

Nogueira, Francisco Jander de Sousa; Brito, Francisco Marcos Gomes de. Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de experiência do Pet-Saúde no município de Parnaíba-PI

Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de experiência do Pet-Saúde no município de Parnaíba-PI¹

Dialogues between mental health and primary health care: a Brazilian educational program for health work case report

Diálogos entre salud mental y atención básica: relato de experiencia del Pet-Salud en la ciudad de Parnaíba-PI

Francisco Jander de Sousa Nogueira²

Francisco Marcos Gomes de Brito³

Resumo

O presente artigo pretende apresentar o relato de experiência de integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Parnaíba-PI. A experiência possibilitou aos participantes observar os desafios na construção de uma atenção integral à saúde mental, na efetivação de linhas de cuidado e de implantação de tecnologias de cuidado, como o Apoio Matricial, bem como as dificuldades dos profissionais da Atenção Básica ao trabalhar a Saúde Mental. Com a observação participante, que supôs visitas domiciliares, rodas de conversa intersetoriais e multiprofissionais, e a corresponsabilização pelos casos, pôde-se conhecer a rede de atenção psicossocial e entender os processos que levam a uma fragilidade e não efetivação das propostas da Reforma Psiquiátrica na realidade local. Percebe-se a necessidade de uma mudança cultural no sentido de incorporar uma visão psicossocial.

Palavras-chave: Atenção Básica. Saúde Mental. SUS. PET-Saúde. Tecnologias de cuidado.

Abstract

The aim of this paper is to report the experience of members of the Educational Program for Health Work (PET-Saúde), Psychosocial Care Network, in a Primary Health care facility in the city of Parnaíba, Brazil. The experience enabled participants to observe the challenges in creating comprehensive mental health care, in the implementation of the effectiveness of care strategies and care technology deployment, such as the Multiprofessional Support, and the difficulties of professionals in primary care when working with Health Mental Care. Through participant observation, which supposed homecare, intersectoral and multidisciplinary meetings, and co-responsibility for the cases, it was possible to know the psychosocial care network and understand the processes which lead to fragility and non-effectiveness of the proposals of the Brazilian psychiatric reform in local reality. There is a need for a cultural change in the sense of incorporating a psychosocial vision.

¹ Apoio financeiro: Ministério da Saúde (MS); Universidade Federal do Piauí (UFPI).

² Professor dos Cursos de Medicina e Psicologia da Universidade Federal do Piauí – Campus Ministro Reis Velloso – Parnaíba – CMRV/PHB. jander.sociosaude@gmail.com

³ Acadêmico de Psicologia da Universidade Federal do Piauí – Campus Ministro Reis Velloso – Parnaíba – CMRV/PHB.

Nogueira, Francisco Jander de Sousa; Brito, Francisco Marcos Gomes de. Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de experiência do Pet-Saúde no município de Parnaíba-PI

Keywords: Primary Care. Mental Health. SUS. PET-Health. Care technologies.

Resumen

El presente artículo pretende presentar el relato de la experiencia de los miembros del Programa de Educación por el Trabajo para la Salud (PET-Salud) – Red de Atención Psicosocial, en una Unidad Básica de Salud de la ciudad de Parnaíba-PI. La experiencia ha posibilitado a los participantes observar los desafíos en la construcción de una atención integral a la salud mental, la efectucción de líneas de cuidado e de implantación de tecnologías de cuidado, como el Apoyo Matricial, bien como las dificultades de los profesionales de la Atención Básica al trabajar la Salud Mental. A través de la observación participante, que ha supuesto visitas domiciliarias, reuniones intersectoriales y multiprofesionales, y la corresponsabilización por los casos, se pudo conocer la red de atención psicosocial y comprender los procesos que llevan a una fragilidad y no efectucción de las propuestas de la Reforma Psiquiátrica en la realidad local. Se percibe la necesidad de un cambio cultural en el sentido de incorporar una visión psicosocial.

Palabras clave: Atención Básica. Salud Mental;. SUS. PET-Salud. Tecnologías de Cuidado.

Introdução

Os processos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil constituíram um momento de ruptura com o modelo de saúde centrado apenas na cura, em busca da constituição de um campo baseado no direito à saúde, na participação e controle social, no compromisso do Estado em assistir a população. Como movimentos sociais, esses processos expressaram o desejo de organização de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática, após um período de autoritarismo. Assim, partindo de uma concepção ampla de saúde, buscou-se uma mudança não apenas setorial, mas social. Entendendo que “em seu sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde” (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4), esses movimentos apontavam para um novo modelo societário, percebendo a saúde como uma arena de lutas com potencial revolucionário para a transformação da sociedade (Yasui, 2006).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) veio a confirmar esse ideal, no sentido de uma ampliação da saúde e das ações voltadas para sua promoção e manutenção. É o início de um projeto de saúde voltado para as comunidades e para as necessidades sociais, com uma estrutura descentralizada, intersetorial, de base territorial e com a concepção de redes (Severo & Dimenstein, 2011).

A Reforma Psiquiátrica (RP), iniciada com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, buscava romper de forma profunda e radical com o paradigma manicomial, hegemônico e sustentador da prática psiquiátrica. Sob o lema “Por uma

sociedade sem manicômios”, a RP levou para a sociedade a discussão a respeito do tratamento segregador e culpabilizante destinado à loucura em nossa cultura e da violência institucional, buscando assim que se repensassem as práticas e concepções sobre loucura e se ampliasse a atuação, em consonância com a redemocratização, com o conceito de saúde defendido e com a garantia da cidadania (Yasui, 2006).

O SUS também incorpora os princípios da Reforma Psiquiátrica e coloca como condição primordial a desinstitucionalização e a inserção do usuário na comunidade. Postula, portanto, uma atuação dos profissionais do tipo psicossocial.

Essa reorganização dos serviços conduz também a uma reorientação da formação dos profissionais de saúde para que possam atuar sob a nova perspectiva da promoção da saúde, da humanização e do trabalho em equipe e rede (Albuquerque *et al.*, 2008). Desse modo, a universidade, que antes sempre formou profissionais para ações individuais e principalmente de caráter curativo no ambiente privado, agora tem que responder a uma demanda de um serviço de saúde público que lida com o coletivo e com a dimensão da prevenção; logo, a formação não pode ser a mesma.

Assim, diversas políticas públicas têm como objetivo fortalecer essa mudança na formação, de forma que o ideário do SUS e das Reformas Sanitária e Psiquiátrica seja cumprido. Muitas dessas políticas estão sendo promovidas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, que promove ações que valorizam novas formas de trabalhar em saúde (Albuquerque *et al.*, 2008).

Nesse cenário, podemos destacar a criação do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde)

como uma tecnologia/dispositivo que visa promover a integração ensino-serviço-comunidade, com a inserção de estudantes de graduação da área da saúde no SUS e por meio do sistema de tutoria (professores da Instituição de Ensino Superior) e preceptoria (profissionais do serviço). Os alunos se dividem em bolsistas e voluntários, devendo cumprir uma carga horária de 8 horas semanais, distribuídas em atividades de inserção nos dispositivos da rede, discussão de casos e aprofundamento teórico, momento que permite aos alunos refletirem acerca das teorias e das práticas de cuidado em saúde com a preceptoria, tutoria e, principalmente, com os profissionais de saúde. Assim, o PET-Saúde é um importante passo nesse processo de transformação da prática e do cuidado em saúde, ao permitir que estudantes tenham contato, antes da formação, com a realidade dos serviços e possam pensar suas práticas para atuar no serviço público comprometidos com o projeto societário do SUS (Albuquerque *et al.*, 2008).

Metodologia

A produção deste artigo se deu a partir das reflexões acerca das experiências de um grupo de estudantes de Psicologia, Fisioterapia, preceptores e tutor, integrantes de uma equipe do PET-Saúde – Rede de Atenção Psicossocial, com uma equipe de Saúde da Família (eSF), no município de Parnaíba, estado do Piauí. Pretendeu-se mostrar os caminhos trilhados ao longo de um ano na tentativa de desenhar e incluir a Atenção à Saúde Mental na Atenção Básica (AB).

O projeto do PET-Saúde desenvolvido pela Universidade Federal do Piauí, *Campus* Parnaíba, contemplou duas redes assistenciais, estruturadas em três equipes e eleitas a partir das necessidades do serviço de saúde local:

duas equipes de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e uma equipe da Rede Cegonha (RC). No caso da RAPS, o desafio se impôs em razão de o estado do Piauí ter sido um dos últimos no processo de Reforma Psiquiátrica, o que certamente reverberou na formulação de políticas públicas de saúde no estado, ao longo dessas décadas, e na formação dos profissionais de saúde. Pensar o PET-Saúde voltado à RAPS é propor uma mudança ético-técnico-ideológica na formação dos estudantes por intermédio de uma imersão na realidade dos serviços de saúde.

A equipe PET-Saúde especificamente destacada neste trabalho estava composta da seguinte maneira: duas preceptoras, que são profissionais da rede de saúde do município, sendo que cada uma delas supervisionava cinco alunos, totalizando dez estudantes dos cursos de Psicologia e Fisioterapia. Vale destacar que cada grupo integrado por preceptores e alunos é supervisionado por um tutor, que tem a função técnica e pedagógica diante da formação e articulação do grupo, e cada tutoria, por sua vez, é submetida à coordenação geral.

A equipe de Saúde da Família (eSF) acompanhada é constituída por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um médico, uma enfermeira (gerente), uma técnica de enfermagem, uma servidora de serviços gerais, um atendente de regulação e um atendente social.

Já no que se refere à rede de atenção psicossocial no município de Parnaíba-PI, ela conta com 37 equipes de Saúde da Família (eSF), quatro equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) tipo II, um Caps AD III que deveria funcionar 24 horas (regional), além dos leitos em hospitais públicos: Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (Heda) e Santa Casa de

Misericórdia. Um dos desafios que emergiram foi a inexistência de outros serviços fundamentais para a atenção psicossocial no município, tais como Consultório na Rua (eCR), que faz parte do componente da Atenção Básica voltada para o cuidado à população em situação de rua, atendendo suas necessidades e demandas, incluindo a busca ativa e cuidado a usuários de *crack*, álcool e outras drogas; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que se constituem a partir da criação de moradias de caráter permanente localizadas na zona urbana, destinadas a acolher pessoas com transtornos mentais institucionalizadas ou não, incluindo egressos de hospital psiquiátrico ou do sistema penal, moradores de rua com transtornos graves e usuários de Caps sem moradia, promovendo, assim, sua reinserção na comunidade; e por último, os Centros de Convivência e Cultura, que são unidades públicas ligadas à Raps, onde são oferecidos espaços de sociabilidade, produção e intervenção cultural, sendo formas de inclusão de usuários de *crack*, álcool e outras drogas e de pessoas com transtornos mentais por meio da construção do convívio como espaço para as diferenças na cidade (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b; Brasil, 2011c). Contudo, há previsão de que seja implantada uma Residência Terapêutica e novos leitos psicossociais no hospital geral do município (Hospital Nossa Senhora de Fátima).

A experiência aqui relatada partiu da observação participante (Angrosino, 2009), que é uma abordagem metodológica que pressupõe convívio, compartilhamento de uma base comum de comunicação e intercâmbio de experiências com o(s) outro(s), primordialmente utilizando os sentidos humanos: olhar, falar, sentir e vivenciar entre o observador, os sujeitos observados e o contexto dinâmico de relações no qual os sujeitos vivem e que

é por todos construído e reconstruído a cada momento. Vale ressaltar que a observação participante não é propriamente um método, mas, sim, um estilo pessoal adotado em campo de pesquisa/vivências que permite o uso de uma variedade de técnicas de coleta de informações no intuito de apreender realidades, saber sobre as pessoas, grupos, instituições, modos de vida e relações de grupos e institucionais.

Para registrar as vivências e experiências realizadas, todos os alunos e preceptoras produziram diários de campo (Angrosino, 2009) e relatórios sistematizados a partir das rodas de conversa (Freire, 2002) e dos encontros realizados semanalmente. O exercício de olhar, ouvir e escrever (Oliveira, 2000) um diário de campo se deu por achar que, além de ser uma técnica básica e imprescindível na pesquisa de campo e para registro, documentação e organização dos processos, ele permite ainda, em consonância com Macedo e Dimenstein (2007), uma análise das próprias transformações subjetivas do observador, que é também sujeito do processo graças aos efeitos que as experiências vão provocando nele. Dessa forma, o diário de campo permitiu fazer uma revisitação do território existencial e analisar o processo.

Vivências e encontros

De agosto de 2014 a julho de 2015, período referente às vivências relatadas neste artigo, o PET-Saúde – RAPS focou a compreensão, construção e efetivação de duas linhas de cuidado em saúde mental: transtornos leves ou moderados e transtornos severos ou persistentes.

Entende-se que linha de cuidado é imagem pensada para assegurar que os fluxos assistenciais do usuário sejam garantidos, ou seja, que suas necessidades sejam acolhidas. É uma

espécie de itinerário, de caminho, dentro da rede de saúde, inclusive em dispositivos que não necessariamente fazem parte do sistema de saúde, mas que, por sua relevância para o usuário, são incorporados no processo, como a assistência social e a educação (Franco & Magalhães Júnior, 2004).

Segundo Malta *et al.* (2004), linhas de cuidado são a garantia da integralidade, já que pressupõem o compromisso de acompanhar os diferentes serviços, nos diversos níveis de atenção para com o usuário, e se responsabilizar por eles. Uma linha de cuidado é voltada para uma clientela específica, centrada em suas necessidades singulares e visando a uma terapêutica efetiva.

A linha de cuidado em transtornos mentais leves ou comuns volta-se para transtornos como os depressivos leves, alimentares, de humor, de ansiedade, entre outros, cujos cuidados podem ser extra-hospitalares. Já a linha de cuidado em transtornos severos e persistentes volta-se para transtornos que requerem cuidados contínuos e intervenções de cunho mais tecnológico, devido ao grau profundo de sofrimento, à sua duração e ao grau de incapacitação que provoca; refere-se principalmente às psicoses (Ferla, 2010). Assim, as atividades desenvolvidas tiveram como foco identificar, no território, os casos correspondentes a essas linhas e, junto com a eSF, traçar o itinerário dos usuários na rede, dando vazão às demandas da comunidade.

Procurou-se fortalecer os vínculos com o serviço de saúde propondo e realizando rodas de conversa com os profissionais e, desde o início, o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) se deu de forma integral e comprometida, sendo, contudo, um desafio contar com a participação constante dos demais profissionais da equipe. Considerou-se

isso um elemento desafiador, pois o que se pôde notar é que a eSF tem dificuldades em reconhecer/identificar casos de transtornos mentais no território, em virtude do grande fluxo de atividades diárias, o que gera uma falta de notificação dos casos. Essa “não notificação” ficou clara na fala dos ACSs, que relatavam haver muitos casos de transtornos mentais que não são acompanhados pela eSF.

Partindo desse cenário, cada grupo do PET-Saúde, composto por preceptora e alunos, ficou responsável por dois casos: um de transtorno leve/moderado e outro de transtorno severo/persistente, ou seja, quatro casos foram acompanhados no decorrer da experiência relatada. Os casos foram apresentados ao grupo do PET-Saúde pelos ACSs, a partir de uma demanda identificada no território.

Os casos foram analisados de forma conjunta (preceptoras, alunos e eSF) e, após a escolha daqueles que pareciam prioritários ou correspondentes ao foco trabalhado, foram agendadas visitas domiciliares, sendo o primeiro contato realizado pelo ACS responsável pela área da família, que perguntaria se o usuário e a família aceitariam a visita do grupo. Com o consentimento do usuário e da família, as preceptoras visitaram separadamente as pessoas a serem acompanhadas. Desse modo, o ACS da área era o profissional de referência dos casos.

Foram realizados vários encontros na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) para discutir os casos e construir coletivamente o desenho do percurso que cada usuário faria na rede. Buscou-se, ainda, trazer outros serviços para pensar junto sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) – um dispositivo de cuidado que consiste em um conjunto de propostas para ações terapêuticas voltadas a um indivíduo ou um coletivo – para os usuários e suas famílias. Também foram realizadas

rodas de conversa intersetoriais com a gestão da Atenção Básica em Saúde do município e com os ACSs a fim de articular a rede de saúde e identificar os serviços e sujeitos com os quais poderíamos contar. Depois, a equipe do PET-Saúde e ACSs reuniram-se com os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, quando foram apresentados os casos e todas as informações relevantes sobre eles, momento que permitiu um diálogo, tomadas de decisão e encaminhamentos a serem disparados.

Este momento foi importante porque todos entenderam que se está dando um passo para estabelecer um diálogo entre AB e o CAPS II, algo inédito. Os profissionais demonstraram-se abertos, o que reforça nossa crença de que se pode desenvolver um trabalho que estabeleça a Rede de Atenção Psicossocial. (Diário de Campo, 11/12/2014)

No caso de transtorno leve acompanhado pela preceptoria I, foi sugerido que o usuário passasse por triagem no dispositivo e, se constatada a necessidade de ajuda, o CAPS faria encaminhamento para psicoterapia no Centro de Especialidades em Saúde (CES) do município. No caso de transtorno severo dessa mesma preceptoria, o CAPS marcaria triagem; porém, olhando os dados do usuário, descobriu-se que um parente já havia marcado uma triagem. Assim, decidiu-se por aguardar a triagem, encaminhar para o serviço especializado e, a partir da avaliação do neurologista, saber como dar prosseguimento ao caso.

No caso de transtorno leve da preceptoria II, como se tratava de um caso mais simples, o encaminhamento foi feito pela própria equipe de Saúde da Família, por intermédio do ACS de referência e por meio de ficha-guia de encaminhamento. A partir de então, os serviços mantiveram o acompanhamento do caso.

Na ocorrência de transtorno

severo da preceptoria II, embora o caso tivesse perfil de CAPS AD (usuário de drogas), o CAPS II afirmou que poderia receber o usuário, já que isso costuma acontecer quando as pessoas não se vinculam com o AD. A equipe do CAPS II comprometeu-se a se comunicar com o CAPS AD para saber os dados do usuário e comunicar que o encaminhamento estaria sendo feito pelo serviço, estabelecendo assim um acompanhamento conjunto, corresponsável pelo caso.

Poucos dias depois da reunião, a equipe do PET-Saúde foi informada pela ACS de referência que o usuário com caso de transtorno severo da preceptoria I havia mudado de residência, não morando mais no bairro e, portanto, estaria fora da área de cobertura. Contudo, a ACS entrou em contato com a eSF da nova área do usuário, repassando as informações para que fosse dado prosseguimento ao cuidado.

Também se realizaram rodas de conversa intersetoriais com o CAPS AD III da cidade, para tentar dar resolutividade ao caso do usuário com transtorno severo acompanhado pela preceptoria II. O histórico do usuário ficara no serviço, embora ele não tenha estabelecido vínculos aí, por dificuldade de relacionamento com outros usuários. O serviço apresentou uma proposta de Plano de Acompanhamento do Cuidado, que abarcava as dimensões econômica, social, familiar, mental etc. relativas ao sujeito, para que o cuidado fosse realmente integral. Estabeleceu-se que o CAPS AD faria, juntamente com o ACS de referência, a visita domiciliar ao usuário para convidá-lo a retornar ao serviço e, caso ele aceitasse, o cuidado passaria a ser feito.

Com relação ao caso de transtorno leve da preceptoria I, outras duas visitas domiciliares foram realizadas pela equipe PET-Saúde e ACS da área e pôde-se observar um

avanço significativo da usuária no tocante à retomada de suas atividades sociais, profissionais e econômicas, ficando assim as equipes (PET-Saúde e eSF) à sua disposição e como referência para qualquer eventualidade relacionada à Saúde Mental.

Como os dois casos da preceptoria I foram encerrados, procurou-se identificar outros casos no território que pudessem ser acompanhados. As ACSs trouxeram mais dois, dos quais um era um caso recorrente, de uma jovem com histórico de tentativa de suicídio; o outro, um idoso que perdeu a capacidade sexual após um acidente em que seu órgão genital sofreu traumatismo, o que não só causou um problema físico, mas um quadro de depressão e, também, problemas no relacionamento com a esposa devido à impotência sexual. Contudo, os casos se revelaram extremamente difíceis, pois o idoso, por vergonha de se expor, não quis ser acompanhado, e a adolescente, em todas as visitas da ACS de referência e da equipe PET, escondeu-se em sua casa e recusou as visitas.

Diante dessa dificuldade de condução dos casos apresentados, realizou-se uma nova conversa com as ACSs e com parte da eSF, a fim de refletir sobre a construção das linhas de cuidado e o desafio da Atenção Básica (AB) perante os casos de saúde mental no território.

Ao final dessa conversa, o que ficou evidente é que, sem a participação de toda a equipe, não há como fazer um trabalho que impacte realmente numa mudança na atenção à saúde mental na AB [...]; a participação dos ACSs tem sido muito importante, mas precisamos mais de toda a equipe; ela também tem de se envolver. (Diário de Campo, 06/04/2015)

Diante disso, viu-se a necessidade de investir na formação dos profissionais por meio de Educação

Permanente em Saúde Mental, além de promover um Apoio Matricial (Cunha & Campos, 2011) integrando a eSF, dispositivos de saúde mental e saúde em geral e dispositivos do território de suporte social, cultural e educativo.

Assim, ainda se tem um longo percurso pela frente, porém de intensa aprendizagem e vivências que ajudam a pensar novas formas de produzir cuidado e saúde na realidade social em que o profissional está inserido; espera-se que o PET-Saúde consiga deixar contribuições para o município de Parnaíba, repensando práticas em saúde e propondo uma luta no tocante às melhorias na assistência em saúde mental.

Discussões e problematizações

Desde o início do processo, a equipe PET-Saúde teve o apoio importante das ACSs, que ajudaram a pensar a condução dos casos e demonstraram empenho em acompanhar os usuários, corresponsabilizando-se por eles e garantido a continuidade do cuidado. Como destacam Barros, Chagas e Dias (2009), as ACSs são um importante elo com a comunidade, pois conhecem sua realidade, convivem com as pessoas com sofrimento psíquico e são mais abertas ao trabalho em equipe, valorizam a visita domiciliar e a escuta como ferramentas de promoção à saúde; logo, as ACSs são a materialização dos princípios do SUS. Sendo assim, a aliança construída entre ACSs e equipe PET-Saúde enriqueceu a proposta de construção de linhas integrais de cuidado, permitindo novos olhares, ancorados na realidade local (Barros, Chagas & Dias, 2009).

No tocante aos demais profissionais da equipe, a contribuição se deu de forma intermitente, pois nem sempre era possível contar com a participação de todos os profissionais.

Acreditamos ser devido à própria organização do serviço, que promove poucos espaços para reflexão acerca dos seus processos de trabalho e assola o cotidiano dos profissionais com uma enorme demanda de cuidado em saúde, restando, desse modo, pouco tempo para incorporar demandas de saúde mental existentes no território.

Compreende-se que o trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda é muito técnico, reproduzidor das práticas hegemônicas centradas nas doenças físicas e na cura de sintomas, sendo assim pouco reflexivo e permeável a outras lógicas, como apontam Lima, Severo, Andrade, Soares e Silva (2013), quando afirmam que os processos da AB ainda se centram na produção de receitas e diagnósticos. Como relatado, a ESF não tem a assistência em saúde mental como uma de suas atribuições e isso se deve a uma formação ainda distante da realidade do serviço público, que é voltada para especialidades e não ao trabalho multiprofissional, com currículos que ainda não refletem as propostas do SUS que, há anos, já estão postas, reconhecidas e preconizadas. A formação teria que contemplar, além de disciplinas do núcleo específico de cada profissão, também disciplinas do campo geral, plural, em que há interdisciplinaridade (Albuquerque *et al.*, 2008).

Percebeu-se nesta experiência relatada que a própria organização do cronograma de atividades do serviço contribui para a pouca reflexividade da eSF. Todos os dias são preenchidos com demandas específicas, voltadas para idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes e não há nenhum momento destinado aos profissionais para discussão de casos e troca de informações. Quando convidados a participar de alguma atividade do PET-Saúde, o que geralmente se ouvia é que “não há tempo, não dá”. Vale salientar

que, no município de Parnaíba, as eSFs organizam suas atividades de modo concentrado, ou seja, desenvolvem suas atividades em uma jornada de trabalho de 6 horas corridas.

Não se trata aqui de culpar os profissionais, mas de ressaltar que, como agentes sociais, eles têm que constantemente questionar seus procedimentos, aprimorá-los, e isso passa pela formação acadêmica, que nem sempre acompanha as mudanças e as práticas dos serviços de saúde.

Outro fator visualizado nesta experiência foi uma alta rotatividade dos profissionais de saúde. A troca de profissionais é muito frequente, não apenas dos profissionais técnicos, mas da própria coordenação da eSF, o que faz com que os processos de trabalho geralmente sejam iniciados sem ter continuidade, pois a cada nova coordenação da eSF são implantadas novas diretrizes e novos cronogramas de atividades.

Quando a equipe PET-Saúde chegou ao território, a então coordenadora da eSF mostrou-se disposta a participar das atividades e acolheu as novas propostas trazidas pelo programa. Mas logo foi substituída. Não há, portanto, tempo para o estabelecimento do vínculo entre os profissionais e, principalmente, deles com a comunidade, uma prerrogativa básica e fundante do que é a Atenção Básica (Taveira, 2010; Lima *et al.*, 2013).

Isso acaba gerando uma fragilização do cuidado, fugindo totalmente às propostas do SUS, algo que se torna mais grave na perspectiva de atenção à saúde mental, que deveria funcionar pela lógica da pirâmide invertida, já que os usuários devem ser acompanhados pela eSF junto com suas famílias e comunidade (vizinhos, igreja, equipamentos sociais em geral), evitando o acesso desnecessário deles aos serviços de níveis mais altos

(Severo & Dimenstein, 2011).

A rotatividade também dos médicos nas eSFs faz com que existam usuários cujo acompanhamento não é feito há anos e não têm seu diagnóstico e medicação revisados ou que, quando passam aos outros níveis de atenção, não são mais monitorados pela equipe de referência, só acessando o serviço em momentos pontuais para práticas ambulatoriais. Isso mostra uma fragilidade no tocante ao acompanhamento do usuário na rede e um processo de trabalho fragilizado, pois mesmo que haja rotatividade de profissionais, os processos de trabalho e os fluxos terapêuticos deveriam continuar funcionando na rede de saúde.

A comunidade na qual essa experiência se deu está inserida e permeada por questões de vulnerabilidade social, como drogadição, sobretudo entre adolescentes, muitos dos quais se envolvem no tráfico, além da falta de geração de emprego e renda. A ausência do poder público é claramente percebida: não há praças ou áreas de lazer, nem mesmo saneamento básico. O acesso é feito por meio de transporte coletivo alternativo, com poucas linhas passando pelo bairro e somente até o começo da noite.

Não há no território outros dispositivos de suporte aos usuários, elementos básicos para a garantia de uma rede assistencial eminentemente substitutiva e extra-asilar: não há grupos de apoio, de qualidade de vida, de práticas artesanais ou esportivas. O Centro de Referência da Assistência Social (Cras) funciona de maneira totalmente desvinculada da eSF. Não há articulação com associações, igrejas, coletivos, escolas, entre outros equipamentos sociais, para promoção de práticas de saúde integrativas. Nota-se a necessidade de discutir e potencializar questões ligadas aos determinantes sociais da saúde dessa comunidade.

Não havendo integração entre Atenção Básica e os serviços substitutivos e ambulatoriais, e não havendo ações de cunho comunitário, permanece uma lógica pautada na doença, no sintoma, em que o usuário só se torna visível quando necessita de intervenções especializadas, como na crise; ou seja, a segregação psiquiátrica antes restrita aos hospitais apenas transfere-se para outros dispositivos por meio de procedimentos pontuais e fragmentados.

Nesse sentido, torna-se desafiador operar linhas de cuidado de modo mais efetivo, principalmente se a realidade em questão ainda mantém forte a cultura manicomial, ou seja, se ainda existe um hospital com ala psiquiátrica funcionando e operando de forma asilar, por meio de internação. Nesse contexto, não se desenvolvem abordagens de acolhimento na crise e a única saída pensada para os usuários é realmente a internação no hospital, desobrigando os serviços de acolhê-los, mesmo sem crise, prevalecendo assim o pensamento de que o lugar certo é o hospital. A Atenção Básica, então, transforma-se em uma ilha, isenta assim da obrigação do cuidado, quando, na verdade, ela poderia ser o principal meio de atenção ao usuário em sofrimento psíquico.

Esse foi um dos desafios enfrentado pela equipe PET-Saúde ao tentar desenhar as linhas de cuidado, encontrando fissuras na Rede, falta de articulação entre serviços e dificuldades de uma participação mais efetiva de alguns profissionais com a Saúde Mental.

Assim, pode-se salientar que não há na experiência do município de Parnaíba uma rede de atenção à saúde mental consolidada, embora exista um movimento potente nessa direção. O que se observa é alguns dispositivos que ensaiam uma comunicação e a construção de fluxos, ainda que de

modo intermitente.

Por não existir esse diálogo fortalecido, ainda, entre Atenção Básica e atenção especializada, não há fluxos estabelecidos, de modo que os usuários caminham sem qualquer itinerário estabelecido. Certamente, a AB ainda tateia um diálogo com a saúde mental. Vale destacar que a formação em saúde ainda é incipiente para contemplar saúde mental e AB, não havendo a retaguarda do Apoio Matricial e de outros dispositivos de cuidado.

O desafio está posto: é preciso introduzir mais do que novas políticas para a área. São necessárias novas racionalidades, novas maneiras de ver e encarar a doença mental, loucura, transtorno mental, sofrimento psíquico, que necessariamente perpassam uma dimensão técnica-pedagógica, cultural e ética.

Portanto, é importante fortalecer tecnologias leves, aquelas produtoras de trabalho vivo, conforme afirmam Merhy e Franco (2003), no âmbito dos serviços e, especialmente, na Atenção Básica, em que o contato, a relação e o vínculo são os principais veículos para a construção do cuidado. É preciso necessariamente incorporar aos processos das equipes uma dimensão relacional, afetiva, que conecte os profissionais à comunidade, pensando longitudinalmente o cuidado integral.

A incorporação dessas tecnologias ao trabalho em saúde mental, por meio do Matriciamento, da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e do acolhimento do usuário, permitirá produzir tecnologias relacionais sem ser preciso acionar serviços mais elevados na hierarquia de assistência.

Para que isso aconteça, pensa-se que a Educação Permanente em Saúde seja uma poderosa ferramenta para que novos paradigmas sejam adotados pelos profissionais, possibilitando outros mecanismos, espaços e olhares que

possam constituir, assim, uma mudança e uma ruptura com os processos instituídos. Não se trata de capacitar indivíduos para executar procedimentos, como se fossem máquinas a serem ajustadas para executar bem seu trabalho, mas de dar os meios para que eles estejam comprometidos com lógicas apoiadoras e fortalecedoras da participação dos sujeitos, da compreensão da multiplicidade do processo saúde-doença, que se deixem afetar pela realidade, que a ela se vinculem, que sobre ela pensem e, assim, pensem suas práticas nela e sobre ela (Ceccim, 2004).

Somente quando a prática profissional se conectar com as situações concretas, reais, com o desejo dos usuários, é que se terá uma resolutividade, uma ação efetivamente produtora de cuidado, terapêutica por si só.

Considerações finais

Uma mudança na formação e na atuação dos profissionais de saúde só pode acontecer efetivamente com a integração ensino-serviço-comunidade. Nesse sentido, o PET-Saúde – RAPS é um importante dispositivo para um novo modelo de atenção e gestão à saúde, voltado para formar profissionais preparados para trabalhar no serviço público de saúde e, sobretudo, na área de saúde mental. Ao inserir alunos de Psicologia e de Fisioterapia, entre outras categorias, o programa permite uma formação mais ampla, mais completa e, assim, mais preparada para dialogar e compreender a realidade. Essa é uma contribuição que se sentirá a médio e longo prazo nas políticas de saúde municipais.

Por meio de Educação Permanente em Saúde, capacitações, mudança nos currículos e ações populares voltadas às políticas de saúde

mental com vistas a romper com o paradigma asilar, fomentam-se novos atores, empoderados e empoderadores, ou seja, indivíduos capazes de viverem diferentes momentos, que lidam com suas limitações e enfermidades de modo que suas condições de vida e suas autonomias sejam mantidas, nos mais diversos ambientes: em sua residência, na escola, no trabalho, na igreja etc.; indivíduos que tenham condições de romper com as estruturas que os oprimem e construir novas relações que respeitem suas condições de existência (Carvalho & Gastaldo, 2008), isto é, sujeitos de direitos, criadores de saúde.

Este artigo pretendeu mostrar o caminho percorrido por uma equipe de estudantes e profissionais vinculados ao PET-Saúde – RAPS com uma equipe de Saúde da Família e também apresentar os desafios para a construção de linhas de cuidado em saúde mental, novos dispositivos e paradigmas na área da saúde, dificuldades de articulação entre os diversos dispositivos e redes e fragilidades no tocante ao trabalho com vistas à atenção psicossocial.

Os momentos de desânimo foram muitos, os de incertezas, mais numerosos ainda, mas o que fica desse processo é o compromisso dos profissionais e dos estudantes de hoje, profissionais do amanhã, com a implantação de um novo modo de trabalho, de atuação e de uma ética voltada para o empoderamento, para o cuidado com acolhimento, com respeito aos princípios do SUS.

Referências

Albuquerque, V. S., Gomes, A. P., Rezende, C. H. A., Sampaio, M. X., Dias, O. V., & Lugarinho, M. R. (2008). A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação*

Médica, 32(3), 356-362.

Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed.

Barros, M. M. M., Chagas, M. I. O., & Dias, M. S. A. (2009). Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 227-232.

Brasil (2008). Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar*. Rio de Janeiro.

Brasil (2015). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativa Populacional 2014*. Recuperado em 8 junho, 2015, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/>

Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Brasil (2007). Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil (2011a). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. *Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua*. Recuperado em 21 junho, 2015, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

- Brasil (2011b). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.454, de 24 de junho de 2011. *Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha*. Recuperado em 21 junho, 2015, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Brasil (2011c). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado de 21 junho, 2015, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ceccim, R. B. (2004). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 9(16), 161-77.
- Carvalho, S. R., & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2029-2040.
- Conferência Nacional de Saúde. 8. (1986). *Relatório Final*. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Recuperado em 30 junho, 2015, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_anais.pdf
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde & Sociedade*, 20(4), 961-970.
- Ferla, A. A. (2010). *Incorporação da tecnologia de linhas de cuidado na Saúde Suplementar: análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-bebê e em saúde mental nas Regiões Norte e Sul do Brasil a partir de marcadores selecionados*. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Curso de Graduação em Análise de Sistemas e serviços de saúde, Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Franco, T. B., & Magalhães Júnior, H. M. (2004). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In E. E. Merhy, E. E., H. M. Magalhães Júnior, J. Rimoli, T. B. Franco & W. S. Bueno. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (2a ed., pp. 125-134). São Paulo: Hucitec.
- Freire, P. (2002). *Pedagogia da Autonomia* (24a ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Lima, A. I. O., Severo, A. K., Andrade, N. L., Soares, G. P., & Silva, L. M. (2013). O Desafio da Construção do Cuidado Integral em Saúde Mental no Âmbito da Atenção Primária. *Temas em Psicologia*, 21(1), 71-82.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2007). Cartografia de um encontro: o pesquisador, a ferramenta e o seu campo. In Encontro Nacional da ABRAPSO, 14, 2007, Rio de Janeiro. *Anais de resumos e trabalhos completos do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007. Recuperado em 2 agosto, 2015, de http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_39.pdf
- Malta, D. C., Cecílio, L. C. O., Merhy, E. E., Franco, T. B., Jorge, A. O.,

Nogueira, Francisco Jander de Sousa; Brito, Francisco Marcos Gomes de. Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de experiência do Pet-Saúde no município de Parnaíba-PI

- & Costa, M. A. (2004). Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 433-444.
- Merhy, E. E., Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, 27(65), 1-13.
- Oliveira, R. C. (2000). O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir e escrever. In R. C. Oliveira. *O trabalho do Antropólogo* (2a ed., pp. 17-35). São Paulo: Unesp.
- Severo, A. K., & Dimenstein, M. (2011). Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 640-655.
- Taveira, Z. Z. (2010). *Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: revisão de literatura*. 2010. 38 f. Monografia, Especialização em Atenção Básica em Saúde, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. 280 f. Tese de Doutorado em Ciências na área de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Recebido em 31/03/2016

Aprovado em 16/05/2017