pela riqueza do espaço, que assume um caráter terapêutico, mas também político e pedagógico, acredito que em total sintonia com a concepção de luta contra os manicômios.”

A realização de visitas domiciliares tem sido outra aposta dos profissionais do Garcia, lançando mão de uma ferramenta importante de inserção na realidade daquela pessoa, daquela família; uma estratégia que nos permite compreender diversos fatores que nunca seriam possíveis ao consultório.

“(...)a estratégia de visita domiciliar e abordagem à família, então, muitas vezes a gente tem que fazer conferência familiar, chamar a família, pactuar o cuidado (...)”.

A proposta de manejo vincular²⁸, bastante consolidada a partir dos ideais de Marcus Vinicius, que propõe que o vínculo não se trata apenas de uma boa relação ou uma relação ruim, mas uma conservação mais instrumental da noção de transferência e contratransferência, também foi apresentada pelos profissionais durante os relatos:

“(...) a ideia é trabalhar não com reação, mas com o que Marcus Vinicius chamava de uma presença clínica orientada; então você tem uma teoria que te sustenta e em cada momento você se analisa naquela cena e tenta perceber qual é o afeto que ta mobilizando em você, qual é o afeto que você ta mobilizando no outro e trazer isso para o diálogo, esse talvez seja o principal elemento (...)”.

“Um dos profissionais foi lá na recepção chamar a galera para o grupo (de relaxamento) e aí tinha uma paciente de saúde mental que tava lá por acaso e que nunca fez parte do grupo, então ela se interessou e foi, ao final ela disse que adorou o grupo e que iria voltar, isso é um componente interessante de você enquanto profissional estar aberto às possibilidades que surgem, de adesão, de estabelecimento de vínculo, que permitirão você avançar no cuidado com aquela pessoa.”.

“(...) a questão de saúde mental, a gente trabalhou um pouco isso aqui na Unidade, ela tá muito relacionada à questão vincular né, com a questão do vínculo e a gente já tem um vínculo com as pessoas da comunidade, por conta de ser um serviço que já existe há um tempo, trabalha em território longitudinalmente, na Atenção Básica, isso daí, tem a parte do agente comunitário também, mas eu acho que ao longo desse processo de abertura da Unidade para a questão da saúde mental a gente conseguiu que com o processo de acolhida as pessoas se vinculassem bastante à Unidade, então é muito comum, a gente tem pacientes que tão sempre de alguma forma vinculados à Unidade.”.

A Unidade tem apresentado uma proposta de Educação Permanente um pouco diferente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, o que eles intitulam como

“educação permanente a partir do convívio”. Pude presenciar o processo de vinculação de profissionais que estavam em processo de capacitação com usuários de saúde mental, “supervisionados” por outros profissionais da equipe que tinham uma bagagem maior em torno do tema, ou já possuíam um vínculo maior com o usuário, através de visitas domiciliares em conjunto, consultas na Unidade, entre outras estratégias.

“(...) educação permanente mais pensada não de uma forma burocratizada, a gente faz momentos teóricos? Faz, mas quando dá, quando a gente vê que cabe, não força, trabalha a educação permanente mais no cotidiano, a partir do convívio (...)”.

“(...) no início eu tinha bastante receio, não vou mentir, eu tinha muito receio, então ele foi me chamando pra perto e ela foi adquirindo confiança conforme as consultas que ela fazia comigo e hoje tá assim tranquilo.”.

“(...) a gente conseguiu criar um clima na Unidade de participar, de ir enquanto Unidade para uma peça de teatro do grupo Os Insênicos, que é um grupo de teatro de pessoas com transtorno mental da rede e tal, e aí a gente se organizou, tem uma outra paciente do posto que faz parte do grupo, ela sempre teve vontade de que a Unidade fosse, a gente se organizou, fez bazar com sugestão dessa paciente, correu atrás, conseguiu levantar fundo, parceria com o CRP, alugou um ônibus, conseguimos pagar os ingressos e levamos 50 pessoas, entre profissionais, estudantes e usuários e a idéia principal é isso né, você ver pessoas que têm transtorno mental, que ta até às vezes impregnada de remédio, tendo a possibilidade de ser um ator de teatro e aí provocar a reflexão tanto no usuário que é de saúde mental de que, poxa, se ela faz isso, tem grau de autonomia pra fazer isso, será que eu não tenho também? Ter um estímulo, tanto dos próprios profissionais, que a gente entende isso enquanto estratégia de educação permanente mesmo assim, educação permanente num sentido mais amplo, não necessariamente, por mais que esteja ligado ao fluxo do trabalho, não sejam mini palestras, mas na prática são processos teóricos, então a gente com esse caso se tocou um pouco do processo educativo enquanto um processo mais Paulo Freireano de um currículo implícito assim né (...)”.

O olhar atento do profissional sobre as questões de saúde mental durante a abordagem individual também é vital para tratar sobre o tema. Estratégias de estabelecimento de vínculo, quebra do estranhamento do momento, entre outras ferramentas da anamnese psíquica que geralmente são aprendidas durante a graduação também podem ser utilizadas para abordar questões de saúde mental que podem surgir durante a consulta:

“Gostaria de chamar a atenção sobre um residente que muito simpatizou comigo pois descobriu que eu já havia feito karatê, como ele, servindo como caldo para uma certa empatia e muita conversa. Ele me falou sobre sua história de vida, como ele um dia já teve condição e acabou perdendo tudo. O que achei mais engraçado e ao mesmo tempo muito interessante é que sempre que ele passava por mim ele dizia uma palavra do karatê (gedan barai; oss; heian shodan), imagino que para demonstrar que ele realmente entendia do assunto e que o que ele dizia sobre sua história era verdade.”.

“(...) eu utilizo muito os recursos de escuta, de compreensão da vida desses sujeitos, que aí eu acho que bebe um pouco na clínica ampliada e na abordagem à psicose é a clínica psicossocial das psicoses, que aí bebe nas ideias de Marcus Vinicius, do PIC (...)”.

A seguir, um exemplo do como as questões relacionadas à saúde mental surgem, uma vez que elas são inerentes à nossa condição humana. Estávamos lidando com uma situação relativa a uma criança, e durante a consulta a tia que estava relatando coisas sobre a criança, de repente começa a falar do irmão e chorar por sua morte, o profissional que não está aberto a lidar com as questões de saúde mental ou não está atento provavelmente vai deixar passar essas questões, ignorá-las. É preciso estar atento e sensível aos momentos do outro, o profissional atento sabe respeitar o momento do choro, sem invadir o outro de perguntas no momento descabido, assim como perguntar com profundidade e interesse quando for preciso:

“Tivemos um momento de conversa especialmente com a tia e aí ela contou essas coisas, ela citou a situação da família, no meio da conversa ela trouxe outro ponto em que um dos irmãos dela teve um AVC e veio a falecer ontem, aí ela chorou, a deixamos à vontade, ela então se recompôs, e voltamos a conversar sobre a criança.”.

Acreditar que a abordagem sobre as questões de saúde mental influencia na atmosfera do cuidado, é também acreditar nos sujeitos da nossa prática. Como dito anteriormente, não há garantia nenhuma de que as estratégias expostas aqui funcionarão, todas elas podem ser extremamente exitosas em algumas situações, assim como podem falhar completamente diante de outras. É preciso sempre considerar que nem sempre o que o serviço de saúde está ofertando é aquilo que o usuário precisa naquele momento, é preciso sempre pensar o quanto o serviço consegue se colocar de forma palatável e adequada para cada usuário, uma vez que mesmo questões que são comuns de todos usuários, por exemplo, desemprego, discriminação, crise familiar, são também questões individualizadas a partir da complexidade dos sujeitos e

das suas subjetividades. Entretanto, o insucesso não furta do profissional o dever de se reinventar e continuar tentando:

“(...) tem alguns usuários, tipo um usuário da equipe 3, todas as vezes que faço uma visita a ele, ele é bem tranquilo, bem estável, tem uma certa funcionalidade no ambiente dele, é responsável por coletar o lixo da rua e tal (...), é um faz-tudo, que vai ali, resolve coisas pra todo mundo, mas que é uma figura extremamente inteligente, que sabe tudo de química, física, você chega lá e eu fico tentando amarrar possibilidades dele dar banca pra uma outra menina que tem deficiência, que mora perto dele, que ta super mal na escola e aí a agente comunitária que o tempo todo “isso não vai dar certo, isso não vai dar certo” e aí eu oferto isso pra ele e ele não quer, aí fico incentivando ele a fazer ENEM, aí ele fez ENEM ano passado e não foi fazer a redação, de pra ir pra Universidade mesmo, de pensar, de ter potência, a gente teve tantos gênios com esquizofrenia, por que ele não pode ser um gênio?”.

V.4 Os Principais Entraves e Desafios

“A atividade desta quinta-feira consistiu no mutirão no recente abrigo para pessoas em situação de rua, há muito planejado pela equipe. Ao chegar, notei a insegurança de alguns profissionais por estar naquele espaço; conseguia sentir o medo de alguns, poucos, é verdade, fiquei refletindo sobre os pré-julgamentos que indubitavelmente realizamos sobre o outro e nos fechamos a partir de pensamentos obtidos pelo senso-comum.”

Muito se tem discutido, contemporaneamente, a cerca de preconceitos. O debate sobre as opressões se faz extremamente necessário na busca de uma sociedade mais igualitária e sadia. É preciso considerar que os sujeitos são diferentes e que também são dotados de contradições. Quando adentramos no campo da saúde e nos colocamos no lugar de profissionais, precisamos refletir em torno das nossas contradições pessoais, no entendimento de que nossas ações e expressões geram impacto no processo de cuidado e no estabelecimento da empatia. Isso não quer dizer que, ao refletir, despiremo-nos totalmente das contradições que dotamos, muitas vezes, desde que nos entendemos enquanto sujeitos, mas não podemos ignorar o efeito negativo que podemos gerar no outro. Por essa razão, é preciso, constantemente, discutir entre equipe essas questões para que possamos avançar na qualidade do cuidado que ofertamos.

“(...) tem gente de suicídio, várias questões que a gente hoje ta lidando aqui na Unidade com apoio e suporte do NASF, especialmente, algum apoio do CAPS, mas que eu acho que é um apoio que precisava ser intensificado né.”

Alguns relatos durante a vivência demonstraram certo distanciamento entre o CAPS e a USF, o serviço não aparenta ser muito proativo na questão do matriciamento e com o passar do tempo os profissionais da Unidade foram procurando outras alternativas para preencher essa lacuna, o que nos leva a concluir que a relação entre a USF e o CAPS precisa ser repensada. É preciso fortalecer o vínculo entre os dois serviços, uma vez que o impasse nessa relação impacta na produção do cuidado, fragilizando o trânsito do usuário entre os serviços de maneira coordenada, impossibilitando a perfeita articulação da rede. O estímulo a reuniões conjuntas para estabelecimento de PTS, coparticipação nos grupos terapêuticos e nas atividades programadas das Unidades, o planejamento de formações em conjunto bem como a presença do NASF para o estabelecimento de uma maior corresponsabilização entre os serviços podem ser estratégias que sirvam para uma melhor aproximação entre os profissionais do CAPS e da USF.

“(...) quando eu cheguei as pessoas já conheciam, já tinham um jeito melhor de lidar com ela, mas eu já ouvi situações em que, quando ela chegava aqui em surto as pessoas tinham medo, as pessoas não falavam com ela, as pessoas meio que a afastavam e hoje não, hoje as pessoas estão mais tranquilas, já sabem lidar melhor com isso”.

Esse relato, apesar de não refletir totalmente a realidade atual da USF Úrsula Catharino, já representou e é, ainda, o espelho de muitas Unidades de Saúde que não se debruçam sobre as questões de saúde mental do seu território. Para que a Unidade hoje reflita sobre a abordagem da saúde mental e se preocupe com essa questão, precisou haver muito debate, conflito entre a equipe, ela não se estruturou do nada. Quando uma Unidade se fecha a tais demandas, ela também se torna um agente produtor de morbidade e sofrimento psíquico aos seus usuários.

“(...) profissionais que não tiveram formação, tiveram formação no modelo biomédico, no modelo do atendimento, quando se vê destituído disso se vê completamente sem ferramenta e se paralisa nos impasses (...)”

Outro impasse relatado foi em relação à dificuldade de alguns profissionais de trabalhar em equipe, compartilhar saberes, inabilidade em utilizar outras ferramentas de saúde que não fossem relacionadas à abordagem individual. Esse é um problema de formação,

habilitado a partir do modelo Flexneriano outrora proposto e que ainda possui suas implicações na atualidade. As reuniões de equipe e o matriciamento entre os serviços são estratégias interessantes para trabalhar esse problema, bem como atividades de educação permanente e atualização podem ser pensadas para melhor instrumentalizar esses profissionais. Entretanto, primordialmente, é preciso repensar a formação acadêmica desde a etapa da graduação, para que os novos profissionais possam chegar aos serviços com ferramentas para lidar com a interdisciplinaridade e a promoção de saúde, a fim de proporcionar um cuidado em saúde ampliado e cada vez mais longitudinal.

“Quando a pessoa chora na sala você já fica “ai, não sei o que fazer, a pessoa travou pra chorar eu não vou nem mais mexer naquilo ali porque eu não vou saber lidar” isso é muito comum (...)”

“(...) Acho que avançou muito, mas acho que, como tudo na vida, tem o que melhorar, por que acho que algumas pessoas têm muito receio; quando o paciente está bem é muito fácil lidar com o paciente que está equilibrado, mas quando o paciente está em uma situação de surto ou de tristeza mesmo, já fica um pouco mais complicado da equipe lidar com isso”.

Apesar da falta de capacitação ser uma questão que tem sido enfrentada pelos profissionais da Unidade, como já exposto anteriormente, essa é uma questão que deve ser considerada como um entrave para uma melhor abordagem em saúde mental. O enfrentamento do despreparo técnico ainda não é uma realidade na maioria dos serviços de saúde e precisa ser reconsiderada, novamente, tanto na graduação, quanto nas residências, nos momentos de educação permanente e atualização clínica dos profissionais efetivos, etc.

“a gente tem vários usuários com transtorno mental grave no território e que a maior parte da nossa abordagem é no domicílio, que não é na Unidade e usuário de substâncias psicoativas e que têm problemas com álcool e outras drogas eu acho que também são bem distantes e que, claro, tem a ver com a relação né, tanto eles não se sentem à vontade como acho que a própria Unidade não desenvolveu ainda estratégias, ferramentas de trazer essas pessoas, pra cuidar dessas pessoas”.

A dificuldade em relação ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas foi um assunto frequente nos relatos de alguns profissionais. Os insucessos diante de tentativas de aproximação pregressas, a partir de mutirões ou mesmo apenas de visitas na tentativa de estabelecimento de vínculo, geram frustrações nos profissionais e também uma ideia geral de

que outras tentativas resultarão na mesma falha, principalmente no que se refere aos sujeitos de uma região conhecida como “sindicato”. Repensar a perspectiva do que a Unidade pretende ofertar quando se trata do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, reconhecendo as dificuldades e limitações indubitáveis ao serviço e também dos profissionais, bem como requisitar o matriciamento do CAPS AD para auxiliar os profissionais do Garcia, para melhor instrumentalizá-los, podem ser formas de elaborar estratégias para reorientar esse cuidado.

“a gente ainda tem poucas ferramentas pra responder à complexidade desses sujeitos e aprendi também a ter o coração mais calmo de que as pessoas não vão “melhorar”, vou usar esse termo, mas não sei se é o mais adequado, porque a gente quer, ou porque a gente está investindo nele, tem o processo também de autonomia aí, do que eu quero de vida, do que é que isso significa pra mim”.

“a gente é muito pequeno, ali enquanto Unidade, enquanto profissional de saúde, que vai ta em um momento tão pontual na vida daquela pessoa e que a vida daquela pessoa vai muito além daqueles encontros ou daquela ideia que a gente ta pactuando junto com ela.”.

Compreender as limitações do serviço é também avançar e esse é um grande desafio que as Unidades de Saúde e os profissionais enfrentam. A maioria dos profissionais ouvidos relatou que a prática te faz mais maduro para lidar com as frustrações dos projetos terapêuticos, quando acontecem e elas, indubitavelmente, irão acontecer. Mas isso também não quer dizer que os profissionais e os serviços devem deixar de se provocar e de reconsiderar suas práticas, repensando alternativas de cuidado.

“(...) várias vezes eu já cheguei em casa extremamente triste, a minha colega, que mora comigo, eu chego assim alguns dias pirada porque eu vejo uma idosa em situação de violência e ela em muito sofrimento psíquico e não quer comer porque sofre violência e as pessoas não vêem que é violência, porque não é violência física, é violência psicológica e aí chego em casa pirada, querendo “aaaah! Eu odeio aquela figura! Que ódio daquela filha! Que ódio daquele genro!”, mas depois pá!, calma, aquele genro, aquela filha, também são seus produtos de cuidado, também são pessoas pra você cuidar e respirar e tentar pensar estratégias, mas é claro que você é afetado né.”

Um grande desafio que o profissional enfrenta ao lidar com o outro é lidar com as contradições, inclusive as próprias, como já exposto anteriormente. O relato acima ilustra bem

o quanto precisamos estar atentos para os processos de transferência e contratransferência que acontecem e o quanto precisamos estar vigilantes a todo o momento para que nossas práticas não quebrem o objetivo do cuidado. Além disso, a saúde mental do profissional também é uma questão importante a ser trabalhada nos serviços. O sofrimento mental de quem oferta o cuidado, obviamente repercute na capacidade do profissional de afetar e ser afetado, bem como na qualidade da oferta desse cuidado.

V.5 O Caso-Guia

Nosso objetivo em realizar um relato de caso a partir de um caso-guia não foi de buscar uma estrutura terapêutica para elaborar um modelo de atenção padrão-ouro para ser seguido. Objetivamos compreender como os profissionais se organizaram, conflitaram, repensaram suas próprias contradições e estratégias para o estabelecimento de um PTS que priorizasse a questão da saúde mental, uma vez que essa era a principal demanda do usuário escolhido.

Há poucos dados relatados em prontuário, justificado em uma das entrevistas em razão de um processo de cuidado muito dinâmico.

“(...) uma das coisas que eu ficava agoniada com ela era poucos registros no prontuário então, não sei se você teve acesso ao prontuário dela mas a gente faz pouca evolução do caso dela porque a gente faz abordagens muito na demanda espontânea e saiu, fez a abordagem ali, isso não quer dizer que o cuidado não esteja acontecendo e aí, mas é muito difícil pensar um registro, e essa era uma coisa que me incomodava um pouco e depois também abstrai, entendi que cuidado longitudinal é isso, o fato de não ter um atendimento agendado não muda o processo, não torna menor o processo de cuidado, ao contrário, quer dizer que a gente está mais disposto.”.

Por essa razão, a principal fonte de pesquisa do relato de caso consiste nas entrevistas realizadas com os profissionais, escolhidos por conveniência, considerando aqueles que mais se envolveram com o processo de cuidado da usuário-guia.

Antes de entendermos o contexto em que a usuário-guia se inseriu na Unidade, vamos compreender o cenário em que ela se encontrava em sua residência e a relação com a família, através do relato de uma profissional:

“(...) quando eu fui cadastrar ela né, foi aquele baque pra mim porque ela tava no surto, a família dela a prendia, então não a deixava sair, porque ela levava rapazes pra casa dela que se aproveitavam dela. Então, pra eu chegar até a usuário-guia, pra cadastrá-la deu muito trabalho, não foi de logo (...) Pra família aceitar que ela tem esse problema, que não tinha que deixar presa, achava que ali era hospital que ela tinha que ficar presa, tanto assim que a comida da usuário-guia era entregue pela janela, com grade, entendeu? E ela se revoltava, ela xingava, lutava, agora ela já está muito maleável, ela vem aqui, tranquila”.

Esse é um cenário muito comum de ser encontrado, a partir da inabilidade das pessoas em lidar com a loucura. Como descrito em nossa fundamentação teórica, por muito tempo a via de praxe para lidar com pacientes psiquiátricos era através da internação em hospitais psiquiátricos, um cenário quase sempre de institucionalização dos sujeitos e esse ponto de vista ainda está muito enraizado no imaginário das pessoas. A seguir, acompanharemos um relato mais denso e extenso, que situa a mudança de paradigma na relação da usuário-guia com a Unidade. Esse trecho está na íntegra pela importância que tem para compreender como se estruturou o processo de cuidado da usuária em questão:

“(...) ela já é uma paciente que mora aqui na área (...), ela já tem transtorno bipolar há bastante tempo, já tinha tido várias internações e eu pessoalmente não a conhecia. Ela chegou aqui na Unidade quando a médica dela tava de férias. Ela chega na Unidade, a gente tava na recepção, eu e outra médica, somos três, e aí a gente tava tentando resolver uma situação de uma paciente que tava com ideação suicida, a gente tava tentando discutir o que ia fazer, tentando ver rede pra cuidar disso daí, ela chegou na recepção, eu tava sentado no computador, ela chegou e deu um tapa no balcão e aí assim, como se estivesse muito nervosa, a primeira sensação que eu tive foi essa, ofegante, falando rápido, bem suada, com um olhar assim preocupado, enfim, e aí ela chegou, bateu no balcão e aí eu levantei, tomei um susto assim, levantei com a cabeça e ela falou assim “Ah! Aqui mede pressão?”, eu falei “mede”, ela “Ah, tá”, eu perguntei “por quê? A senhora está sentindo alguma coisa?”, ela falou “Ah, não to muito bem não”, eu perguntei “como é seu nome?” ela respondeu, aí eu falei “ah tá, e você tá sentindo o quê?”, ela falou “Ó, você já ta me perguntando coisa demais”, aí eu falei tá, assim na hora já era meio dia, a galera já tinha parado de medir pressão e eu achei também que tinha alguma coisa ali, chamei ela pra sala e medi a pressão dela e aí a pressão dela tava 14/9 e nessa hora eu já consegui identificar que se tratava de alguma coisa, não era, sei lá, agressividade, falta de educação, alguma coisa assim, ela tava, ela começou a falar em inglês em vários momentos, falava muito rápido, tinha fuga de ideia, falou em

algum momento que tinha diagnóstico bipolar e aí eu fui percebendo que ela tava em mania e é isso, ela colocou que não estava usando as medicações porque ela não iria usar remédio, coisa e tal e eu pensando nessa questão do vínculo, achei que não era uma coisa que valia a pena eu insistir na questão da medicação naquele momento, até porque ela não me conhecia, não tinha nenhum grau de vínculo naquele momento comigo e eu apostei na estratégia de valorizar o que ela tava valorizando, então a gente discutiu da pressão de 14/9, que seria uma coisa mais tranquila, mas eu falei “olha, eu acho que realmente é importante você vir pra medir a pressão no posto, fique à vontade pra vir aqui todo dia, vamos fazer uma curva de pressão” e aí ela ficava anotando a pressão, eu falei “você vai vir aqui todo dia medir a pressão”, e aí ela começou a vir e a partir disso eu fui entrando na questão da saúde mental também, ela vinha pra medir a pressão, ficava por aqui, transitava e aí era isso, ela fumava dentro do posto, ela tentava abrir as portas, ela entrava no meio das consultas dos outros profissionais, nada muito além disso não, ficava arrastando a sandália, deitava na recepção aí às vezes ficava com o seio à mostra, não completamente à mostra, mas um pouco à mostra, falava inglês, cantava alto e isso chamava a atenção das pessoas e aí a gente começou a dialogar sobre o remédio, que eu coloquei pra ela que o remédio poderia trabalhar um pouco a questão da pressão, ela trouxe os remédios, a gente avaliou a medicação dela e ela não se convencia da necessidade de tomar o remédio e aí eu fiz outra aposta de manejo vincular, que em vez de tentar convencê-la racionalmente pelo diálogo de que ela precisava tomar o medicamento, que faz uma aposta de que o diálogo não é só de palavras, existe um diálogo vincular também, que talvez eu não consiga dizer para ela de forma que faça sentido pra ela da necessidade dela tomar a medicação, mas talvez pelo efeito do vínculo ela tome a medicação sem que seja necessário pra isso um convencimento no âmbito racional, mas um convencimento no âmbito do afeto e sem precisar de maneira nenhuma qualquer tipo de força né, de violência. Então, a gente discutindo, ela falou “ah, eu não tomo remédio porque não quero tomar remédio pra sempre”, eu falei “olha, muita gente pensa isso, mas isso é uma coisa normal, eu tomo remédio e tenho que tomar pra vida inteira, porque eu tenho hipotireoidismo”, aí ficou naquela conversa e o que eu fiz, eu falei pra ela “ó, eu vou começar a trazer meu remédio e vou tomar todo dia de manhã aqui” e combinei com ela de que ela iria tomar os remédios dela também, pelo menos a dose da manhã aqui no posto, mas ela não aceitava, mas os remédios ficaram comigo, na época tinha uma residente que também tomava uma medicação de uso contínuo e a gente combinou que todo mundo vinha pra cá, e ela sempre dizendo que não ia tomar, e aí ela veio, eu tomava minha medicação, a residente tomava a dela e a paciente continuava dizendo que não ia tomar, mas aí eu abria o

comprimido e colocava em cima da mesa, ela pegava o comprimido, tomava e logo na sequência eu tomava o meu e ela o outro e aí nesse processo a gente foi se aproximando e a leitura que a gente faz é de que ela tomava aquele comprimido não porque ela foi convencida através da minha argumentação racional, mas foi convencida por uma dinâmica de confiança colocada a partir do afeto desse diálogo que acontece entre o manejo afetivo. E aí ela começou a melhorar um pouco mais, bem próxima aqui da Unidade, vinha frequentemente, causava todo um reboiço dentro da Unidade até o dia em que ela chega na Unidade, ela tava tendo um problema porque ela tinha gasto todo o dinheiro dela, por conta de um quadro de mania, tava com um monte de cartão pra pagar, uma confusão financeira danada, ela chega na Unidade com um envelope cheio de dinheiro e joga em cima da mesa, super feliz, ela tava começando a ter um pouco de insight, joga em cima da mesa assim e fala “ah, eu tenho uma notícia boa, saiu meu benefício”, aí cai dinheiro pra todo lado e aí ela perguntou “o que você acha que eu devo fazer?”, eu respondi pra ela “eu acho que você deve procurar uma pessoa de confiança pra cuidar do seu dinheiro junto com você”, aquela coisa toda, aí ela respondeu que ela queria que fosse eu, aí eu fiquei naquela crise, pô, não dá pra eu cuidar do dinheiro da paciente, ela vai me colocar no delírio, se acontecer algum problema ela vai achar que eu faço parte de alguma coisa e aí me veio a resposta que me pareceu interessante e eu falei pra ela “o problema tem sido que você gasta todo o seu dinheiro a ponto de não ter nem o que comer em casa, então, será que em vez de eu tomar conta do seu dinheiro, você mesma não pode tomar conta, mas a gente faz o mercado agora pra você, pra você ter pelo menos a comida do mês em casa”. Ai a gente foi no mercado, fez as compras com ela, eu, a residente, uma interna, a própria paciente e foi massa porque a gente ia dialogando com ela, assim, a quantidade, ela queria comprar as coisas às vezes numa quantidade muito absurda, por outro lado a gente não ditava a quantidade, a gente ia negociando, conseguimos fazer uma compra e de novo o reboiço, porque as pessoas do mercado olhavam, os trabalhadores do mercado, a própria comunidade ficava olhando que diabo o povo do posto tava fazendo com a paciente, fazendo compra com a “doida”, digamos assim né. Enfim, e aí nesse processo foram varias ações desse tipo, a gente foi cada vez mais vinculando ela com outras pessoas, então às vezes ela vinha atrás de mim pra conversar, eu fazia propositalmente, deixava ela um tempo conversando com outro profissional, pra ir de alguma forma aproximando, expondo os outros profissionais que tinham medo também, coisa e tal e isso gerou uma discussão em um determinado momento que gerou uma atividade de educação permanente sobre o cuidado em saúde mental da psicose e aí foi desencadeando

uma série de ações, de coisas e aí, enfim, chega onde a gente tá hoje. Mas basicamente um mês depois ela já tava bem compensada.”

O relato acima resume basicamente o que aconteceu. Tratava-se de uma paciente que frequentava pouco a Unidade e não tinha muita vinculação com a equipe a que era adscrita, é preciso lembrar que nesse período as discussões de saúde mental ainda eram muito restritas e eis que um dia ela chega no posto e se vincula com alguém, a partir de uma situação inusitada, que não faz parte da equipe do seu território. Obviamente essa situação gerou uma série de discussões na Unidade, desde quem era contra o manejo do caso e defendia encaminhamento para serviço especializado a quem defendia que o cuidado precisava ser intensificado dentro da Unidade mesmo. Esse caso, e alguns outros que também aconteceram e tivemos conhecimento, propiciou a criação de uma atmosfera em que o tema da saúde mental ficou em evidência.

“(...) em relação à equipe o que eu senti, inicialmente, (...) o processo de rejeição à estratégia utilizada, não rejeição ao usuário, mas rejeição à estratégia utilizada e uma defesa muito clara de que isso não é aqui, que isso repercutiu também pelos corredores e pelos profissionais e tal; isso não é aqui, é impossível tomar conta de uma pessoa assim, dessa maneira, com essa estratégia e tem tanta gente precisando e uma pessoa só tomando tanta atenção, isso apareceu muito como se esse tipo de usuário demandasse muito, e tem muita gente aí pra ser cuidada, você não tem como fazer isso com todo mundo e por que ela e por que não outras pessoas, enfim, muitos questionamentos nesse sentido, mas que todo esse processo de ebulição inicial foi fundamental pra que hoje, por exemplo, ela chegue na Unidade e consiga falar com todo mundo.”

Essa atmosfera de debate permitiu a elaboração de estratégias, já vistas anteriormente, que procurassem responder às demandas de saúde mental que surgiam ao longo do tempo na Unidade, referindo-se a esse e outros casos.

“(...) a gente articulou também a transferência dela do CAPS de Brotas para o CAPS da UFBA daqui do Garcia, por ser próximo do território e a gente ter uma relação de matriciamento, então ficaria mais fácil de discutir o caso e algumas ações vêm sendo feitas, mas mais focadamente, ela já se inseriu tanto no grupo de idosos, quanto no de relaxamento (...)”.

A articulação da rede foi uma estratégia importante na condução do PTS dessa usuário-guia, bem como a utilização do manejo vincular e a difusão de referência e criação de vínculo para mais de um profissional da Unidade e do NASF.

“(...) depois disso, entrou num processo mais contínuo de cuidado, onde ela tem uma aproximação muito grande comigo e com outras pessoas da Unidade, que a gente foi ao longo do tempo tentando diluir esse vínculo pra outros profissionais.”

“(...) desse período pra cá a gente nunca avaliou que ela esteve bem, assim, bem conseguindo tocar as coisas, eu mesma já fiz várias intervenções com ela de resgate, de projeto de vida, de voltar a estudar, ela é muito inteligente, ela tem uma oratória muito boa, ela tem uma base cultural, ela gosta de arte, ela gosta de acessar outras coisas e sempre tive muita dificuldade de conseguir fazer isso, de conseguir inseri-la em outras coisas também porque acho que ela nunca estabilizou mesmo, não sei se é o que a gente quer, mas no sentido de apostar em novas possibilidades (...)”

“(...) e ela ta bem hoje, ainda tem algum sintoma residual e tal, ta recebendo o benefício, não conseguiu desenvolver uma atividade mais de trabalho e coisa e tal, mas se vira nos trinta total hoje.”

V.6 Do Outro lado da Mesa - O Olhar de um Usuário de Saúde Mental

“(...) o desconhecimento é que faz com que as pessoas não entendam como cuidar.”

O apogeu da luta antimanicomial é a humanização, a desinstitucionalização, o reconhecimento do sujeito e sua subjetividade, portado de direitos e deveres. De tal modo, não poderíamos concluir um trabalho que pretende colaborar com a construção da Reforma Antimanicomial sem dar voz a um usuário de saúde mental, conceder o que já lhe foi negado um dia: o direito de opinar.

“(...) eu tenho transtorno bipolar e esquizofrenia, então hoje eu vivo uma vida normal absolutamente tranquila, porque foi difícil no começo da história né, porque eu sou técnica de enfermagem há 22 anos, então o profissional de saúde ele acha que nunca adocece, nunca enlouquece, então isso pra mim foi uma das principais dificuldades no tratamento, porque eu achava que eu tinha sempre que cuidar e nunca ser cuidada (...) depois de sete vezes no Juliano Moreira (...) entrei no hospital-dia, entrava de manhã saía de tarde, aí comecei a ter outro olhar, fui levada à AMEA (Associação Metamorfose Ambulante, formada por usuários de saúde mental que se auto-organizam em busca de direitos sociais) aí comecei a fazer movimento social e comecei a me mobilizar com as coisas e comecei a dar outro entendimento do cuidado e aí, graças a Deus, me estabilizei, eu tomava 19 medicações, hoje eu tomo 2 e meia (...) um dos principais caminhos que eu encontrei a minha cura foi através

da arte, que eu também sou atriz dos Insênicos, a primeira companhia de usuários de saúde mental de teatro do Estado da Bahia (...) faço o convite à militância, que é isso que transforma o nosso entendimento”.

Questionada sobre a importância da saúde mental na Atenção Primária ela aponta:

“(...) manicômio não cura ninguém, então eu acho que a Atenção Básica dentro de um território é uma coisa muito importante, e não só a capacitação de profissionais dentro da AB, mas em toda a rede, porque o que a gente quer é mesmo um trabalho de rede e que todo mundo entenda de saúde mental.”

Ela também acusa o despreparo dos profissionais e da população, de modo geral, quanto ao tema:

“(...) as pessoas não entendem muito sobre Reforma Psiquiátrica, sobre luta antimanicomial, sobre todo esse processo de transição, não conhece a lei 10.216”

“(...) o autocuidado reflete no equilíbrio e melhoria do seu quadro(...)”.

Questionada sobre sua atuação na AMEA, ela conclui:

“(...) parece que eu vivo eternamente hoje uma metamorfose e isso tem me feito muito bem, muito bem mesmo.”.

Ao ser questionada sobre como ela enxerga a relação entre profissionais e usuários de saúde no território do Garcia, ela descreve a importância da empatia e do manejo vincular:

“A afetação tem que existir, o cuidado, o toque, eu mesma, através do cuidado de profissionais como a minha psicóloga, a minha médica, a escuta que a minha médica hoje faz comigo foi que transformou a aceitação do meu cuidado.”.

E provoca a reflexão:

“tem uma coisa muito importante que eu acho diante da loucura que é o seguinte, da vida, é que todas as pessoas têm que se colocar naquele lugar, que você é estudante de medicina, mas você pode surtar a qualquer momento, daqui a 5 minutos você pode estar louco, e aí como é esse seu lugar agora de médico virar usuário?”.

Por fim, ela reforça a importância do trabalho em equipe, interdisciplinar:

“(...) a gente fica assim na visão de que o médico ele é o todo soberano e que na equipe multidisciplinar o médico é tudo e não é verdade, tem a sua responsabilidade, o seu respeito, como psicólogo, como assistente social, então é a equipe multidisciplinar que desenvolve um trabalho com o usuário, não é uma pessoa (...)”.

E conclui:

“(...) eu consigo cuidar dos meus filhos, da minha mãe, a família inteira me tem hoje como referência, o que há tempos atrás era impossível saber que uma pessoa com transtorno mental chegaria a esse nível de equilíbrio.”.

VI. CONCLUSÃO

Diante da apreciação da experiência vivida e compartilhada com profissionais e uma usuária, conclui-se que a Atenção Primária à Saúde pode dispor de potentes ferramentas para a articulação do cuidado em Saúde Mental, garantia de uma atenção integral e em rede. O uso de estratégias como estabelecimento de PTS, criação de grupos terapêuticos que foquem em ações de promoção da saúde e estímulo ao autocuidado, bem como de atividades que facilitem a vinculação entre profissionais e usuários dos serviços, quer sejam elas individuais ou coletivas, são bons exemplos dessa prática. Mas, para isso, é preciso também enfrentar uma série de desafios que infelizmente reflete a realidade da maioria dos serviços de saúde vinculados ao SUS. A dificuldade de acesso à rede é a primeira delas, quer seja pela falta de articulação entre os serviços ou ineficiência de captação da própria rede, proveniente do subfinanciamento do Sistema. A inabilidade no trato das questões referentes à saúde mental é outra importante barreira dos serviços. É necessário garantir capacitação desde a etapa da graduação, até os momentos de educação permanente durante a prática nos serviços, para que se possa fortalecer a articulação de novos processos de cuidado que fujam da lógica manicomializadora, que privilegiem a subjetividade e explorem as potencialidades dos sujeitos.

VII. SUMMARY

The present study intends to reflect on the mental health care practices developed at the Family Health Unit Úrsula Catharino, located in the neighborhood of Garcia, in the city of Salvador-Bahia, and intends to understand how mental health care is produced in the scope of Primary Health Care and how this process dialogues with the strengthening of the Psychosocial Attention Network in the Brazilian Psychiatric Reform perspective. For this, two methodological approaches will be used: the participant observation, with the construction of a field diary from the observation of the routine of the service during a certain period; And the case report, with the analysis of a real case of a mental health patient chosen by the team, and whose management mobilized all to become involved in the production of mental health care in Primary Health. At the end of the study, it is also expected to reflect on the main potentialities, obstacles and challenges faced by Primary Health Care professionals in mental health care in this field of care.

INDEX TERMS: Mental Health; Primary Health Care; Psychosocial Attention Network; Psychiatric Reform; Care Production

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasconcelos E. Abordagens psicossociais: história, teoria e trabalho no campo. Volume 1. Aderaldo & Rothschild. 2008.
2. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
3. Foucault M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
4. Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica. Netto JTC, editor. São Paulo: Perspectiva; 1978. 1-608 p.
5. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde — Manguinhos. 2002;9(1):25–59.
6. Birman J, Costa JF. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: Amarante P, editor. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 41–72.
7. Coelho F, Campos B. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de são paulo, campinas e santos. Universidade Estadual de Campinas; 2000.
8. Pôrto K da F. ELEMENTOS PARA UMA POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa. 2012.
9. Amarante P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. História, Ciências, Saúde — Manguinhos. 1994;61–77.
10. Basaglia F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática: conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates; 1980.
11. Costa JF. A história da psiquiatria no Brasil. 5a ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2007.
12. Paulin LF, Turato ER. no Brasil: as contradições dos. História, Ciências, Saúde — Manguinhos. 2004;11(2):241–58.
13. Arbex D. Holocausto Brasileiro. 1a ed. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
14. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Cien Saude Colet. 2007;1819–30.

15. Brasil. Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, nº 69, seção 1, de 9 de abril de 2001. Brasília; 2001.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
18. Schimith MD, Lima MAD da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1487–94.
19. Merhy EE. O Ato de Cuidar : a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde., editor. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108–37.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 30-12-2011.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.
22. Spradley JP. Participant Observation. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1980.
23. Correia M da CB. A observação participante enquanto técnica de investigação. Pensar Enferm. 2009;13:30–6.
24. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Interface - Comun Saúde, Educ. 2000;109–16.

25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
26. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos M de FL, Cruz KT da, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua – Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg em saúde para debate*. 2014;52:153–146.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 152p.
28. Silva MV de O. A Clínica Psicossocial das Psicoses. In-tensa Ex-tensa. 2007;

IX. ANEXOS

- Anexo IX.1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Anexo IX.2: Termo de Compromisso do Pesquisador
- Anexo IX.3: Entrevista Semiestruturada
- Anexo IX.4: Parecer Consubstanciado do CEP
- Anexo IX.5: Diários de Campo

ANEXO IX.1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa “Construção das Práticas de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária: Os Desafios Atuais a Partir da Experiência de uma Unidade de Saúde da Família”.

Instituições envolvidas: Unidade de Saúde da Família Úrsula Catharino e Faculdade de Medicina da Bahia.

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa “Construção das Práticas de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária: Os Desafios Atuais a Partir da Experiência de uma Unidade de Saúde da Família”. Este projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia com objetivo de obter atitudes, opiniões, percepções, referenciais teóricos e comportamentos relativos ao desenvolvimento do cuidado em saúde mental, ou seja, as relações, potencialidades e conflitos entre usuários de saúde mental e seus cuidadores profissionais em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador- BA.

Estudar como se dá as práticas de saúde mental em uma Unidade de Saúde da Família, compreender suas potencialidades e principais entraves se faz fundamental, uma vez que a Atenção Básica é hoje uma peça chave para a consolidação do cuidado em saúde mental a partir da nova perspectiva da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, assim, da Reforma Psiquiátrica.

Este estudo envolverá a participação de profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador-BA que estiveram mobilizados no desenvolvimento do cuidado em saúde de um usuário(a) do serviço. O Sr(a) é livre para participar da pesquisa. Se quiser participar, deverá assinar este formulário em duas vias e manter uma cópia com o Sr(a), mas se mudar de ideia durante a pesquisa, poderá sair a qualquer momento sem se desculpar. O Sr(a) não será responsabilizado em nada em relação ao estudo se não quiser mais participar.

Iremos entrevistá-lo e obter registro de suas opiniões em áudio e por escrito, já que buscamos conhecer vários aspectos do cuidado em saúde mental. Como toda pesquisa, esta também contém riscos. Os possíveis riscos ou desconfortos da pesquisa são, os emocionais, estando entre eles o constrangimento na abordagem das perguntas durante a entrevista e ter suas opiniões expostas para os companheiros da equipe de saúde, uma vez que o Sr(a) pode

responsabilizá-los por possíveis falhas no processo do cuidado, ou ser responsabilizado. Entretanto, afirma-se o cuidado na preservação do sigilo do entrevistado pelo entrevistador, garantimos que não haverá qualquer marcação ou numeração das entrevistas, nem haverá citação de seu nome ou exposição de qualquer característica que possa identifica-lo durante a pesquisa ou na apresentação de seus resultados.

O Sr(a) só poderá participar se não apresentar as seguintes condições:

- For menor do que 18 anos;
- Apresentar doença que impeça sua compreensão sobre o que lhe falamos;
- Deixe de fornecer as informações solicitadas para caracterização do processo de cuidado.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e sigilosas, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários nem do usuário do serviço, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação à identidade dos participantes e estes têm a garantia de esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o curso da pesquisa, estando livres para recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar este consentimento a qualquer momento, sem que isto o afete. Não haverá remuneração financeira aos participantes, mas estes também não terão nenhum custo com a pesquisa.

Não foi estabelecida previamente nenhuma compensação especial para casos em que o (a) usuário ou profissional da saúde sinta-se prejudicado (a) por ter participado do projeto de pesquisa. Se for prejudicado (a) pelo erro ou desatenção de algum pesquisador, poderá acionar a pessoa na justiça, assumindo o custo normal do processo. Além disso, se desejar apresentar queixa de qualquer aspecto do modo como foi orientado(a) ou tratado(a) durante a pesquisa, o Sr(a) poderá manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, localizado na Faculdade de Medicina da Bahia, Largo do Terreiro de Jesus, s/n Centro Histórico, Salvador, Bahia, Brasil, ou pelo telefone 71 3283.5564, o qual pode ser contatado para dirimir dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa e / ou para fazer denúncias sobre infrações éticas dos pesquisadores.

Esta pesquisa faz parte do projeto de pesquisa do estudante de graduação Luan Franco Carvalho dos Santos, a título de monografia, sendo o pesquisador assistente estudante de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, sob orientação do Prof. Dr. João André Santos de Oliveira, pesquisador responsável pela pesquisa.

Mais uma vez, o pesquisador responsável chama-se Prof. Dr. João André Santos de Oliveira e o Sr(a) pode encontrá-lo na Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde da Família, no Largo do Terreiro de Jesus, Pelourinho 40026010, Salvador-BA. Este termo é composto de duas vias, as duas iguais, com mesmo conteúdo, sendo a primeira para arquivamento pelo pesquisador e a segunda para o profissional entrevistado. Se o Sr(a) concorda em participar da pesquisa, assine este termo que é em duas vias, uma do pesquisador e uma sua.

_____, ____/____/____

(Local e data)

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Assistente

ANEXO IX.2**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Eu, João André Santos de Oliveira, declaro estar ciente das Normas e Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos e que o projeto intitulado “Construção das práticas de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária: Os Desafios Atuais a Partir da Experiência de uma Unidade de Saúde da Família” sob minha responsabilidade será desenvolvido em conformidade com a Resolução 446/12, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando a autonomia do indivíduo, a beneficência, a não maleficência, a justiça e equidade. Garantindo assim o zelo das informações e o total respeito aos indivíduos pesquisados. Ainda, nestes termos, assumo o compromisso de:

- Apresentar os relatórios e/ou esclarecimentos que forem solicitados pelo Comitê de Ética (CEP) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia;
- Tornar os resultados desta pesquisa públicos quer sejam eles favoráveis ou não;
- Comunicar ao CEP/FMB/UFBA qualquer alteração no projeto de pesquisa e encaminhadas via Plataforma Brasil, sob a forma de relatório ou comunicação protocolada;
- Apresentar os resultados da pesquisa nas instituições proponente e co-participante, ao CEP/FMB/UFBA após o seu término conforme exigência da Resolução 466/12.

Salvador, 24 de novembro de 2015

.....

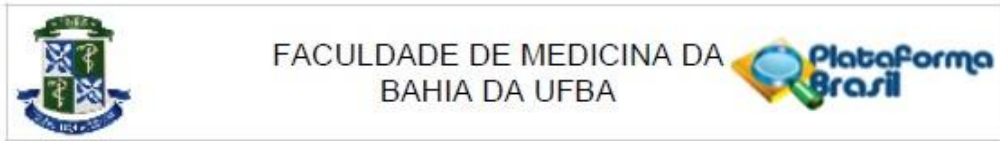
Assinatura do responsável pelo projeto

ANEXO IX.3

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: PERGUNTAS NORTEADORAS

- 1 – O que você entende sobre saúde mental?
- 2 – Como você avalia o cuidado em saúde mental prestado por essa equipe?
- 3 – Como você percebe a adesão de usuários de saúde mental nesse serviço?
- 4 – Como você percebeu a adesão deste usuário-guia?
- 5 – Discorra sobre as estratégias que você utiliza para desenvolver a produção do cuidado em saúde mental neste serviço.
- 6 – Quais referenciais você utilizou para a aplicabilidade dessas práticas?
- 7 – Quando você percebe que há uma barreira nessa produção do cuidado, uma “não adesão” à unidade, a que você atribui esta falha?
- 8 – Como você se sente quando as estratégias falham?

ANEXO IX.4



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção das práticas de Saúde Mental na Atenção Primária: Os Desafios Atuais a Partir da Experiência de uma Unidade de Saúde da Família

Pesquisador: João André Santos de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52067215.2.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.386.669

Apresentação do Projeto:

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), consolidada em 2006 pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reverbera uma tentativa contínua de reorganizar o Sistema Único de Saúde em reciprocidade aos seus princípios fundamentais de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. No campo da saúde mental, o conflito entre o modelo hospitalocêntrico hegemônico e a perspectiva de cuidado ampliado desmanicomializador é histórico. Atualmente, após a proposta de desinstitucionalização dos serviços vinculados à saúde mental, que se fortaleceu ainda mais com o início da Reforma Psiquiátrica brasileira o modelo de atenção psiquiátrico passa por uma transformação. Não está claro o papel de cuidador livre de julgamentos e preconceitos, movido por uma ação nova a cada novo contato, os serviços de saúde precisam dispor de flexibilidade e contínua reflexão acerca do lugar que nos colocamos ou somos colocados durante o processo cotidiano de produção do cuidado em saúde.

Trata-se de um estudo série de casos qualitativo envolvendo 10 participantes profissionais de saúde maiores de 18 anos, empregado pela unidade de saúde (USF – Garcia) vinculada à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Será feita análise de conteúdo. Refere que serão consultados os

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 1.386.669

prontuários para rever os relatos dos grupos terapêuticos melhor compreensão do cuidado em saúde mental empregados no caso apreciado.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO

Compreender como se dá a produção do cuidado em saúde mental, na perspectiva dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador-Bahia, a USF do Garcia, que tem tido visibilidade no cenário soteropolitano e vem exercendo certo protagonismo acerca do tema, refletindo sobre seus entraves, desafios e principais potencialidades.

SECUNDÁRIOS

Refletir sobre a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Primária a partir da perspectiva do profissional de saúde inserido na RAPS;

Identificar serviços e dispositivos de cuidado em saúde mental ofertados pela USF Garcia, para além das consultas ambulatoriais e visitas domiciliares.

Identificar dispositivos de interlocução da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a Atenção Primária à Saúde (APS) e refletir como esses dispositivos interferem no processo de cuidado;

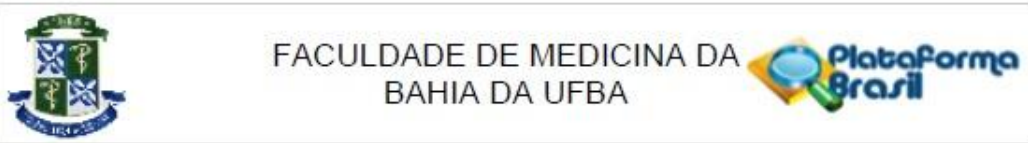
Refletir a relação das práticas com o que está preconizado nas políticas e diretrizes norteadoras do papel da Atenção Primária no cuidado à saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

***RISCOS:**

O registro do discutido nas entrevistas só será feito com consentimento prévio dos participantes, concedido por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. O sigilo do material obtido será totalmente mantido por parte do pesquisador e demais membros do grupo. Como toda pesquisa, esta também contém riscos. Os possíveis riscos ou desconfortos da pesquisa são, os emocionais, estando entre eles o constrangimento na abordagem das perguntas durante a entrevista e ter suas opiniões expostas para os companheiros da equipe de saúde, uma vez que o Sr(a) pode responsabilizá-los por possíveis falhas no processo do cuidado, ou ser responsabilizado. Entretanto, afirma-se o cuidado na preservação do sigilo do entrevistado pelo

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.386.669

entrevistador, sem haver citação de nome ou exposição de qualquer característica que possa identificar os entrevistados durante a pesquisa ou na elucidação de resultados."

BENEFÍCIOS:

"Estudar como se dá as práticas de saúde mental em uma Unidade de Saúde da Família, compreender suas potencialidades e principais entraves se faz fundamental, uma vez que a Atenção Básica é hoje uma peça chave para a consolidação do cuidado em saúde mental a partir da nova perspectiva da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, assim, da Reforma Psiquiátrica."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de série de casos de 10 profissionais de saúde do CAPS com razoável argumentação. ÉTICO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: ADEQUADO.

ORÇAMENTO: R\$ 900. Próprio do investigador -ADEQUADO.

Cronograma: ADEQUADO.

Cartas de anuência das instituições: SESAB – ADEQUADA.

Carta de confidencialidade dos participantes: anexada. ADEQUADA.

Contrapartida da instituição: anotada. ADEQUADA.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.386.669

consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

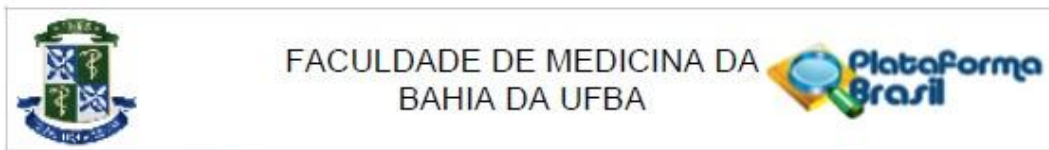
-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|--|------------------------|-------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_632915.pdf | 11/01/2016 09:29:37 | | Aceito |
| Outros | cartarespostacep.doc | 11/01/2016 09:29:14 | João André Santos de Oliveira | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | pesquisadorassistente.pdf | 11/01/2016 09:28:28 | João André Santos de Oliveira | Aceito |
| Outros | entrevistasemi.docx | 21/12/2015 18:07:35 | João André Santos de Oliveira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de | tclenovo.docx | 21/12/2015 18:04:48 | João André Santos de Oliveira | Aceito |

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.386.669

| | | | | |
|--|--------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------|
| Ausência | tclenovo.docx | 21/12/2015 18:04:48 | João André Santos de Oliveira | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto2dezembroatualizado.doc | 21/12/2015 18:04:28 | João André Santos de Oliveira | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | parecer85_2.jpg | 21/12/2015 18:03:53 | João André Santos de Oliveira | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | parecer85_1.jpg | 21/12/2015 18:03:26 | João André Santos de Oliveira | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhadeRosto1.pdf | 27/11/2015 13:32:14 | João André Santos de Oliveira | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 11 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br

ANEXO IX.5

Diário de Campo Nº 1

Data: 25/04/2016

Com o fim da greve dos servidores municipais e o restabelecimento das atividades da USF Úrsula Catharino, localizada no bairro do Garcia, agendo minha primeira visita nesta segunda à tarde.

Encontro-me com um profissional médico que é quem vai me ajudar a articular minhas vivências na Unidade. Dito isso, apresento-me à gerente da Unidade e faço um breve tour com Diego para conhecer a Unidade e ser apresentado para os profissionais das equipes. Logo depois, participo da reunião da equipe 3 em que foram discutidas pautas interessantes relacionadas aos meus estudos.

A primeira pauta foi sobre a instalação de uma casa de apoio às pessoas em situação de rua no território. A Unidade recebeu uma determinação da Defensoria Pública de prestar assistência médica às pessoas acolhidas pela casa. A pauta girou em torno de como a Unidade poderia se organizar para dar conta dessa determinação e de como eles poderiam fazer um trabalho mais integrado com a rede, uma vez que existem projetos que assistem a essa população, a exemplo do Consultório na Rua, e muitas vezes essas pessoas são encaminhadas para esses abrigos sem uma articulação com esses projetos, podendo haver casos de pessoas com tratamento de tuberculose interrompido, por exemplo, devido a equipe de saúde desconhecer o paradeiro do paciente e os profissionais desses abrigos desconhecerem a condição do abrigado. Diego informou que marcou uma visita para o dia seguinte, para conhecer o abrigo e conversar com os profissionais sobre as demandas da casa, etc. Por fim, concordaram em levar essa pauta para a reunião geral da Unidade para discussão com todos. Depois, houve a discussão de alguns casos clínicos.

O primeiro caso discutido foi de uma paciente, portadora de diabetes tipo II, não-controlada, com marido portador de uma limitação funcional devido a evento cerebral, que apresenta queixa recorrente de estar sempre sobrecarregada, havia informado que tinha dado um tempo do trabalho voluntário no Centro Espírita para cuidar de si. A psicóloga do NASF que integrava a reunião viu com positividade essa decisão, Diego informou estar incerto se ela vai se cuidar mesmo, uma vez que ela trouxe o pai do interior para cuidar dele, pois o mesmo estava brigando com as filhas do outro casamento. A psicóloga não sabia dessa informação,

então chegaram à conclusão que a paciente não contava as mesmas coisas para eles. Ela concluiu dizendo que marcaria uma consulta com a paciente para conversar sobre o assunto.

O segundo caso foi trazido pela Terapeuta Ocupacional do NASF (cabe uma nota de esclarecimento aqui, uma vez que os profissionais do NASF participam da reunião da equipe quinzenalmente a fim de discutir esses casos para elaboração de projeto terapêutico singular (PTS) em conjunto com a equipe, também notei a proximidade que o Núcleo tem com a rotina da Unidade). Trata-se de um paciente do CAPS II, localizado no território, também acompanhado pela Unidade, em que a equipe do CAPS diminuiu o acompanhamento em seu PTS, mas o paciente vai todo dia para lá porque não tem outra atividade, ajuda na limpeza, passa o dia pelo centro. Então a equipe refletiu que talvez não fosse tão terapêutica sua presença todo dia no CAPS, assim, eles pensaram junto ao NASF em articular melhor com a USF o cuidado dele. Diego provocou um pouco a proposta, problematizando a função do CAPS de pensar o cuidado do paciente extra-instituição, não fazendo disso uma transferência de responsabilidade do CAPS para a USF, apontando que às vezes a galera acaba se eximindo mesmo da responsabilidade e esse caso poderia servir para estimular um pouco o pessoal do CAPS a articular o cuidado em saúde para além dos seus muros. A terapeuta concordou, também apontou que havia marcado uma reunião com ele e que tentaria estimulá-lo sobre outras tarefas que o mesmo poderia executar.

Ao fim da reunião, a Terapeuta Ocupacional informou que encontrou com uma usuária da Unidade, que é paciente de saúde mental, que contou que hoje era seu aniversário e que tinha feito um bolo para alguém e a pessoa ligou dizendo que não ia, deixando-lhe muito triste. Para contornar a situação, a profissional combinou com a paciente de trazer o bolo ao fim da tarde para bater os parabéns junto com a equipe. A paciente então veio e cantamos os parabéns.

Diário de Campo Nº 2

Data: 03/05/2016

Chego na Unidade e consigo acompanhar uma avaliação para o grupo de tratamento para o tabagismo com a psicóloga do NASF, uma das responsáveis pelo grupo. A consulta consistiu na realização de uma anamnese que buscava compreender as relações do paciente com o cigarro e sua disposição de parar de fumar, seguida da coleta de dados vitais e antropométricos. Ao fim, a psicóloga explicou à paciente como funciona as dinâmicas do grupo, com reuniões semanais no primeiro mês, seguido de reuniões quinzenais e logo após

reuniões mensais até completar o período de 1 ano de abstinência. Ela também explicou que eles faziam usos de adesivos de nicotina para auxiliar no tratamento e outros medicamentos apenas se necessário. Fiquei curioso quanto ao uso de elementos e estratégias da Redução de Danos no grupo e se havia alguma situação em que eles encaminhavam os pacientes para tratamento no CAPSad, porém não consegui conversar com a psicóloga sobre isso depois. Pretendo participar da primeira reunião do novo ciclo na próxima semana e tentarei esclarecer minhas dúvidas.

Particpei também de um encontro do grupo Amanhã sem Dor, com uma atividade de artesanato. A nutricionista do NASF explicou-me que o grupo foca na qualidade de vida e envelhecimento saudável e que eles trabalham também por ciclos temáticos, já tendo passado por ciclos como auto-estima, cidadania, reciclagem... Ela também me explicou que a dinâmica dos encontros também é variada: um dia eles fazem artesanato, outro passeio, um dia passa filme, outro fazem uma roda de conversa, fazem também atividade física, etc.

O grupo é composto em sua maioria por mulheres com idade aparente entre os 60 e 80 anos, apesar de possuir mulheres mais jovens no grupo. Fiquei impressionado com a quantidade de participantes, a profissional me explicou que existem encontros que eles conseguem reunir cerca de 18 pessoas e que a maioria é bastante assídua e pontual.

A atividade de artesanato consistiu na elaboração de uma bolsa de caixa de leite. Eles trouxeram uma convidada para facilitar a atividade e ensinar o passo-a-passo. Além do resultado final ficar bastante interessante, as bolsas também podem servir de atividade rentável para essas mulheres.

Gostaria de ressaltar novamente meu deslumbramento com a atuação do NASF na Unidade, a relação para ser bastante harmoniosa e construtiva, os profissionais do NASF integram as atividades da Unidade, como os grupos (não sendo os únicos responsáveis), participam das reuniões de equipe, as reuniões gerais, sempre estão trazendo o que está acontecendo pelo território, no CAPS, nas outras Unidades, etc. Nunca havia presenciado uma atuação NASF/USF tão próxima, acredito que esse aspecto fortalece bastante o sucesso da Unidade em tentar articular o cuidado em saúde mental de forma integral.

Diário de Campo N^a3

Data: 06/05/2016

Conforme combinado com Diego e a gerente da Unidade, compareço à reunião geral da Unidade para falar um pouco sobre o meu projeto, apresentar-me ao restante que não chegou a me conhecer e propor aos profissionais a escolha de um caso para que pudéssemos direcionar a etapa 2 do projeto. Assim o fiz: O projeto foi apresentado formalmente para os profissionais da Unidade, foram expostos os objetivos, bem como a metodologia e propus que o grupo escolhesse um caso que mobilizou toda Unidade em prol do cuidado para que pudéssemos começar a segunda etapa.

Houve uma divergência entre os profissionais quanto ao caso a ser escolhido, ao fim da discussão a equipe elegeu dois casos e propuseram que eu estudasse os dois e escolhesse entre um ou que eu tentasse adequar os dois casos ao estudo, uma vez que os dois possuíam elementos interessantes e diferentes que eu poderia aproveitar no estudo.

Em seguida, foi discutido como primeiro ponto de pauta o mês da Luta Antimanicomial. Um profissional fez uma breve introdução da movimentação que acontece em torno do tema na cidade há alguns anos e o que estava sendo planejado para esse ano. Ele propôs que a Unidade se integrasse prioritariamente a duas atividades: A peça “Quem Está Aí?” do grupo de Teatro Insênicos, um grupo montado por usuários de Saúde Mental, que fazem do teatro um mecanismo terapêutico, para os profissionais e usuários de saúde mental da Unidade e a IX Parada do Orgulho Louco. A psicóloga do NASF expôs que os profissionais do núcleo também haviam conversado sobre o tema e que a terapeuta ocupacional da equipe havia se colocado para ir à peça, também fizeram uma lista de potenciais usuários de saúde mental, moradores do território, para convidarem a ir. Um médico então perguntou se todos topavam que a Unidade participasse, não havendo objeções. Também organizaram a participação dos profissionais na Parada e pactuaram que quem participasse receberia um turno de folga.

Em seguida, a pauta do abrigo para população em situação de rua foi abordada, com uma breve explanação do que era aquele assunto, um dos médicos também deu repasse sobre sua visita ao abrigo na terça, ele contou como foi a conversa com os profissionais do lugar e também trouxe uma proposta da realização de um mutirão de atendimento no local. A questão da articulação com a rede também foi trazida, a psicóloga do NASF falou um pouco sobre o trabalho do Consultório na Rua e de outros serviços como o Ponto de Cidadania. Esses serviços possuem um grupo de trabalho e integrar essa rede poderia ser interessante para conhecer o histórico de saúde das pessoas que estavam naquele momento no abrigo, também para que os serviços soubessem como aquelas pessoas estavam, etc.

Preciso me retirar antes do fim da reunião, mas já articulo com a equipe a possibilidade de me integrar às atividades planejadas do mês da luta Antimanicomial.

Diário de Campo N^o4

Data: 17/05/2016

Compareço à Unidade para participar do Grupo de tratamento para o tabagismo, que estava no segundo encontro desse novo ciclo. Encontro-me com a paciente que acompanhei a entrevista de admissão ao grupo, na minha segunda visita à Unidade e ela me relata, feliz, que não fuma desde o domingo. Logo depois entramos na sala e a atividade se inicia com o relato dos participantes sobre a primeira semana de tratamento, que foram os mais diversos. Havia pessoas que não conseguiram reduzir em nada até o meio da semana e depois conseguiram ficar sem fumar até aquele dia, pessoas que conseguiram apenas diminuir, pessoas que não diminuíram em nada. Os profissionais tentavam estimular que os participantes relatassem o que eles haviam sentido, principalmente nesses momentos em que sentiam extrema vontade de fumar, a chamada fissura, e como eles lidavam para tentar driblar aquela sensação. Os profissionais também perguntaram sobre a efetividade do uso do adesivo de nicotina e o que mais estava incomodando cada um dos participantes.

O segundo momento do encontro foi destinado para a discussão dessas sensações. Um dos profissionais começou a explicar cada efeito que poderia ocorrer com as pessoas e o que significava cada um dos sintomas. Também explicou sobre a fissura e o que os pacientes poderiam utilizar para driblar essa sensação. Ele citou para que as pessoas procurassem comer coisas com poucas calorias, como cenoura, gengibre, praticar algum exercício, beber bastante água, etc. Ele também foi pegando cada sintoma relatado pelos pacientes e destrinchando melhor o que poderia ser feito especificamente para cada um. Ao fim, a psicóloga do NASF nos convidou para levantarmos e realizar algumas práticas de relaxamento, ela explicou que isso poderia ajudar a diminuir a ansiedade e no momento da fissura. Começamos com uma atividade em pé, guiada pela mesma, depois nos sentamos e a som ambiente fomos conduzidos a uma prática de relaxamento que até levou um dos pacientes ao sono completo.

Com o adiantar da hora, fomos levados ao último momento do grupo, que consistiu numa dinâmica com barbante, a pessoa que dispunha o barbante na mão escolhia alguém e atirava o barbante, sem soltar o fio pelas mãos e destinava uma mensagem motivacional a quem ele havia escolhido. Quando chegou a minha vez, escolhi a paciente que eu havia conhecido para

destinar uma mensagem. Ao fim do grupo gostaria de conversar com a psicóloga do NASF sobre as minhas dúvidas anteriores sobre o funcionamento do grupo, mas ela possuía atendimento marcado então não pedi para conversarmos, achando melhor deixar para um outro momento.

Diário de Campo N^o5

Data: 21/05/2016

A vivência de hoje consistiu na participação da IX Parada do Orgulho Louco, evento já tradicional da programação de atividades do mês da luta antimanicomial, e como já exposto anteriormente, a equipe do Garcia topou participar desse momento, tendo organizado uma Kombi da prefeitura para trazer alguns profissionais e usuários de saúde mental do Garcia.

A concentração no Cristo é marcada pela chegada de diversos grupos, o pessoal dos CAPS, algumas equipes das USFs, profissionais do Consultório na Rua, muitos usuários desses serviços, algumas bandas compostas de usuários de saúde mental que já são conhecidas como a banda do CAPS Pernambués, a galera do Flores da Massa, também o pessoal do grupo de teatro Os Insênicos. Enfim, nesse momento encontro diversas figuras que me são muito queridas, como alguns profissionais e usuários do CAPS AD Gregório de Matos, o qual estagiei por 1 ano, também encontro algumas figuras do Movimento Estudantil da UFBA e profissionais da Atenção Básica que conheço pela minha singela atuação enquanto militante, pelas minhas peregrinações na LAPS (Liga de Atenção Primária à Saúde) e pelos serviços que passei durante minha jornada acadêmica.

Antes de iniciar nossa caminhada, todos damos as mãos para compactuar nossos objetivos, a importância daquele momento e fazer uma breve lembrança e 1 minuto de silêncio em homenagem ao psicólogo Marcus Vinícius Matraga, importante referência na luta antimanicomial, professor da UFBA aposentado, assassinado no início do ano em função de sua atividade política na mediação de conflitos de terras indígenas. Por volta das 10 dá-se início à caminhada em direção ao Farol da Barra, regada por muita música puxada pelas bandas presentes e pelo coro de participantes. No meio do caminho, novamente paramos e nos dispomos em roda para um momento de homenagens ao professor Marcus Vinícius, o espaço fica aberto para quem quiser proferir algumas palavras, houve uma pessoa que proclamou algumas poesias e no final todos saudaram a memória do querido professor (Marcus Matraga, presente!).

A passeata tomou seu rumo até o farol, onde mais uma vez nos dispomos em roda para mais momentos de apresentação artística, também houve algumas falas importantes pelo direito pela democracia, em defesa do SUS e pela reforma antimanicomial. Fiquei muito impressionado pela riqueza do espaço, que assume um caráter terapêutico, mas também político e pedagógico, acredito que em total sintonia com a concepção de luta contra os manicômios.

Diário de Campo N^o6

Data: 13/06/16

Nesse dia de vivência nos concentramos em atendimentos clínicos, acompanhei algumas consultas com um dos médicos e alguns internos de medicina que estão estagiando na Unidade no rodízio de Medicina Social. Houve três casos, que passearam um pouco pela saúde mental e eu gostaria de descrever um pouco o que aconteceu e algumas impressões:

O primeiro caso foi de uma moça de 45 anos, com uma possível miomatose, também uma história prévia de ansiedade, medo de sair de casa, há alguns meses. Iniciou fluoxetina por apenas 6 dias à época, referindo piora do quadro de ansiedade, parando a medicação por conta própria. É de conhecimento geral que até 15 dias a fluoxetina tem efeito colateral mais acentuado, entretanto ela não chegou até esse período, logo houve a troca pela nortriptilina. Ela refere que usou o medicamento até meados de Abril e aí parou por conta própria após esses nove meses de uso. Na nova consulta referiu que estava melhor, não se sentia mais tão ansiosa, então se deu prosseguimento da suspensão do medicamento, considerando que ela está curada do quadro. Ela também trouxe outra demanda: o de gravidez. Ela nos contou que possui um companheiro há uns 4 anos e ele estava trazendo a demanda de ter um filho, mas ela estava preocupada com a questão da idade dela, se ela ainda podia engravidar, se era isso mesmo o que ela queria, e aí foi feita toda a orientação sobre a fisiologia da mulher, que é possível, mas que fosse melhor ela ponderar antes se ela está decidida a engravidar mesmo, diante dessa incerteza e ficou combinado dela retornar assim que tivesse tomado uma decisão.

Também teve o caso de um senhor, pai da primeira moça que discutimos na reunião de equipe no meu primeiro relato. Ela também tem uma questão de saúde mental, pois cuida do marido que teve um acesso cerebral e aí tem várias limitações, ela também tem diabetes e hipertensão e quando finalmente decidiu se cuidar mais, precisou trazer o pai pra cuidar dele aqui em Salvador. O senhor é do interior, é um moço também hipertenso, dislipidêmico e diabético,

ele tinha uma queixa de incômodo com ruído, barulho, ficava muito nervoso em algumas situações, ia reclamar com os vizinhos que tinham uma espécie de bar ao lado da casa dele; está em Salvador há alguns meses já, fazendo tratamento dentário, também tem um quadro de esquecimento, apontando uma possível demência, a gente fez MEEM com ele, dando 20/30. Ele também tem usado fluoxetina, tem se sentido bastante sonolento, a família refere que ele dorme muito, não tem sentido vontade de sair, fazer outras coisas. Entretanto, ficamos na dúvida de como proceder com esse quadro de uma possível depressão porque ele está em um ambiente meio inóspito para ele, aparentemente ele não gosta muito de ficar aqui, refere muita saudade da terra-natal, então achamos melhor tentar regulá-lo para que ele fique no interior para fazer tratamento lá, ou vir aqui o mínimo possível, pelo menos, morando lá e depois avaliar se ele é mais ativo lá ou se não houve nenhuma mudança de comportamento.

O último caso foi uma consulta a uma adolescente, durante o atendimento focamos na questão de sexo e drogas que é importante para essa idade. Ela referiu que faz uso de álcool ao finais de semana, que fumou uma vez, mas que não havia gostado. Durante a conversa, fizemos algumas orientações, puxamos um pouco o lado da redução de danos, expomos também que para a idade dela, ainda de desenvolvimento, não é o ideal já fazer uso do álcool, muito precoce. Fizemos outras orientações mais genéricas, relacionadas ao cotidiano e suas possibilidades, por exemplo: se ela quiser fazer tatuagem, é importante usar sua própria tinta; se for ao salão, tem que ter o próprio esmalte, os próprios materiais, etc. Ela também referiu que estava no período de transição entre conclusão do colegiado e vestibular, ela disse que queria fazer medicina, mas tinham alguns poréns, não estava muito a fim de fazer cursinho, percebi que ela ficou um pouco incomodada quando a gente tentou abordar o assunto, ela deu uma travada, então não conseguimos prosseguir a conversa e a consulta se encerrou por aí.

Por fim, apareceu um caso de agressão na Unidade, uma moça com hematoma periorbital, mas também não consegui obter muitas informações, ela estava um pouco reservada, obviamente, aparentemente, pelo que entendi, foi uma agressão feita pelo companheiro, mas ela não havia dado queixa. Ela aguardava consulta com algum dos médicos da Unidade e aí não tive acesso à consulta, mas foi o que mais me chamou atenção durante esse período da tarde.

Diário de Campo N^o7

Data: 14/06/2016

Pela manhã desta terça me dividi em duas atividades: as preparações da festa do Grupo Amanhã sem Dor e a realização de algumas visitas domiciliares. Quando cheguei na Unidade a galera já estava nesse movimento dos preparativos e eu fui ajudando no que podia, armar as bandeirolas, colocar os cartazes, cortar a ficha do dinheiro, arrumar o bazar, enfim.

Quando deu por volta das nove horas começamos a nos mobilizar para poder fazer as visitas; como havia alguns pacientes agendados nos subdividimos em dois grupos, eu fiquei com um dos médicos e uma interna para visitar um paciente da comunidade que tinha esquizofrenia. A história dele é mais ou menos a seguinte: Ele teve um surto aos 24 anos, os familiares relatam que ele teve algum tipo de acidente no trabalho em que teve um trauma na cabeça que relacionam com o início do quadro. Hoje ele mora com a irmã e a mãe, que são as suas cuidadoras. Há algum tempo elas estão querendo que ele volte a fazer uso do haldol, teve uma situação em que ele passou 4 meses sem fazer uso do remédio e não apresentou alteração alguma de comportamento, então ele concluiu: “opa, se ele está a mesma coisa com medicamento e sem medicamento, então, melhor sem medicamento”. Mas quando o medicamento foi suspenso oficialmente elas não gostaram muito, então sempre tem essa conversa de tentar restabelecer a medicação. Na última semana elas foram ao posto e falaram que ele estava bem agitado, então foi marcada essa visita. Ao chegar, ele estava bastante tranquilo, cumprimentou-nos, logo fomos conversando sobre outras coisas, possíveis causas pra ele ficar agitado. Elas referiram que ocorre principalmente à noite, ao exame físico percebemos secreção purulenta em ouvido esquerdo, então concluímos que ele estava com um quadro sugestivo de otite. O médico aproveitou para convidá-los para o arraiá à tarde, ele explicou um pouco a proposta e disse que haveria algumas atividades e também comidas típicas, mas elas disseram que não iriam e aí meio que rolou um certo atrito nesse momento, o médico problematizou que ele nunca participa das atividades da Unidade, mesmo com a insistência dos convites e que isso era bastante ruim.

Após essa visita, fomos à casa de outro paciente, também esquizofrênico, que é uma pessoa muito religiosa e também uma pessoa muito metódica, então desde sempre ele era muito focado no estudo e depois que mudou para a igreja continuou com o mesmo padrão. Vários eventos da vida dele o deixaram em crise, nesse momento a equipe está nesse processo de conversar periodicamente, para ouvir e tentar compreender melhor o que lhe acontece. Hoje ele contou a história de uma moça que hipoteticamente ele gostava, que então foi acusada de roubo na igreja que freqüentava, e isso foi uma crise enorme para ele, uma vez que ele considerou essa acusação uma injustiça à moça, que conhecia e lhe era uma figura muito

simpática, ao mesmo tempo que não podia admitir que Deus tenha permitido aquela injustiça, ainda mais em sua casa, e aí diante desse conflito entre seu julgamento pessoal e o julgamento divino, ele surta.

Pelo período da tarde a Unidade se concentrou nas atividades do arraia e foram bastante intensas as experiências. Primeiro porque é um evento de um grupo terapêutico e um evento temático: arraia pela democracia, logo, teve todo esse contexto trabalhado pelo grupo. Depois, uma coisa que me chamou bastante atenção foi a finalidade terapêutica assumida pelos profissionais durante toda a festa: Teve um momento em que uma das profissionais veio até mim e pediu para dançar com uma das pacientes de saúde mental da Unidade, pois ela estava um pouco isolada dos demais, logo havia um propósito naquilo, não era uma coisa solta, a festa pela festa. Havia os aspectos da promoção da saúde, a importância da comunidade estar envolvida, também houve uma peça que a equipe apresentou, em que havia falas importantes, como a importância de estar nos grupos, de se organizar, se formar cidadão, foi uma experiência riquíssima, enxergar o cuidado em saúde para além da alopatia, de forma lúdica, divertida.

Diário de Campo N^o8

Data: 15/06/2016

Pela manhã, inicialmente acompanhei uma das enfermeiras da equipe no acolhimento, teve um caso que me chamou atenção, uma moça jovem, 25 anos, fez o preventivo que acusou a presença de células atípicas classe ASC-H, então ela foi encaminhada para o CICAN. Ela já tem um filho e tal, mas o que mais me chamou a atenção foi seu semblante de pavor diante daquela notícia, apesar da enfermeira ter explicado que a presença dessas células não quer dizer que ela tenha câncer, ela parecia ainda bastante assustada. Entretanto, teve um momento em que a enfermeira deixou a sala e eu me vi sozinho com a moça nesse estado, e eu sinceramente não sabia o que fazer, travei completamente e não consegui ter um diálogo, não consegui abordar aquela situação.

Depois acompanhei um dos médicos, ele tinha agendado uma interconsulta com uma psicóloga do NASF para atender um caso de um menino de 5 anos, que mora com a tia-avó e a tia-avó trouxe o relato que ele anda um pouco agressivo, “respondão” com alguns familiares, ele não é assim com ela nem com a bisavó, no caso a mãe dela. Ele tem uma história em que a mãe dele meio que o rejeita, ela tem mais dois filhos pequenos e dá

preferência a eles, ele diz que ela bate muito nele, não liga muito para ele, as coisas que o pai dele (antigo companheiro dela) manda, ela pega e guarda para os outros (filhos do atual companheiro) e não dá pra ele. A tia associa muito a vigência dessa agressividade com a ida dele à casa da mãe. Tivemos um momento de conversa especialmente com a tia e aí ela contou essas coisas, ela citou a situação da família, no meio da conversa ela trouxe outro ponto em que um dos irmãos dela teve um AVC e veio a falecer ontem, aí ela chorou, a deixamos à vontade, ela então se recompôs e voltamos a conversar sobre a criança. Depois a psicóloga chegou, contamos um resumo da história e fomos conversar com o menino. A psicóloga começou a perguntar para ele sobre a família, ele foi contando aos poucos um tanto resistente, ele relatou que o irmão bate muito nele e a mãe deixa e se ele revidar ela bate nele em represália também, ele disse que passa fome quando vai lá, até que chegou um momento em que ele disse: “ah, não quero falar mais disso não, vamos falar disso outro dia”, então a psicóloga propôs que ele viesse outro dia, então ele disse que na terça que vem ele vinha e continuavam a conversa.

No período da tarde, participei do grupo de relaxamento e aí foi interessante porque o grupo tava meio esvaziado, mas um dos profissionais foi lá na recepção chamar a galera para o grupo e aí tinha uma paciente de saúde mental que tava lá por acaso e que nunca fez parte do grupo, então ela se interessou e foi, ao final ela disse que adorou o grupo e que iria voltar, isso é um componente interessante de você enquanto profissional estar aberto às possibilidades que surgem, de adesão, de estabelecimento de vínculo, que permitirão você avançar no cuidado com aquela pessoa.

Diário de Campo N^o9

Data: 16/06/2016

A atividade desta quinta-feira consistiu no mutirão no recente abrigo para pessoas em situação de rua, há muito planejado pela equipe. Ao chegar, notei a insegurança de alguns profissionais por estar naquele espaço; conseguia sentir o medo de alguns, poucos, é verdade, fiquei refletindo sobre os pré-julgamentos que indubitavelmente realizamos sobre o outro e nos fechamos a partir de pensamentos obtidos pelo senso-comum. Também foi notável quando reunimos todos para dar as boas-vindas, explicar quem somos e o que estávamos fazendo ali, um dos rapazes se levantou, pediu a palavra e propôs realizar a oração; Na mesma hora foi como se tivesse caído no chão uma tonelada que estava nas costas de alguns que estavam um pouco tensos com a situação. Nesse momento também pensei o quanto podemos nos

surpreender com o outro, com suas atitudes, pensamentos, construções, se não formos ao encontro despido de todos julgamentos e, até mesmo, expectativas.

Os momentos foram divididos em oficinas, atendimento clínico com médico, enfermeiro e odontólogo, também havia um espaço para vacinas e outro para fazer teste rápido de tuberculose e DSTs; inicialmente, após a reunião exposta acima, houve um lanche antes do início das atividades. Gostaria de chamar a atenção sobre um residente que muito simpatizou comigo pois descobriu que eu já havia feito karatê, como ele, servindo como caldo para uma certa empatia e muita conversa. Ele me falou sobre sua história de vida, como ele um dia já teve condição e acabou perdendo tudo. O que achei mais engraçado e ao mesmo tempo muito interessante é que sempre que ele passava por mim ele dizia uma palavra do karatê (gedan barai; oss; heian shodan), imagino que para demonstrar que ele realmente entendia do assunto e que o que ele dizia sobre sua história era verdade.

A oficina da manhã foi de DST's, mais uma vez acredito que o grupo se surpreendeu com o conhecimento dos rapazes. Os erros que eles compartilhavam conosco não eram nada diferentes do restante da população, inclusive de nós, universitários, muito mais associados a deslizos como não usar camisinha por incomodar, ou já estar a um tempo com o mesmo parceiro, etc.

Por fim, houve um almoço compartilhado no abrigo, a maioria dos profissionais que ficariam para as atividades à tarde comeram por ali mesmo. À tarde houve prosseguimento dos atendimentos e ocorreu a oficina de tuberculose, mas não pude ficar nesse turno, uma vez que tive assuntos de outra ordem para resolver.

Diário de Campo Nº10

Data: 17/06/2016

Hoje é minha última vivência na Unidade, principalmente depois dessa semana extremamente rica e repleta de aprendizado e renovação, saio ainda mais empolgado com a potencialidade que possui a Atenção Primária à Saúde, o quanto o olhar atento à saúde mental, à atenção integral, o estabelecimento de vínculo e a longitudinalidade podem funcionar muito bem e trazer resultados incríveis para a produção do cuidado em saúde.

Como ontem, ficarei apenas pela manhã e resolvo, por fim, acompanhar uma das médicas das 3 equipes em seu ambulatório. O primeiro caso que acompanho foi o mais interessante: Uma

moça jovem comparece à consulta com queixa de cefaléia constante, que não tem melhorado com uso do medicamento. Refere que procurou neurologista e que o mesmo afirmou que tratava-se de depressão e passou receita, não me lembro qual medicamento. A médica questiona se há alguma coisa atualmente que a tem preocupado, deixado nervosa, que pudesse justificar esse diagnóstico. A moça então refere que está se separando de sua companheira e que inicialmente isso foi complicado, mas que ela já estava mais esclarecida e tinha consciência que era o melhor a ser feito. A médica então explica que a dose do medicamento poderia ser maior e que ela vai aumentar pra ver se consegue controlar melhor a cefaléia e que seria importante consultar um psicólogo, pois a depressão é muito delicada e só o medicamento não vai fazer milagre, etc. Ao final, a paciente questiona se a médica não vai passar nenhum exame da cabeça, a médica então responde que se o neurologista que é o especialista não passou, ela não via motivo também para passar; a paciente começou então a relatar uma história de que uma de suas irmãs teve um câncer na cabeça e que morreu com poucos meses e que há pouco tempo outra irmã tinha sido diagnosticada com o outro câncer na cabeça. Diante dessa situação estranhíssima, a médica decide então sugeri-la que use a medicação com a correção da dose e que ela retorne no mês seguinte para avaliar se houve melhora ou se há mesmo necessidade de pedir exames complementares.