



Psicologia em Saúde no Brasil: Boas Práticas no Sistema Único de Saúde (SUS)

Orgs.
André Moreira
Katia Varela Gomes
Renan Vieira de Santana Rocha

EDITORA
**BORDÔ
GRENA**

**PSICOLOGIA EM SAÚDE NO BRASIL:
BOAS PRÁTICAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Comissão Editorial

Ma. Juliana Aparecida dos Santos Miranda

Ma. Marcelise Lima de Assis

Conselho Editorial

Dr. André Rezende Benatti (UEMS*)

Dra. Andréa Mascarenhas (UNEB*)

Dra. Ayanne Larissa Almeida de Souza (UEPB)

Dr. Fabiano Tadeu Grazioli (URI) (FAE*)

Fernando Miramontes Forattini (Doutorando/PUC-SP)

Dra. Yls Rabelo Câmara (USC, Espanha)

Me. Marcos dos Reis Batista (UNIFESSPA*)

Dr. Raimundo Expedito dos Santos Sousa (UFMG)

Ma. Suellen Cordovil da Silva (UNIFESSPA*)

Nathália Cristina Amorim Tamaio de Souza (Doutoranda/UNICAMP)

Dr. Washington Drummond (UNEB*)

Me. Sandro Adriano da Silva (UNESPAR*)

*Vínculo Institucional (docentes)

André Moreira
Katia Varela Gomes
Renan Vieira de Santana Rocha

ORGANIZADORES

**PSICOLOGIA EM SAÚDE NO BRASIL:
BOAS PRÁTICAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**



Catu, BA

2024

© 2024 by Editora Bordô-Grená
Copyright do Texto © 2024 Os autores
Copyright da Edição © 2024 Editora Bordô-Grená

TODOS OS DIREITOS GARANTIDOS. É PERMITIDO O DOWNLOAD DA OBRA, O COMPARTILHAMENTO E A REPRODUÇÃO DESDE QUE SEJAM ATRIBUÍDOS CRÉDITOS DAS AUTORAS E DOS AUTORES. NÃO É PERMITIDO ALTERÁ-LA DE NENHUMA FORMA OU UTILIZÁ-LA PARA FINS COMERCIAIS.

Editora Bordô-Grená
<https://www.editorabordogrena.com>
bordogrena@editorabordogrena.com

Projeto gráfico: Editora Bordô-Grená
Capa: Keila Lima de Assis
Arte da capa: Alexandre de Melo
Edição: Editora Bordô-Grená
Revisão textual: Editora Bordô-Grená

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Bibliotecária responsável: Eliane de Freitas Leite - CRB 8/8415

Psicologia em saúde no Brasil [livro eletrônico] :
boas práticas no sistema único de saúde /
organização André Moreira, Katia Varela Gomes,
Renan Vieira de Santana Rocha. -- Catu, BA :
Bordô-Grená, 2024.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-80422-42-5

1. Psicologia 2. Saúde 3. Saúde pública 4. Sistema
Único de Saúde (Brasil) I. Moreira, André. II. Gomes,
Katia Varela. III. Rocha, Renan Vieira de Santana.

24-200667

CDD-362.109

Os conteúdos dos capítulos são de absoluta e exclusiva responsabilidade dos autores.

S U M Á R I O

APRESENTAÇÃO	7
<i>Organizadores</i>	
O COTIDIANO NO CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL): O CAMINHAR ENTRE CONCEITOS E PRÁTICAS	14
<i>André Moreira e Carla Beatriz Goes Cabral</i>	
REDUÇÃO DE DANOS: DESAFIOS DA ESPECIFICIDADE DA CLÍNICA NO SUS	31
<i>Katia Varela Gomes</i>	
SAÚDE COLETIVA, SAÚDE MENTAL E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS NO BRASIL: UMA EXORTAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	51
<i>Renan Vieira de Santana Rocha</i>	
CAPS II: UMA IMERSÃO NA VIVÊNCIA DO PSICÓLOGO E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	82
<i>Vitória Souza Mendes de Jesus, Tamires de Lima Campos e Katia Varela Gomes</i>	
O COM-PAR-TRILHAR DO GRUPO DE FAMÍLIA EM UM CAPS ADULTO	98
<i>Viviane Batista da Silva e Ney Luiz Picado Alvares</i>	
A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM TEA NO SUS A PARTIR DO OLHAR DE CAPS IJ	119
<i>Andreia Maria da Silva, Barbara Cristina Mello, Carolina Donato da Silva e Patricia Crucello da Silva</i>	

SAÚDE MENTAL E ABORDAGEM DO SOFRIMENTO MENTAL COMUM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	145
<i>Rafael Nunes da Silva, Carla Rafaela Donegá e Ricardo Jonathan Feldman</i>	
SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CARACTERÍSTICAS DO CUIDADO OFERTADO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO	160
<i>Denílson Rodrigues De Souza</i>	
ENCURTANDO DISTÂNCIAS: A EXPERIÊNCIA DO APOIO MATRICIAL COMO FORMA DE AMPLIAR O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	182
<i>Juliana Leite Godoy Veneziani Silva, Cinthia Mayumi Saito Corrales e Leila Dias Chianezzi</i>	
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: RECONSTRUÇÃO DE CIDADANIA E FIM DO DISPOSITIVO MANICOMIAL	203
<i>Renan Souza de Oliveira e Claudio Jose Cobianchi</i>	
A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL: POTÊNCIAS E DESAFIOS NA CONSOLIDAÇÃO DO SUS	229
<i>Helena Saroni e Katia Varela Gomes</i>	

TECENDO ESCUTATÓRIAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: O LUGAR DE ENSEINANTE DA ESCUTA SENSÍVEL NA CLÍNICA ARTESANAL	246
<i>Sílver Andrade Cardoso Borges, Ingrid da Silva Bitencourt, Shirley Gonçalves Amaral dos Santos, Catiane dos Santos Soares e Lavínia Maria Benício Dias</i>	
LGBTQIA+FOBIA E VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: DA NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA À UM SUS EQUITATIVO E AFIRMATIVO	268
<i>Beatriz Borges Brambilla, Luísa Brandão, Victoria das Graças Gomes e Livia Oliveira Paciência</i>	
“PARECE SER ALGO DISTANTE E NÃO MUITO IMPORTANTE”: PUBLICIDADE DE UTILIDADE PÚBLICA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	293
<i>Mírian Rique de Souza Brito Dias e Isabelle Diniz Cerqueira Leite</i>	
SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES	313
SOBRE OS ORGANIZADORES	322

APRESENTAÇÃO

POR QUE UM LIVRO SOBRE BOAS PRÁTICAS DE PSICÓLOGAS E PSICÓLOGOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

André Moreira

Katia Varela Gomes

Renan Vieira de Santana Rocha

A Psicologia em Saúde é um campo de saber-fazer em Psicologia que se constrói, segundo Matarazzo (1980) e Almeida e Malagris (2011), enquanto um conjunto de contribuições profissionais, educacionais e científicas específicas da Psicologia, mas utilizadas prioritariamente para: (1º) a promoção e a manutenção da saúde; (2º) a prevenção e o tratamento de doenças; (3º) a identificação da etiologia e o diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde e às doenças; e (4º) a análise do sistema de atenção à saúde vigente nos mais diferentes territórios, tal e qual a formulação de Políticas Públicas de Saúde para estes mesmos territórios.

No Brasil, esta compreensão sobre tal campo se alarga ainda mais, haja posto o histórico de transformações à práxis psicológica, derivada de movimentos como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por tais reconhecimentos, a presente coletânea intenta compilar experiências bem-sucedidas de trabalho, ensino, pesquisa e extensão, desenvolvidas por psicólogas/os, pesquisadoras/es e estudantes de Psicologia, no

âmbito das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, como forma de demonstrar, em livro, os avanços que produzimos nas últimas décadas, os novos e velhos desafios ainda enfrentados, e os horizontes possíveis para o desenvolvimento do campo em nosso país.

Em meio ao complexo cenário do SUS na contemporaneidade, após um intenso período de ataques e vulnerabilização por parte do próprio setor político nacional, surge, então, uma obra singular, que explora e fundamenta as intrincadas relações entre a prática da Psicologia e o contexto do sistema público de saúde brasileiro, com base em nada mais, nada menos que análises críticas e práticas exitosas. Este livro destaca-se, assim, por sua abordagem perspicaz e elucidadora sobre as boas práticas adotadas por psicólogas e psicólogos atuantes no SUS, desvelando os motivos que tornam essa reflexão atualmente indispensável.

Ao longo das páginas desta obra, os leitores são conduzidos a uma análise aprofundada da relevância da Psicologia no âmbito do SUS, evidenciando não apenas a importância intrínseca dessa disciplina, mas também sua influência fundamental na promoção de práticas eficazes e humanizadas no cuidado à saúde – em áreas que vão desde a Atenção Básica à Saúde Mental. O livro, deste modo, não se limita a uma mera exposição teórica; pelo contrário, ele propõe reflexões críticas e retomadas conceituais e políticas importantes, mas proporciona, sobretudo, casos práticos, situações cotidianas concretas, em cujos exemplos e orientações valiosas, baseadas em experiências reais de

trabalhadoras e trabalhadores, concentra-se um conhecimento que procura ser, visceralmente, do “chão de fábrica”.

As narrativas habilmente tecidas destacam a necessidade premente de compreender e aprimorar as intervenções psicológicas dentro do SUS, enaltecendo a contribuição única que profissionais qualificadas/os podem oferecer. Além disso, elas exploram as interconexões entre as "questões psicológicas" e o sistema de saúde, ressaltando como uma abordagem integral pode impactar positivamente a qualidade do atendimento e, por conseguinte, a vida dos indivíduos atendidos por este sistema – que, em síntese, são o todo de nossa população.

Este livro, doravante, não apenas responde à pergunta inicial que intitula esta Apresentação, quanto à relevância de um livro dedicado às boas práticas de psicólogas e psicólogos no SUS, mas também lança luz sobre as oportunidades e, igualmente, os desafios que permeiam esse contexto. Ao abrir estas páginas, esperamos, então, que as nossas leitoras e os nossos leitores possam embarcar em uma jornada instigante, que inspire uma prática psicológica em saúde cada vez mais bem informada, crítica, ética, efetiva e comprometida com o seio de um sistema público de saúde efetivamente público, gratuito e de qualidade; e, às/aos colegas docentes, espera-se que a obra em questão possa servir à produção de referenciais tanto técnicos quanto teóricos para a Psicologia, contribuindo no sanar de lacunas, especialmente quanto à formação de novas/os psicólogas/os para o trabalho em saúde.

Que assim seja!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. E. N. A Prática da Psicologia da Saúde. *Rev. SBPH*, v. 14, n. 02, p. 183-202, 2011.

MATARAZZO, J. D. Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*, v. 35, n. 09, 807-817, 1980.

CAPÍTULO 1

O COTIDIANO NO CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL): O CAMINHAR ENTRE CONCEITOS E PRÁTICAS

André Moreira

Carla Beatriz Goes Cabral

O intuito deste texto é de forma simples poder discorrer sobre alguns conceitos/ princípios norteadores no campo da saúde que tecem ou deveriam ao menos, balizar o trabalho no campo da Rede de atenção Psicossocial (RAPS) como: *Acolhimento, Ambiência, Projeto Terapêutico Singular, Território, Clínica Ampliada e Matriciamento*. Para tanto, utilizaremos alguns autores de referência em cada item, associando a exemplos práticos da experiência vivida pelos autores no trabalho como psicóloga(os) em Centro de Atenção Psicossocial (Caps adulto, Caps Álcool e outras Drogas e Caps Infanto Juvenil), podendo destacar a potência de cada dispositivo, bem como os desafios que ainda se impõem nos processos de atendimento.

De acordo com Oliveira (2010), em consonância com a Política Nacional de Humanização o *Acolhimento* é entendido dentro do âmbito da saúde pela ação de acolher, de “estar junto, estar com”, proporcionando ao mesmo tempo escuta qualificada as demandas dos usuários dos serviços SUS e amparo a situação em que este usuário se apresenta. Comumente entendido como primeiro atendimento ao sujeito em sua busca por tratamento. Trata-se de um momento

fundamental na relação de produção de cuidados em saúde e que terá influência decisiva na adesão ou não ao tratamento.

Sobre esse ponto, Kinoshita (2015) destaca que variadas são as situações que o profissional de saúde pode encontrar nesse primeiro acolhimento, como por exemplo pessoas que por vontade própria estão acessando o serviço, outras que vieram a contragosto, de certa forma foram obrigadas, enganadas ou chantageadas por familiares. Frente a isso é necessário que o profissional consiga “ler” de que situação se trata, para se posicionar e agir da maneira que mais facilite a vinculação com este sujeito.

Uma orientação que facilita essa tarefa é escutar no primeiro momento o “paciente identificado”, mesmo que este esteja acompanhado e, trabalhar com este sobre a importância de também ouvir as pessoas que compõem sua rotina e vivências. Por exemplo muitas vezes a queixa está na fala da família e não necessariamente há concordância por parte do sujeito. Se ouvimos ele em primeiro lugar, podemos situá-lo como protagonista nessa relação e convidá-lo a estar junto no processo de escuta dessa família, o que também é importante, tanto para compreensão da queixa em si, mas principalmente para ampliar o entendimento sobre o contexto e dinâmica em que o sofrimento emerge. A forma como se dão as relações, que lugar que ocupa, que representação a família tem sobre esse sujeito.

Exemplo:

Ao iniciar a conversa com a pessoa, pontuar que percebeu que veio acompanhada, perguntar quem são, como é a relação, se a pessoa

está ali por desejo, o que espera desse encontro. Abrindo possibilidade para que o sujeito fale de seu sofrimento antes de outros falarem por ele. Podemos pontuar, que para poder ajudá-lo é importante ouvir as pessoas com que convive, mas que fazemos questão de sua presença nesse processo.

Ao agir assim o profissional dá possibilidade da pessoa se responsabilizar... ela pode concordar e ouvir junto ao profissional que precisará mediar os conteúdos que emergirem, ou pode dizer que não quer estar na conversa, que já sabe o que outro vai dizer sobre ele etc. Mas de qualquer forma marcamos um posicionamento de quem é nosso sujeito no processo de cuidado e preservamos ou ampliamos as possibilidades de vinculação.

Espera-se que o acolhimento possa também ser o mais resolutivo possível, podendo indicar de forma concreta, em quais ações de cuidado e em quais equipamentos o sujeito, sua família, podem se inserir (Oliveira, 2010).

Aqui é importantíssimo salientar que acolhimento NÃO é triagem. Sim é importante poder ter elementos e diferenciar sinais e sintomas, níveis de gravidade, qual equipamento da Raps mais adequado para acompanhamento do sujeito. No entanto, nada disso é mais importante do que este mesmo sujeito se sentir de fato acolhido, escutado. Dele poder sair deste encontro com o sentimento de confiança na equipe e no serviço que o acolheu.

Nesse sentido, o acolhimento não é apenas um procedimento, ou lugar/ação do serviço (hoje estou no acolhimento), antes trata-se de

uma diretriz clínica que guia todo o processo de cuidado, não apenas o primeiro atendimento. Essa compreensão está descrita na Política Nacional de humanização SUS de 2009. Isso quer dizer, que para além do acolhimento inicial, em todos os demais atendimentos devemos nos pautar por essa postura que chamamos de acolhimento.

Podemos agora falar sobre *Ambiência/Convivência*. Trata-se de um dispositivo de cuidado presente em todos os Caps, em que os usuários do serviço podem estar de uma maneira menos formal, um espaço de convivência, em que podem conversar livremente, descansar, brincar, utilizar jogos, ouvir música enfim um espaço de encontros não dirigidos, de maior liberdade (Brasil, 2015).

A esse respeito Santos e Campos (2015) reforçam que o conceito de *Ambiência/Convivência* exige que o serviço Caps busque a construção permanente de um cuidado adaptado ao contexto e necessidades de seus atendidos. Assim temos uma inversão na lógica em que o usuário adere ao serviço, mas antes o contrário, onde o serviço busca formas de aderir a seus usuários.

Em contraponto, com base nas experiências dos autores, podemos ressaltar infelizmente que, não raramente esse potente espaço de cuidado que se diferencia dos modelos tradicionais, por proporcionar encontros mais horizontais que facilitam a corresponsabilização pela produção de saúde é subutilizado nos equipamentos. Ou mesmo, percebido apenas como um tempo de transição entre atendimentos, grupos ou oficinas, quase que um não lugar. O que se traduz no mínimo em desperdício.

É comum que muitos técnicos tenham dificuldade de estar na ambiência, que digam não saber o que fazer, que se envolvam em outras atividades como reuniões, ou visitas domiciliares preterindo o momento de ambiência/convivência. A esse respeito podemos refletir a dificuldade existente nesse estar junto de maneira menos controlada, que dá margem ao inusitado e exige boa dose de improvisação nesse encontro. A própria formação nos cursos de saúde, muitas vezes, se pauta em um modelo de atendimento em que o profissional responde a uma demanda de seu paciente, em um encontro estruturado, com duração determinada. Outra ponderação que merece destaque é o risco sempre presente dos lastros da ideologia manicomial (mesmo em equipamentos substitutivos) que podem transformar a experiência de Ambiência/Convivência em um tempo de vigilância e controle dos usuários do serviço, o que cria um clima de abandono e exclusão.

Vale destacar a Ambiência/Convivência como um dispositivo pulsante de produção de saúde mental. Um espaço que muitas vezes, conteúdos que não emergiam nos lócus tradicionais de atendimento, salas, grupos temáticos etc., se fazem presentes. Talvez o lugar mais propício para acompanhar e cuidar das situações de crise em saúde mental dada suas características de flexibilidade e adaptação. O sujeito poder ser acolhido não só por um técnico em uma sala sentado em uma cadeira, mas por um espaço, por uma equipe, pela possibilidade de circulação e escolha de ficar e fazer o que sentir mais confortável. Aspectos esses que se traduzem no que está preconizado nas diretrizes de funcionamento de um serviço Caps (Brasil, 2015) e possibilitam

efeitos de continência, de contorno, fundamentais nos momentos de crise (Winnicott, 1956).

Ressaltamos muitas situações, em que usuários que estando em uma sala fechada sob olhar e escuta de seus técnicos, pouco se mostravam e interagiam. No entanto, quando estavam em momentos de Ambiência/Convivência se apresentavam de maneira muito mais acessível, com demonstrações de suas emoções e características singulares. Se isolavam ou formavam coletivos, mostravam-se tristes, alegres, com raiva ou tolerância. Enfim se relacionavam, trocavam afetos e se afetavam nesse processo.

Um olhar atento para a Ambiência/Convivência possibilita para equipe perceber aspectos que não cabem, nas narrativas dos usuários ou sobre estes, que vão além de seus quadros sintomáticos, mas mais que isso, possibilita também novas relações de cuidado, como perceber gostos similares, jeitos de ser e estar no mundo, brincadeiras que fazem rir juntos, cantar músicas que emocionam mutualmente, fumar um cigarro enquanto falam de sonhos e projetos de vida, favorece coletividades que produzem saúde (Lancetti, 2016).

Na Ambiência/Convivência não interessam apenas as histórias que se relacionam “ao que é progresso a moléstia atual”, mas antes uma história viva, presente, que se tece nesse encontro cotidiano que produz humanidade.

Por sua vez, o *Projeto terapêutico singular* (PTS), compõe dentro das ferramentas de gestão de cuidado uma maneira de tornar o usuário, família e território os protagonistas na direção da construção de

cuidados na saúde mental, um dispositivo necessário para que os serviços que compõem a RAPS possam debruçar-se no “pensar” e “traçar” estratégias, muitas vezes em conjunto. Nele é possível dentro do que diz respeito as ações de reabilitação psicossocial construir processos e ressignificar elos de ação. Segundo Saraceno (2001), entende-se Reabilitação Psicossocial, uma reconstrução, um exercício de cidadania e, também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social (Pitta, 1996).

Nos CAPS, muitas vezes o PTS torna-se um procedimento burocrático, no qual limita-se a descrever as ações realizadas dentro do equipamento, como horário dos grupos e oficinas, consulta médica e de referências técnicas, apenas um documento constante no prontuário do usuário. O cuidado em saúde mental, implica a necessidade de levantamento de determinantes de fragilidades e potencialidades do sujeito, e de sua relação com território que pertence, desenvolver proposta de pertencimento do usuário com o local que habita, o fortalecimento do protagonismo, compreendendo que o PTS necessita compor o projeto de vida do sujeito, sendo então um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas com um indivíduo, família buscando a singularidade como elemento central do cuidado.

A construção do PTS também possibilita que a equipe conheça a história do sujeito, compreenda como se deu o processo de rompimento das relações, o adoecimento, sendo possível tecer a partir disto propostas de ações que coloquem o sujeito novamente no centro de suas decisões, nem sempre tarefa fácil, quando a equipe apenas

direciona e determina o que o sujeito deve fazer. Cumprindo apenas com a “grade” de atividade do CAPS. Destacamos aqui o risco presente dos lastros da conduta manicomial, em que os “ditos saudáveis” decidem pela vida do “paciente”, mantendo ações de tutela e silenciamento.

De acordo com a Cartilha da PNH, Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular, para que seja possível a construção do PTS:

À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz, nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergava apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do PTS, grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho. (BRASIL, 2007, p. 45)

Um exemplo de construção de PTS nos equipamentos CAPS, pode ser inicialmente a retirada de documentação pessoal, o acompanhamento do sujeito pelos dispositivos de cuidado como UBS, estar com o sujeito dentro de espaços de seu cotidiano, escola, encontro com a família, etc. possibilitar que o sujeito transite e pertença ao território, desde que esse “fazer” se estabeleça com, e a partir desse sujeito.

Destacamos o caso de um usuário que apresentava um ciclo de crises e internações praticamente anuais e tal situação já perdurava por mais de uma década. Cabe ressaltar que a leitura da equipe é que se tratava de um paciente com transtorno mental e, portanto, deveria receber seus cuidados no Caps Adulto. No entanto, este se reconhecia

mais como alguém que faz uso abusivo de substâncias psicoativas, embora o olhar técnico entendesse esse uso como secundário. Este cenário só se altera, quando as intervenções foram verdadeiramente pactuadas com ele podendo escolher em quais equipamentos e de que forma queria ser acompanhado em seus cuidados em saúde. Efetivamente o sujeito propõe encontrar-se semanalmente com os profissionais do Caps Adulto e da Unidade Básica de Saúde para atendimento (no quiosque da parte externa da UBS) e acessar o caps AD para consultas e cuidados Clínicos.

Na esteira do que foi destacado sobre PTS é necessário ressaltar que para produzir saúde dentro dessa perspectiva ampliada é fundamental entender o conceito de *Território* e principalmente atuar dentro de seu contexto e potência. Inicialmente podemos destacar que a ideia de território está contida desde o início da Reforma Psiquiátrica ao estabelecer por exemplo, que o Caps deve ser um serviço de base comunitária e territorializado, partindo da ideia que o cuidado da pessoa deve ser oferecido onde esta vive e estabelece suas principais relações (BRASIL, 2002).

No entanto, há um certo empobrecimento da compreensão desse dispositivo, quanto é percebido simplesmente como área de abrangência/ referência, por vezes justificando que o usuário deva se dirigir a outro estabelecimento de saúde. Aqui a ideia de território é entendida como endereço do sujeito e, portanto, quais equipamentos compõem prioritariamente sua oferta de cuidado no SUS. Dois pontos a destacar: primeiro que sim, é uma forma de organizar os serviços em

saúde, poder acolher as demandas de maneira dividida e equilibrada em dada região geográfica e podemos sensibilizar e orientar nesse sentido. De fato, atender um usuário que resida em outra região traz dificuldades para o atendido e para o equipamento. Por exemplo: é mais difícil o deslocamento, as reuniões entre serviços distintos, a visita domiciliar, o manejo de situações de emergência e crise etc. Mas isso não pode ser impeditivo para a oferta de cuidado. Dito de outro modo, o cidadão tem o direito de escolher em quais unidades deseja se cuidar. Por vezes, com justificativas muito pertinentes como não querer ser visto por familiares e vizinhos utilizando equipamentos de saúde mental, dada a Representação Social (Moscovici, 2009) que recai sobre estes.

Para além disso pontuamos a necessidade de entender território de forma ampla, como espaço onde a vida acontece, como apontado por Lima e Yasui (2014) o lócus de trocas afetivas, de condições concretas de existência, de vínculos de pertencimento, de acesso a cidade. Atuar sobre a lógica do território é defender que a promoção de saúde e mesmo o cuidado em saúde se faz, com recursos para além dessa área de conhecimento e dos equipamentos diretamente a ela ligados. O cuidado se faz, na articulação com as possibilidades que o território oferece, de forma intersetorial, junto a associações de bairro, igrejas, escolas, praças, equipamentos esportivos, enfim com todos os elementos que compõem dado território.

Para ficarmos apenas com alguns exemplos, citamos a trajetória de um sujeito que já estava há alguns anos em acompanhamento no Caps Adulto, mas que só apresentou melhora ao se inserir em um grupo

de escritores da casa de cultura do bairro. Até apresentação de si mudou. Antes com o corpo arqueado falava seu nome, e pontuava que era paciente do Caps e na sequência seu diagnóstico, após se inserir nesse coletivo, com o corpo alinhado diz seu nome e se anuncia como poeta.

Nessa linha, destacamos um grupo intitulado “Bem loco na Praça” em que semanalmente reunia diferentes serviços do território com o intuito de cantar Karaokê, efetivando encontros de integração entre, usuários de serviços de saúde, população geral, pessoas em situação de rua etc. produzindo novas possibilidades de reconhecimento. Fala de um participante, “*quando eu canto na praça não sou mais o doente, mas o senhor que canta Trem das onze*”. Outro exemplo ainda, um grupo denominado “Cão terapia”, uma parceria com um Hotel para Pets, que semanalmente recebia os usuários do caps para estes interagirem com os animais. Cabe destacar que atendidos, que pouco apresentavam interações espontâneas, nessa atividade foram percebidos acariciando os animais, por vezes falando e brincando com estes. Sem esquecer de todo trajeto de acompanhar os usuários no transporte coletivo até o local do grupo. Enfim exemplos de acesso ao território que se traduzem em experiências de acesso a cidade e seus efeitos promotores de saúde.

Nesse sentido, quanto mais o serviço Caps consegue atuar no território, mais se previne de causar efeitos institucionalizantes em seus usuários e mais alinhado se situa em relação ao conceito de *Clínica Ampliada* que exige a compreensão do sofrimento para além dos aspectos biológicos, entendendo as dimensões sociais, históricas e

políticas na produção do sofrer (Merhy, 2002). Se trata aqui da concretização do princípio de cuidar das pessoas e não de seus sintomas e diagnósticos, é perceber não apenas o sujeito e seu sofrer, mas as relações sociais que atravessam esse sujeito. Assim nossas intervenções podem possibilitar resignificação de vivências no sentido de ampliação de autonomia e emancipação. Sobre esse aspecto o documento de referências técnicas para atuação de psicólogos no caps nos apresenta:

A dimensão cuidadora na produção de saúde deve ser incorporada ao processo de trabalho, que deve ter como objetivo principal a produção de atos de cuidado e de intervenções sociais visando à construção de autonomia nos usuários. É finalidade das intervenções clínicas, na perspectiva da clínica ampliada, a possibilidade do sujeito cuidar mais de si, desenvolver e agenciar estratégias e projetos de vida a partir de sua inserção e participação social e das condições impostas pelo manejo necessário do transtorno por ele vivido. Esta é a essência do trabalho em saúde mental: a construção permanente do sujeito na relação com a sociedade. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013)

Como último tópico desse texto vamos tecer comentários sobre *Matriciamento*. De acordo com o Ministério da saúde (2015) o Matriciamento ou Apoio Matricial é compreendido como estratégia de construção de conhecimento e de cuidado em saúde realizado por duas ou mais equipes, podendo estas, serem de níveis de atenção à saúde distintos e mesmo de equipes da rede intersetorial, envolvendo Assistência, Educação, entre outras.

Constitui a ferramenta prática para o cuidado ampliado no território, com a construção de PTS em conjunto e a troca de percepções de diferentes olhares sobre a situação em questão, com seus desafios e

possibilidades. Cabe aqui frisar a riqueza desse momento de compartilhar, a junção de olhares e saberes de diferentes campos de conhecimento, e expertises de atuação. Nesses momentos poder contar por exemplo, com todo conhecimento do agente comunitário, que na maioria das vezes é quem mais conhece o território, possui maior vinculação como o sujeito, potencializa ações mais assertivas em prol do usuário.

Um exemplo que nos orgulha poder compartilhar, trata-se de uma usuária do serviço caps com H.D de Transtorno Bipolar e com demais familiares apresentando sofrimento psíquico intenso, todos com histórico de várias internações em hospital psiquiátrico. No decorrer de seu acompanhamento no caps essa usuária engravida. Inicialmente há uma pressão para que a criança fosse retirada da mãe assim que nascesse e encaminhada para adoção. Foram realizadas várias reuniões de matriciamento, ainda durante o período gestacional, defendendo -se a ideia, que mesmo sendo uma pessoa com sofrimento psíquico e que frequentemente entra em estado de crise, essa mulher e essa criança tinham o direito de permanecerem juntas e com o devido apoio poderiam diminuir os fatores de risco e ampliar os de proteção.

De maneira crescente participaram profissionais, do CAPS, DA UBS, DO CREAS – NPJ, Conselho Tutelar, CEI, e Vizinhos dessa usuária. Não foram discussões fáceis, diálogos marcados por afeto, preocupações, pontos de vistas divergentes, mas um envolvimento enorme para conseguir garantir um cuidado dentro do princípio de equidade que a situação exigia. Atualmente a criança encontra-se com

aproximadamente 10 anos e todos vividos ao lado da mãe e esta família segue em cuidado, não por um equipamento, mas por um território inteiro.

É preciso enfatizar que a qualidade do matriciamento vai depender de algumas condições como, o envolvimento das pessoas, a dinâmica institucional dos serviços, da compreensão e importância dada por quem realiza a gestão dos equipamentos de saúde. O que queremos apontar aqui, é que sem essas condições garantidas, o matriciamento pode configurar apenas um momento burocrático de “discussão de casos” que pouco se traduzem em intervenções verdadeiramente cuidadosas.

Por fim, esperamos que essa breve explanação de alguns conceitos e vivências relacionadas ao cotidiano de Caps, possa mais do que ampliar informações reforçar a beleza e importância de nossa Reforma Psiquiátrica que vem sendo construída e defendida há quatro décadas pelo empenho dos trabalhadores do SUS.

Deixamos abaixo uma última reflexão disparada em uma das semanas da Luta Antimanicomial:

“Eu tenho um delírio que me acompanha já há muito tempo e nesta data ficou ainda mais forte. Um delírio de que nossas ações como trabalhadores da saúde serão tão mais efetivas e verdadeiras quanto mais conseguirmos, aceitar nossos erros, olhá-los de frente, nos permitir que apareçam e que, só assim, sendo “expostos” poderão enfim ser superados. Para melhorar em algo é preciso sabê-lo como imperfeito,

ou mesmo pernicioso em nossa prática. Reconheço que isso dói, mas é necessário.

O que faz a “ferramenta manicômio” algo terrível, não são tão somente suas paredes sujas, as fezes pelo chão, a falta de roupas e alimentação adequada ou os maus tratos físicos vividos. Pensar assim abre margem a entender de que melhorando a estética e com uma conduta mais adequada no trato tudo bem, a ferramenta poderia ser posta em uso...

O que particularmente torna essa ferramenta terrível é sua roupagem de cuidado, é o discurso que vigia dizendo que cuida, que controla dizendo que cuida, que determina destinos dizendo que cuida... e por aí vai...

Esse discurso não se confina em muros e pode estar entranhado em nossas práticas, mesmo quando temos as melhores intenções”.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS AD II.* Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: acesso em 18 de nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular /* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia*. Brasília: CFP, 2013.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 9ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2019.
- KINOSHITA, R. T. *Projeto Terapêutico Singular*. Unidade 1, Módulo 6. Santa Catarina, 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4669242/mod_resource/content/1/TextoPTSfinal.pdf. Acesso em: 18 nov. 2023.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006b.
- LIMA, E. M. A. YASUI, S. *Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial*. Ensaio Saúde Debate, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38n102/593-606/> Acesso em 18 nov.2023.
- MEHRY, E. E. (2013). *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial*. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In E.

E. Merhy & T. B. Franco (Orgs.), Trabalho, produção de cuidado e subjetividade: textos reunidos (pp. 213-225). São Paulo: Hucitec.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Editora MS. Brasília, p. 235, 2011a. KINOSHITA, R. T. Projeto Terapêutico Singular. UFSC, Santa Catarina, 2015.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em 19 de nov. 2023.

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.

OLIVEIRA, O. V. M. *Política Nacional de Humanização, o que é e como implementar - uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas*. MS, SAS, PNH. Brasília, 2010.

PITTA, A.M. *O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje?* In: Pitta AM, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.19-30.

SANTOS, R. G. H.; CAMPOS, R. O. *Ambiência em um caps infanto-juvenil: a experiência de um coletivo brincante*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v.7, n.15, p.41-52. Florianópolis, 2015.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

WINNICOTT, D. W. *Preocupação materna primária (1956). Textos selecionados*. Da pediatria à psicanálise. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 4ª ed. 1993. p. 491-498

CAPÍTULO 2

REDUÇÃO DE DANOS: DESAFIOS DA ESPECIFICIDADE DA CLÍNICA NO SUS

Katia Varela Gomes

*“Quem sou eu?
De onde venho?
Sou Antonin Artaud
e basta-me dizê-lo
como só eu o sei dizer
e imediatamente
verão meu corpo atual
voar em pedaços
e se juntar
sob dez mil aspectos
notórios
um novo corpo
no qual nunca mais
poderão me esquecer.”
Antonin Artaud*

Pensar a Redução de Danos é assumir o desafio de costurar diferentes (e complementares) perspectivas. Proponho uma analogia às bonecas russas Matrioska¹, na qual cada uma das bonecas representaria um dos aspectos, a saber, a Política de Drogas e seu desdobramento no campo social, cultural e político; o Sistema Único de Saúde e os níveis de atenção em saúde primário, secundário e terciário, na construção de

¹ Matrioska é um **brinquedo artesanal em madeira e tradicional da Rússia**. Também conhecida como **“boneca russa”**, a matrioska é caracterizada por reunir uma série de bonecas de tamanhos variados que são colocadas uma dentro das outras. Pelo simbolismo cultural russo, o fato de uma boneca sair de dentro de outra maior representa o ato do parto, quando a mãe dá à luz a sua filha e, conseqüentemente, a filha dá à luz a outra criança, e assim sucessivamente.

uma dimensão do cuidado às pessoas com uso radical de drogas; e a clínica e o(a) usuário(a) de drogas.

Pensando bem, talvez a boneca russa, não seja a melhor representação do que pretendo propor como linha condutora dessa reflexão, na representação das bonecas russas, o fruto do nascimento se dá em ordem hierárquica, as “bonecas maiores” (Políticas Públicas) dão a luz às “bonecas menores” (sujeitos e a dimensão clínica). Na verdade, o sujeito movimenta e constrói as políticas públicas, seja pela dimensão do controle e participação social, seja pela recusa ao tratamento nos modelos propostos de cuidado, desafiando os saberes e fazeres de nossa prática cotidiana. Nos alerta Antonio Nery – “não são as pessoas que tem que caber nos serviços, mas os serviços que precisam caber nas pessoas”².

Um caleidoscópio poderia melhor representar a Redução de Danos e suas múltiplas dimensões de co-(r)existência em um diálogo possível com Antonin Artaud e seus múltiplos pedaços na emergência de um novo corpo, em uma intenção declarada em refazer-se, construir um novo corpo na escrita de sua obra e de uma vida tão intensa e radical³. Portanto, o desafio de colocar à mesa os múltiplos pedaços dessa complexa abordagem ética, política e clínica requerem certo fôlego e disposição. Longe de esgotar a amplitude dessa tarefa, disponho lançar luz sobre esse caleidoscópio em constante movimento e co-construção.

² Discurso de Antonio Nery, na mesa “Que saberes e afazeres no cuidado de consumidores de psicoativos?”, no IX Congresso Internacional da ABRAMD.

³ Notas de Claudio Willer para “Para acabar com o julgamento de deus”, In: *Escritos de Antonin Artaud*, 2019.

UM RESGATE HISTÓRICO

A Redução de Danos precisa ser articulada com a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, seja pelos momentos históricos e políticos em suas proposições e construções, seja pelos princípios éticos e organizativos dessas reformas. A Reforma Sanitária enquanto proposta de uma mudança social no caminho da Integralidade à Saúde e da Saúde Ampliada. A Reforma Sanitária Brasileira representou um projeto de reforma social, tendo como horizonte utópico a revolução do modo de vida, comprometido com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (Paim, 2008). De forma complementar, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial colocavam em pauta as formas de dominação instituídas – do homem sobre a mulher, do psiquiatra sobre o louco, do branco sobre o negro. As práticas de Redução de Danos estavam em consonância com as diretrizes de desinstitucionalização, com uma nova concepção de cuidado em saúde para o usuário de drogas: “um método territorial, substitutivo ao manicômio e à própria lógica da abstinência” (Paula, 2022, p. 111).

Ressaltamos, a partir de uma análise histórica, a incidência na clínica de algumas concepções e estigmas do campo social, tendo como efeito a dificuldade de criação de vínculo e o estabelecimento de cuidado. Segundo Costa, Colugnati e Ronzani (2015), na década de 1920, as ações aos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas estavam no campo da justiça e da segurança pública, como consequência o uso de drogas ilícitas era considerado um ato criminoso e o uso das

drogas lícitas era moralmente incorreto. Na década dos anos 70, no âmbito da Medicina, o usuário de drogas é considerado um agente passivo frente a sua doença. Essa concepção legitima a prática de restrição de liberdade de escolha e ação do indivíduo. Contudo, a partir da década de 1980, a Reforma Psiquiátrica e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), as concepções dos problemas associados ao uso de drogas tem sua ampliação, passando a ser encarada como uma questão de saúde pública.

No entanto, seus desafios estão entrelaçados com as dificuldades enfrentadas por essas Reformas e na efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Concepções moralistas e de controle dos corpos conflitam com concepções humanizadas e de cuidado ampliado nos campos macro e micropolítico.

TECENDO OS FIOS DA CLÍNICA...

Sobre a nossa clínica, fruto de inspiração de nossa labuta diária, podemos dizer de uma clínica das dores da existência, da alma, da vida e de nossa finitude, dores tão encravadas na história da humanidade, na nossa história (Olievenstein, 1977).

Propomos então pensar qual a função das drogas em nosso psiquismo, nas relações intersubjetivas, em nossa cultura? Para aqueles que podem se aproximar do sujeito toxicômano, do alcoolista, do dependente sabem, já ouviram, já sentiram essas dores e o quanto o uso em algumas circunstâncias da vida seria um bálsamo: “trazes um bálsamo doce para as feridas que não se cicatrizarão jamais e para as

angústias que induzem a mente à revolta, eloquente ópio!” (Quincey, apud Baudelaire, 1998, p. 21).

Também encontramos na mitologia grega a referência a Dioniso e aos rituais bacantes – um deus errante, vagabundo, um deus de lugar nenhum e de todo lugar, que impõe o reconhecimento da alteridade e a dimensão do outro na vida diária de cada um:

Para isso, deve enlouquecer as mulheres de Tebas [...] Elas largam os filhos, deixam inacabados os afazeres domésticos, abandonam o marido e vão para as montanhas, para as terras incultas, para os bosques. Lá, [...] entregam-se a loucuras de todo tipo, às quais os camponeses assistem com pensamentos confusos, admirando-as ao mesmo tempo estarecidos e escandalizados. (Vernant, 2000, p. 153)

É nesse campo de sedução, de prazer, de escândalo que atuamos. Aquele outro que é recusado, a alteridade excluída em nosso cotidiano volta com toda a força em manifestações sintomáticas de dor e sofrimento, mas também de recusa de uma realidade que exclui a dimensão da humanidade.

A dimensão ética e política na Redução de Danos pensa o sujeito, a pessoa através do uso e para além do uso. Poderíamos reduzir essas pessoas a uma substância inerte? Poderíamos reduzir essas pessoas a um objeto inanimado? Tristes tempos em que pessoas são coisas, são numerários, são descartáveis. Quando priorizamos a droga em detrimento do sujeito, ele diz que elevamos a droga ao estatuto de sujeito, atribuímos vida a um objeto inanimado assim como o pensamento infantil que atribui vida aos objetos inanimados e ao sujeito

o estatuto de objeto, colocamos o sujeito no lugar que um objeto inerte, sem possibilidades de escolhas e autonomia (Gurfinkel, 2014).

A clínica que gostaríamos de pensar, debater, colocar na mesa de discussão, no alto falante de nosso ativismo, de nossa identidade singular e de nosso caminho na construção de outra política de drogas – é a clínica da intensidade (Olievenstein, 1989). Trata-se das experiências do êxtase à queda no vazio, desalento, dores profundas e extensas. Como pensar uma clínica que não inclua esse efeito montanha russa? Como pensar uma clínica que ignore as dores e mazelas de nossa existência, seja esta subjetiva ou objetiva quando tratamos das pessoas vulnerabilizadas em contextos sociais indignos a existência?

No cenário brasileiro em debate sobre as dimensões de cuidado às pessoas com uso radical de drogas, a centralidade é a droga e não o sujeito. Exclui-se do escopo de análise o sujeito com suas dores, seus pesares, as condições indignas de existência diante da desigualdade social, os sofrimentos provocados pela violência de gênero e pelo racismo. Quando ouvimos uma pessoa com uso problemático de drogas quais os fatores que evidenciamos? As drogas utilizadas e por qual período de tempo, a rotina de uso ou a sua vida? Malheiro (2020) argumenta em seu trabalho de pesquisa, que o uso de crack por mulheres era a condição de sua existência para aguentar a dor das violências que sofriam. Contudo, a perspectiva da Redução de Danos são estratégias de existência, possibilidades de uma nova vida, uma singularidade que promove a gestão da própria vida. Ao priorizar apenas a droga,

negligenciamos as condições de existência dessas pessoas e que o uso de drogas pode configurar um modo de vida.

Lancetti (2015) chamou a atenção para formas simplistas na procura de soluções dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, nomeando como *Contrafissura*. *Fissura* é um termo utilizado pelos usuários e por profissionais para designar o impulso ao uso e suas variantes psíquicas e físicas neste estado. O autor fazendo referência ao conceito psicanalítico da contratransferência desenvolve que essas ações simplistas em nada diferem do uso compulsivo de drogas, sendo a resposta dos profissionais pela procura por saídas rápidas, mas não eficazes. Esta análise também é válida para as dimensões da elaboração e implementação das políticas públicas nesta área.

O autor trata das internações compulsórias ou voluntárias em Comunidades Terapêuticas: na tentativa de solução de um problema (Lancetti, 2015). Podemos internar a desigualdade social ou a violência social, de gênero e racista (Paula, 2022)? Podemos internar o desemprego, a falta de qualificação profissional, a falta de trabalho digno e libertador? Podemos internar a ausência de moradia? Podemos internar a cultura do uso de drogas, como define Birman (2001), em uma sociedade que prioriza o imediatismo e prazer/felicidade constantes? O uso problemático de drogas é a ponta de um problema como um iceberg. Por isso, não é possível pensar em ações/intervenções no campo de atuação do uso problemático de drogas sem envolver diferentes setores e segmentos sociais e políticas públicas integradas.

A nossa clínica é um contraponto aos modelos de controle dos corpos, contraponto à dimensão punitivista e policialesca, de vigilância e regulação da vida. Portanto, pensar sobre a clínica que utiliza o cuidado como eixo fundante é vital para nós e para os usuários que acompanhamos em diferentes contextos. Esta noção exige um encontro desejante com a circunstância – é o ato de se colocar diante do outro e engendrar as possibilidades de ambos e de seu mundo compartilhado (Ayres, 2004a, 2004b). Por sua vez, o conceito tratamento, a partir de uma crítica foucaultiana, poderá servir como dimensão de controle dos corpos, de normalização da conduta, do exercício do biopoder que determina ao outro uma dimensão de existência (Gomes, 2023; Lemke, 2018).

A CLÍNICA E SUAS VARIANTES MICROPOLÍTICAS

Na tentativa da construção do caleidoscópio como analogia às múltiplas camadas para discutir a perspectiva da Redução de Danos como política pública de cuidado, apresentamos uma vinheta clínica como mais um elemento desse bordado. Inicialmente, as motivações para a apresentação desse caso foram os fracassos no percurso da clínica da toxicomania em um contexto institucional, mais especificamente, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD). A partir das dificuldades de um caso clínico, algumas questões foram suscitadas: o que acolhemos na prática clínica no tratamento da dependência química? Como pensar a prática clínica psicanalítica nesse contexto? A construção de uma “boa dependência” na relação com o

tratamento e o manejo das relações transferenciais e contratransferenciais da equipe podem auxiliar na condução do caso?

Devemos considerar que esse trabalho é um recorte de aspectos que envolvem a complexidade da clínica da toxicomania em contexto institucional. Tal complexidade exige diferentes perspectivas de análise do mesmo fenômeno, considerando que o sujeito e o sintoma são efeitos de um entrelaçamento, de uma mistura de elementos que merecem ser discriminados. Um dos elementos diz respeito ao contexto histórico, social e político, estabelecendo uma relação com o vínculo, com as expectativas, com as múltiplas demandas do paciente às equipes de trabalho e a forma como as equipes acolhem essas demandas.

Apresento o caso clínico de M., omitindo alguns dados que possam identificar a paciente, respeitando o sigilo ético.

M., sexo feminino, 32 anos. Inicia tratamento no CAPS ad por encaminhamento do Estratégia de Saúde da Família (ESF), em função de intenso uso de crack, em período de amamentação, seu filho estava com quatro meses de idade. Solicita tratamento, mas, por diversas vezes, falta no atendimento agendado pelo CAPS. A equipe de ESF inicia um acolhimento, pois procura a unidade com frequência, com o bebê em seus braços, após situações de uso intenso.

Esse primeiro contato com a paciente e a equipe de atenção básica merece uma análise inicial, no que diz respeito ao princípio da Integralidade no SUS. Primeiramente, não podemos considerar que

essas aproximações entre paciente e equipe configurariam um vínculo, para sua existência é necessária uma inscrição psíquica, uma representação mental do objeto ausente-presente, supomos que para a paciente a equipe não está inscrita psiquicamente, relação de presença-ausência que poderemos observar com a equipe CAPS mais adiante.

Supomos que a urgência da paciente e o “pedido de socorro”, que não se configura como uma demanda para tratamento, desencadeiam na equipe da atenção básica um “horror” causado pelas gestantes e mães de lactentes usuárias de substâncias psicoativas, reação desencadeada pela idealização social da figura materna. Também indica um efeito da contratransferência pela identificação com a criança, desencadeando o “horror” diante da solidão e do desamparo.

Onocko-Campos (2014) analisa a angústia desencadeada na equipe no contato com alguns casos e como a equipe utiliza a forma de encaminhamento a outro serviço, em tentativa de negação do medo ou da sensação de impotência diante da situação vivida. A autora coloca o princípio da integralidade em íntima relação com a clínica, enquanto ampliação para além do puramente biológico, na direção dos riscos subjetivos e sociais. A responsabilização, resolutividade e acolhimento são diretrizes como operadores lógicos (Oury, 1991) no caminho da ampliação da clínica e da humanização em saúde.

Após diversas tentativas de encaminhamento para o CAPS ad frustradas, a equipe “acolhe M. em seus braços”, além do bebê, M. necessitava de um “colo”, a paciente necessita desse apoio inicial para

prosseguir no tratamento. Os operadores da responsabilização, resolutividade e acolhimento entram em cena.

Comparece ao CAPS ad, acompanhada de seu marido. Relata ser usuária de álcool e crack/cocaína. Já esteve detida por três anos (por tráfico). Casada há quatro anos e seis meses, o seu filho de quatro meses está sendo cuidado pelo seu marido e por uma babá. O marido a expulsou de casa, em função do histórico de constante uso e M. reside, provisoriamente, com um casal de amigos. Não pode contar com o apoio da mãe, há muito tempo que não moram mais juntas. Marido foi alcoolista, abstinente há mais de 20 anos, membro dos Alcoólicos Anônimos (A.A.). Iniciou o uso de maconha com 15 anos, aproximadamente, e depois de pouco tempo, iniciou o uso da cocaína e crack. Permaneceu quatro anos sem uso, quando esteve presa, por homicídio. Assassinou o ex-marido e o pai de seus três filhos mais velhos, porque era constantemente agredida por ele, assim como seus filhos, ateou fogo na casa com ele. Tem seis filhos, sendo que apenas o último residia com ela, mas estava sendo cuidado pelo marido. Os dois primeiros filhos residem com a mãe de M, com os quais ainda tem contato. No início de seu tratamento, permanecia a maior parte do tempo dormindo. Relata situações de uso durante a noite toda e os outros pacientes a apelidaram de “220”, porque estava sempre “ligada”. Quando convidada a participar das atividades, fica, por vezes, irritada, dizendo que ninguém diz o que ela tem que fazer. Não toma adequadamente os medicamentos (prescritos para noite e final de

semana), pois fica desorganizada com os horários e na casa da amiga, começa a abusar de bebidas alcóolicas, porque a amiga e o marido abusam do álcool. A equipe decide centralizar as medicações no período em que ela está no CAPS, mas passam a questionar se o tratamento daria conta de seu caso no seu atual estado – paciente estava muito magra e bem debilitada pelo uso. Foi solicitada a internação e a referência do município era um hospital psiquiátrico.

As “expulsões” e uma impossibilidade de cuidado são revividas em sua história, não pode ser cuidada por sua mãe, e não pode ser cuidada pelo marido, pela equipe de atenção básica e posteriormente, pela equipe do CAPS ad. A paciente demanda excessivos cuidados e ao mesmo tempo, uma “sensação” de “não darmos conta”, sendo necessário o “encaminhamento” para um “outro cuidar”. Da mesma forma, demanda a outro os cuidados de seus filhos.

Nesse momento do tratamento, M. era a “220”, uma identidade associada a seu constante uso de drogas e estado alterado de consciência, essa é a primeira *marca identitária intersubjetiva* de M. no percurso de seu tratamento. Portanto, consideramos nesse trabalho, a importância do interjogo de lugares construídos de forma intersubjetiva, a identidade “220” de M. é construída conjuntamente por ela, pelos outros pacientes e pela equipe.

Entendemos também que, sua conduta opositora configuraria uma *afirmação de ser*, vividas em constante ameaça por uma *falência subjetiva*, ou seja, uma fragilidade nas fronteiras entre *o ser e o não-ser*.

Podemos observar pela instabilidade entre a conduta opositora e a desorganização aos finais de semana. Roussillon (2008) desenvolve que o sujeito poderá organizar uma luta ativa contra toda forma de dependência, o exagero na oposição expõe a intensidade da ameaça, porque a dependência é vivida como “uma capitulação do ser”.

M. começa a aumentar os intervalos sem uso de crack/álcool, e inicia a minha aproximação com ela. Consegue participar um pouco mais das atividades propostas, não ficando o tempo todo ou solicitando atenção exclusiva na execução das tarefas. À medida que vai melhorando o seu estado geral, começa a engordar e diz, em consulta psiquiátrica, que está gostando mais dela e como não tem espelho fica “se admirando” pelo visor do seu celular. Começa a vestir roupas muito curtas e sensuais, incomodando a equipe e os outros pacientes pelas suas roupas inadequadas. Nesse período, solicita em alguns momentos para “conversar” comigo, principalmente em dias que está mais angustiada e com medo de usar o crack. Sua procura acontece uma ou duas vezes na semana, permanecendo na consulta de 10 a 15 minutos. Interrompe, dizendo, “já está bom”. Nessas sessões conta a sua história de vida. Morou com avós maternos até os oito anos de idade, porque sua mãe não podia cuidar dela e dos seus irmãos, não sabe porque foi separada dela, apenas sabe que foi logo após a separação de seus pais por alcoolismo paterno. Tem duas irmãs e dois irmãos, todos mais velhos. Quando tinha oito anos, sua mãe vai buscá-la e contra a sua vontade passa a morar com sua mãe, com muitas dificuldades de relacionamento

e desconfiança desta última sobre possíveis abusos e sedução do padrasto. Sai de casa com 12 anos de idade, depois de “apanhar violentamente” de sua mãe, ao apresentar o namorado de 19 anos de idade, porque sua mãe não aceitava o relacionamento – “ela me deixou toda marcada e no chão da cozinha tinha muito sangue, era sangue para tudo que é lado”. Foi procurar o namorado, mas descobriu que outra mulher esperava um filho dele, “depois dessa decepção, caí no mundo”. Morava na favela, trabalhando como prostituta ou no tráfico de drogas, iniciando o uso com quinze anos. Relata muita angústia sem o uso de drogas, “eu fico perdida, não sei o que fazer, não sei o que eu sou. Quando estou ‘desplugada’ não preciso olhar para a minha vida”.

M. demonstra sua insegurança em confiar em nossa relação, na construção de um espaço psicoterapêutico analítico, onde possa se descobrir, se reinventar. Importante realçar a necessidade de uma transformação do *setting*, da configuração terapêutica – 10 a 15 minutos, sem agendamento prévio, como única condição de construção do vínculo e da transformação necessária. O enquadre é um dispositivo que a paciente possa usar e precisa usar. “Criam-se *settings* diferentes para escutar e para ver.” (Onocko-Campos, 2014, p. 98).

Segundo Lancetti, na perspectiva da Redução de Danos, onde os outros veem uma droga, vemos uma pessoa e o trabalho de escuta na psicoterapia caminha neste sentido: “O terapeuta ou o redutor de danos não dá sermões, olha o corpo, escuta suas expressões, se interessa pela sua biografia.” (2015, p. 63).

Após dois meses, iniciou um trabalho temporário aos finais de semana, e que nomeamos juntas na sessão como “mulher-placa”, pois carregava anúncios em placas no centro da cidade, M. gosta do nome e diz a todos que é a “mulher-placa”. Continua morando no albergue.

Aqui nova referência identitária – mulher-placa, construída em conjunto no vínculo em psicoterapia.

Diante de sua melhora, a equipe sugere a saída do plano intensivo para o semi-intensivo. Após essa mudança de plano de tratamento, M. regride, fica inquieta nas oficinas, começa a pedir dinheiro para os pacientes e solicita para sua Técnica de Referência não mudar o seu plano de tratamento. Na psicoterapia individual, volta a permanecer por quinze minutos, queixa-se da dificuldade de relacionamento com a sua mãe e do seu medo de sair do CAPS, porque não tem apoio em lugar algum: “eu estou tentando mudar, eu estou tentando, mas não está fácil”. Apresenta muita instabilidade emocional, oscilando entre raiva e tristeza. A partir dessas situações, a equipe começa a temer os comportamentos de M. e sente-se ameaçada constantemente. Suspeitam de que M. tem trazido drogas para outros pacientes do intensivo e discutimos na reunião de equipe o caso. A equipe traz as dificuldades em atender e confiar na paciente. Após essa reunião, tenho um sonho com M., onde eu descubro que ela está traficando na unidade e me sinto enganada e manipulada por ela. Em uma das últimas sessões com M., conta sobre a visita ao seu pai no Rio

de Janeiro, vai pedir apoio a ele, mas este só a aceita se ela voltar a trabalhar no tráfico, atividade de seu pai. M. diz que não quer mais essa vida, mas é a única coisa que sabe fazer, que conhece e que recebe elogios pela sua atuação: “eles falam que eu sou apetitosa⁴”. Relata muita dificuldade em encontrar outras formas de viver. Na última sessão, está com muita raiva da forma como tem sido tratada pelo CAPS – como “uma bandida”, refere que está sendo excluída. Foi uma sessão muito difícil, M. não conseguia me ouvir e o encontro possível em outras sessões havia se perdido. Mantém atitude desafiadora e ameaçadora com a equipe, em especial com as figuras femininas, apenas preservando alguns membros. Deixa o CAPS, dizendo que não seria mais possível ser tratada ali.

Alguns elementos para pensar esse desfecho do caso. Primeiramente, uma burocracia (Lancetti, 2016) que “mata” a paciente – mudança de seu plano de tratamento e uma impossibilidade de escuta de seu sofrimento. Penso que as dependências revelam “um outro tempo”, diferente do tempo cronológico, marcado pelas horas, dias e meses. Outro ponto são os lugares ocupados pela paciente, transferencialmente e contratransferencialmente vividos com a equipe. *A criança que sangra, a bandida que trafica e mata.* M. era tudo isso, mas a impossibilidade no tratamento deu-se pela cristalização em um dos lugares: a bandida-trafficante.

⁴ Gíria do crime que indica a qualidade de uma pessoa para as atividades do crime, indicando mais violência na abordagem.

Kaës (2011) desenvolve o conceito de difração nos espaços grupais, institucionais, como nos sonhos. Ao sonhar somos vários personagens, representando nossas imagens, nossas referências identificatórias. Essa seria a potência dos espaços múltiplos, mas também poderá ser o seu fracasso. Padecemos daquilo que não falamos: “a história das dores, dos sofreres, dos querer e frustrações das pessoas concretas que ali sonham e trabalham é sempre velada, apagada, silenciada. Nosso trabalho haverá de abrir às narrativas ocultas, às vozes silenciadas...” (Onocko-Campos, 2014, p. 161).

Tecendo encruzilhadas entre diferentes saberes e fazeres, encruzilhadas entre a clínica e a política (Paula, 2022), conclamo nossa brasilidade cabocla:

Contam os Canoeiros do São Francisco que o rio, na hora grande da meia-noite, dorme durante dois minutos. É a hora em que a vida vadeia e o mundo se recolhe: as cachoeiras interrompem a queda, a correnteza cessa e até Paulo Afonso silencia. Os ribeirinhos aprendem desde cedo que não se deve acordar o rio durante o seu sono.

Nos dois minutos de sono do rio, os peixes se aquietam, as cobras perdem a peçonha e a mãe d'água se levanta para pentear os cabelos nas canoas. Esse sono do rio não deve ser, de maneira alguma, interrompido, sob pena de endoidecer quem despertou as águas. (Simas, 2019, p. 21)

Pois bem, e o que nos dizem os caboclos? Não seria necessário adormecer no tempo e sossegar como as águas? Essa “procura feérica da felicidade acelera a vida e nos desacostuma dos homens, anda perto das desumanidades”. Oxalá que a nossa clínica nos aproxime do humano e na licença poética para o “adormecer feito o rio ao abandono das horas,

se aluar em águas paradas e abandonar os desatinos da felicidade” (Simas, 2019, p. 22).

Finalizo, tecendo essas linhas como um bordado que conta a história de nossas ações, dores, sonhos, delírios e ... *poésis!* Como diz o poema-canção *Homens*: “Bispo do Rosário colecionava delírios e bordava”⁵.

REFERÊNCIAS

- ARTAUD, A. *Escritos de Antonin Artaud*. Porto Alegre (RS): L&PM, 2019.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004a.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004b.
- BAUDELAIRE, C. *Paraísos Artificiais*. Porto Alegre (RS): L&PM, 1998.
- BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- COSTA, P. H. A. da; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: Ronzani, T. M. et. al. *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Cortez, 2015, p. 41-66.
- GOMES, K. V. Prazer, corpo e sociedade: a emergência do sujeito feminino. In: Hochgraf, P. B.; Brasiliano, S. (orgs). *Álcool e drogas: uma questão feminina*. São Paulo: Red Publicações, 2023, p. 113-126.

⁵ Referência ao poema “Homens” de Ricardo Aleixo, no livro “Pesado demais para a ventania” (Todavia, 2018) e musicada por Gustavo Galo no disco *Se Tudo Ruir Deixa entrar o Ruído* (2019).

- GURFINKEL, D. *Adições: paixão e vício*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.
- Hochgraf, P. B.; Brasiliano, S. (orgs). *Álcool e drogas: uma questão feminina*. São Paulo: Red Publicações, 2023.
- KAËS, R. *Um singular plural: A psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Edições Loyola, 2011.
- LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2016.
- LANCETTI, A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2015.
- LEMKE, T. *Biopolítica: críticas, debates, perspectivas*. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2018.
- MALHEIRO, L. *Tornar-se mulher usuária de crack: trajetórias de vida, cultura de uso e políticas de drogas*. Rio de Janeiro: Telha, 2020.
- OLIEVENSTEIN, C. *Os Drogados Não São Felizes*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- ONOCKO-CAMPOS, R. *Psicanálise & saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- OURY, J. Itinerários de formação. *Revue Pratique*, v. 1, pp. 42-50, 1991.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PAULA, T. de. *Guerra às drogas e redução de danos: tecendo o comum nas encruzilhadas do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2022.
- PAULA, T. de. *Estado e Sujeito: a saúde entre a micro a macropolítica de drogas*. São Paulo: Hucitec, 2018.
- ROUSSILLON, R. *Manuel de pratique clinique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2012.

ROUSSILLON, R. *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : Presses Universitaires de France, 2008.

SIMAS, L. A. *Pedrinhas miudinhas: ensaios sobre ruas, aldeias e terreiros*. Rio de Janeiro: Mórula, 2019.

VERNANT, J-P. *O universo, os deuses, os homens*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

CAPÍTULO 3

SAÚDE COLETIVA, SAÚDE MENTAL E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS NO BRASIL: UMA EXORTAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Renan Vieira de Santana Rocha

O presente estudo, estruturado metodologicamente sob o formato de um ensaio teórico-crítico (MENEGETTI, 2011), procura apresentar considerações introdutórias acerca da interface entre a Saúde Coletiva, a Saúde Mental e os Estudos Étnicos e Raciais, enquanto distintos campos do conhecimento, mas em necessário diálogo. Para tal, são apresentados os elementos característicos básicos de campo para, em seguida, evidenciar as consonâncias, ressonâncias e dissonâncias entre eles, no contexto brasileiro, ao longo das últimas décadas. Como desfecho, indica-se o nó crítico existente pela desconsideração da centralidade de tal debate, e a necessidade de especial atenção antimanicomial e antirracista por parte das operadoras e operadores contemporâneos do sanitarismo brasileiro, que atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto a tal.

COMPREENSÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE A SAÚDE COLETIVA

A Saúde Coletiva é um campo interdisciplinar e multiprofissional de produção de conhecimentos e práticas em saúde. Deriva diretamente do desenvolvimento da Medicina Social e da Medicina Preventiva no Brasil que, por sua vez, terão forte ligação com

o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira, enquanto revisão dos modos de oferta de cuidados em saúde pública no país (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014; ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014a; 2014b).

Dos estudos sobre o campo, dizem-nos Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) que:

A Saúde Coletiva pode ser definida como um campo de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da *saúde* e a explicação de seus *determinantes sociais*, bem como o âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para a sua *promoção*, além de voltadas para a *prevenção* e o *cuidado* a agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos mas, sobretudo, os grupos sociais, portanto a *coletividade*. (ibidem, p. 03, grifos dos autores)

Logo, a Saúde Coletiva surge no bojo da preocupação com os modos coletivos de vida e adoecimento, em enredos que virão desde a Aritmética Política e a Polícia Médica – respectivamente, na Inglaterra e na Alemanha – passando pelos movimentos de reforma do ensino médico e de criação da Medicina Preventiva – em interessantes exemplos, como nos Estados Unidos da América (EUA) – até a criação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o surgimento do movimento higienista brasileiro e a culminância da Reforma Sanitária Brasileira – com a subsequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Ela se constitui, essencialmente, de três subcampos fundamentais, que observam o fenômeno da saúde a partir de diferentes olhares, mas que devem, por fundamento, dialogarem entre si: (1º) a

Planificação em Saúde (ou Política, Planejamento e Gestão em Saúde); (2º) a Epidemiologia; e (3º) as Ciências Sociais e Humanas em Saúde – ou, simplesmente, Ciências Sociais em Saúde (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014b). Estes subcampos emergem, precisamente, do reconhecimento da complexidade que há em definir, pensar e produzir sobre a saúde, sendo esta um fenômeno diverso, dotado de diferentes acepções.

Vemos isto no próprio vislumbre histórico de como a saúde foi tomada, enquanto objeto, por parte das diferentes profissões e ciências da saúde. Primordialmente observada como fenômeno natural, objeto das ciências naturais e biomédicas, saúde já foi definida como capacidade de equilíbrio orgânico, preservação de funcionalidades e ausência de agravos e/ou enfermidades (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014a).

Com o passar do tempo, contudo, este mesmo objeto assume um lugar mais amplo e complexo, ao ser ponderado não apenas a partir de afirmações ou negações correlatas, mas também como um processo, entremeado pelo ambiente e pelas relações sociais estabelecidas entre as diferentes pessoas. Transitando por modelos explicativos que vão desde a História Natural da Doença (HND) até o modelo de controle de riscos e danos – a Vigilância em Saúde – ela foi tendo o seu caminho pavimentado até uma leitura em que saúde e doença deixam de ser tomadas como antagonistas e passam a ser lidas como partes componentes do exercício da vida, em conjunto com os esforços humanos de produção de (auto)cuidado; o que nos leva à provável

definição mais moderna de saúde, que é a de saúde-doença-cuidado como processo (CRUZ, 2011; ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014a).

Desta outra forma de compreensão sobre o fenômeno da saúde, veremos surgirem necessidades de operacionalização de modos de cuidado em saúde a partir do estabelecimentos de planos, programas, pactos, políticas, etc., que possam dar forma a como cada população, cada território e seus respectivos gestores e trabalhadores produzirão as suas estratégias de cuidado à saúde da população, levando em conta suas características particulares, mas também eixos coletivos de organização programática; em que veremos, então, a importância do eixo da Saúde Coletiva que estuda o desenvolvimento das Políticas de Saúde: a Planificação (ou Política, Planejamento e Gestão) em Saúde (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014b; TEIXEIRA et al, 2014).

A área de PP&G [Política, Planejamento e Gestão] em saúde tem sido, também, objeto de *incorporação, produção e aplicação tecnológica* de planejamento, programação, gestão e avaliação de sistemas, programas e serviços, bem como de gestão de estabelecimentos de saúde, redes de serviços, gestão de pessoas/gestão do trabalho em saúde, gerenciamento de recursos financeiros e materiais e gerenciamento de sistemas de informações, educação e comunicação em saúde. (TEIXEIRA et al, 2014, p. 586, grifo dos autores)

Em igual medida, para subsidiar a produção de práticas mais próximas das reais necessidades em saúde de cada população, território, gestores e trabalhadores, veremos o delineamento de um eixo da Saúde Coletiva que assumirá a responsabilidade pelo estudo de um “amplo espectro de níveis ou planos de determinação” (ALMEIDA-FILHO;

MEDRONHO; BARRETO, 2014, p. 563): a Epidemiologia. Esta será definida, em linhas gerais, como:

(...) a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à Saúde Coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde. (GOMES, 2015, p. 06)

Notemos que a Epidemiologia, portanto, não apenas produz informação estratégica sobre a saúde das populações, mas também subsidia decisões no campo da Política, do Planejamento e da Gestão em Saúde, na medida em que estas informações estratégicas possibilitam a assunção de ações mais próximas às reais diferentes necessidades locais.

Parceiras destes dois eixos, veremos as Ciências Sociais e Humanas em Saúde completarem o tripé analítico da Saúde Coletiva. Afirmam Castellanos, Loyola e Iriart (2014) que as Ciências Sociais em Saúde (CSS) “consistem, ao mesmo tempo, em uma área do conhecimento e em um eixo da Saúde Coletiva” (ibidem, p. 567). Assim, as CSS “são compostas por práticas científicas e de ensino, com grandes desdobramentos para a estruturação de respostas sociais organizadas para os problemas e necessidades em saúde” (ibidem, p. 567). A partir dela, veremos serem cada vez mais incorporadas à análise em saúde as contribuições da Psicologia, da Antropologia, da Sociologia, da Ciência Política, da Economia, da História, da Filosofia, entre outras áreas do conhecimento, o que acabará resultando em uma

compreensão, como nos dizem Almeida-Filho e Paim (2014a), de que: “A importância de um complexo multidisciplinar ou interdisciplinar chamado de Ciências Humanas e Sociais para a configuração do campo da Saúde Coletiva é inegável” (ibidem, p. 44).

É também nas CSS que veremos o desdobramento contemporâneo de conceitos históricos ao campo, como o conceito de Determinação Social – ou Determinantes Sociais – em Saúde (DSS) (ROCHA; DAVID, 2015). Muito embora o conceito tenha encontrado os seus primeiros usos no bojo da Epidemiologia Social, ele é, hoje, utilizado como base para os três eixos da Saúde Coletiva. Não obstante, por verificarmos “uma tendência à abordagem positivista e reducionista dos dados” (ibidem, p. 134), especialmente no trabalho com informação estratégica em saúde, “(...) quando se discutem dados epidemiológicos de forma individualizada, sem considerar todos os fatores sociais que podem estar ou não envolvidos no processo de adoecimento do indivíduo e da população” (ibidem, p. 134), os DSS aparecem para nos indicar que não é possível produzir uma análise contumaz em saúde desconsiderando os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, históricos e ambientais que marcam e demarcam a vida de diferentes indivíduos e coletividades – o que, analiticamente, tem sido privilegiado em estudos atuais que se desenvolvem a partir das Ciências Sociais e Humanas em Saúde (RIBEIRO; CASTRO, 2019).

Por corolário, a partir da conjunção das contribuições destes três eixos da Saúde Coletiva, certamente podemos chegar a uma compreensão maior de que, hoje, pensar as questões da saúde, portanto,

nada tem de óbvio ou unidirecional. É um trabalho que exige capacidade de pensamento complexo e que leve em consideração as diferentes leituras sobre o humano e suas intempéries, dentro de compreensões teóricas, metodológicas e críticas que podem, em suas diferentes acepções, costurarem uma visão de humanidade muito mais rica e multifacetada.

Não obstante, são também Almeida-Filho e Paim (2014a) quem nos alertam para o fato de que a Saúde Coletiva não está incólume aos dilemas e às contradições da sociedade contemporânea, especialmente se tomada para a análise a observação sobre os conflitos ético-políticos e socioeconômicos que têm, cada vez mais, se agravado frente ao avanço das sociedades de perspectiva neoliberal e regidas pelo capitalismo predatório. À vista disso:

(...) a Saúde Coletiva não se encontra imune à crise das instituições características das sociedades contemporâneas. Enquanto a saúde pública institucionalizada, refém da regulação, enfrenta sua crise entre mais mercado, mais Estado ou mais comunidade, a Saúde Coletiva apresenta-se como um campo aberto a novos paradigmas em uma luta contra-hegemônica a favor da emancipação (...). Nesse sentido, a Saúde Coletiva pode participar na transição epistemológica, começando por se contrapor ao paradigma mecanicista e individualizador hegemônico no campo. (ibidem, p. 45)

Esta provocação última levantada pelos autores pode desenhar para nós, deste ponto em diante, dois outros caminhos analíticos igualmente importantes para o presente estudo: de um lado, podemos pensar a assunção das questões étnico-raciais para o campo da Saúde Coletiva como um todo, em termos dos tensionamentos que a questão

da raça e do racismo provocam ao pensamento sanitário nacional histórica e contemporaneamente; ou, de outro lado, podemos pensar a incorporação do debate sobre a Saúde Mental na Saúde Coletiva como algo relevante para compreender a própria (re)organização da oferta de serviços de saúde no Brasil, frente às provocações erigidas pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial ao campo em tela. A despeito do fato de que iremos trilhar ambas as possibilidades, comecemos, para efeitos de uma compreensão mais fluida, pelo segundo caminho.

COMPREENSÕES INTERMEDIÁRIAS SOBRE A SAÚDE MENTAL

Se a Saúde Coletiva é de complexa compreensão, feita a partir de diferentes leituras, igualmente o é a Saúde Mental. Em um esforço de definição, Lancetti e Amarante (2006) dirão que a Saúde Mental nos remete a uma:

(...) ideia de campo de atuação, ou de campo de conhecimentos relacionado à Saúde Mental das pessoas. Falar em Saúde Mental significa falar de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial. (ibidem, p. 616)

Essa amplitude do conceito, longe de simplesmente configurar um problema, dirá muito mais do agregado histórico que conforma a compreensão de Saúde Mental que temos hoje. Veremos que, durante muito tempo, em nível internacional e nacional, a oferta de cuidados às pessoas tidas como “loucas” se dava a partir de estruturas asilares, que já foram chamadas por diferentes nomes – “hospital psiquiátrico”,

“hospital de alienados”, “manicômio”, “sanatório”, “casa de saúde”, entre outros.

Estas estruturas funcionavam como espaços de controle da subjetividade e de “encaixotamento” da loucura, assim como de toda e qualquer expressão outra de vida distinta do padrão de normalidade definido pelos detentores do poder – tendo suas bases de funcionamento forjadas no modelo psiquiátrico europeu, *pari passu* com o desenvolvimento do próprio capitalismo e do modelo econômico liberal (ROSA; MALFITANO; 2019). No Brasil, o surgimento destas instituições nos dirá de uma forte influência das perspectivas econômicas já citadas, assim como da própria Psiquiatria europeia, pois, “com as transformações urbanas ocorridas a partir do capitalismo como fenômeno social, foram reproduzidas novas regras aos grupos marginais nos moldes da dominação, da exploração e da medicalização” (ibidem, p. 503).

Assim, veremos surgir no Brasil, entre os séculos XIX e XX, instituições históricas para a Psiquiatria nacional, como o Hospício do Juquery (em São Paulo), o Manicômio Dr. Luiz Vergueiro (também em São Paulo), o Hospital Colônia de Barbacena (em Minas Gerais, sendo este considerado o maior já existente no país) e o Hospício Pedro II (no Rio de Janeiro) – sendo este último o mais antigo do país, inaugurado em 1853.

Tais instituições, que surgiram anunciando-se como a “grande novidade” dos cuidados aos alienados, acabariam, entretanto, revelando-se lugares com os mais diferentes tipos de violências e

violações de direitos – com tratamentos humilhantes como privação de liberdade (internação involuntária e/ou compulsória), chicotadas, banhos frios e distintas intervenções médicas de origem, no mínimo, duvidosa, tendo em conta métodos como a camisa de força, a lobotomia e o eletrochoque – e em que, por tais exemplos, muito pouco efetivamente se produzia em termos de cuidados à Saúde Mental (ROSA; MALFITANO; 2019).

Contudo, esta “naturalização do asilamento como modelo de cuidado, (...) despertou a mobilização dos trabalhadores da Saúde Mental, usuários e familiares, assim como da mídia” (ROSA; MALFITANO; 2019, p. 505), e acabaria impulsionando tais agentes à crítica ao modelo vigente, e à composição de outros discursos e modelos de cuidado à Saúde Mental, pensados a partir de estruturas menos cerceadoras de liberdade, e mais autônomas, sociabilizantes e respeitosas quanto aos direitos dos usuários e/ou beneficiários dos serviços prestados. Tal fenômeno, que viria a ser batizado de “Reforma Psiquiátrica”, encontrará sua gênese, de forma similar, a partir dos movimentos europeus, mas ganhará força, presença e autenticidade muito brasileiras, fazendo de nosso movimento algo com características muito próprias.

Sobre estes primeiros ensaios da Reforma Psiquiátrica fora do Brasil, dizem-nos novamente Lancetti e Amarante (2006), tomando por base a experiência italiana de 1970, que um dos aspectos mais revolucionários do pensamento reformista adveio do psiquiatra italiano Franco Basaglia, quando este compreendeu “a importância de atuar no

território, não como forma de expandir a ideologia psiquiatrizante/psicologizante manicomial, mas, ao contrário, como estratégia de superação do modelo manicomial" (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 624-625). Basaglia forjará a base do pensamento desinstitucionalizante, enquanto uma perspectiva de trabalho em que não basta desospitalizar e fechar fisicamente os manicômios: é preciso derrubar de nossos corpos e mentes a visão da loucura como algo impeditivo para o exercício da vida em plenitude (AMARANTE, 1994).

Inspirado por esta experiência europeia, sobretudo a italiana, o Brasil ensejará seus primeiros contornos reformistas e desinstitucionalizantes em Saúde Mental nos anos de 1980. Analisando aquela que certamente é a experiência mais pioneira de desospitalização e desinstitucionalização no bojo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, detenhamo-nos então sobre a primeira intervenção a ocorrer na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico da cidade de Santos/SP:

Uma legião de profissionais de saúde, enfermeiros, médicos, dentistas, entrou no hospício para cuidar dos pacientes que se encontravam em estado de saúde lamentável. Toda a ordem institucional foi alterada; na primeira noite, foram fechadas as celas-fortes, proibida a aplicação de eletrochoques, alguns pacientes começaram a sair do hospital e as famílias convocadas a participar das altas. (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 627)

Notemos o quanto, neste exemplo, há uma mudança paradigmática radical na oferta de cuidados que se tinha antes: no lugar do pensamento uniprofissional, de centralidade biomédica, veremos o adentrar de um olhar multiprofissional e interdisciplinar; no lugar do

higienismo, a erradicação de instrumentos de isolamento social e tortura; no lugar do poder estritamente profissional, a convocação e a participação familiar nos projetos e processos de cuidado. Há, aqui, uma mudança radical na proposta de cuidado, que aposta e investe no aspecto relacional como uma dimensão do cuidado. Sem relações, não seria possível construir o cuidado em Saúde Mental que a Reforma Psiquiátrica nos convocava – e que, posteriormente, a Luta Antimanicomial também nos exigiria.

Essa mudança paradigmática, para nós, destaca ainda o lugar das/os profissionais de saúde neste processo de reinvenção do cuidado. A Reforma Psiquiátrica erigiu para a Saúde Mental uma necessidade de centralizar o aspecto relacional como dinâmica e oferta de cuidado, aspecto este sem o qual não seria possível produzir um verdadeiro cuidado em saúde. Fundamentam esta compreensão Lancetti e Amarante (2006), quando nos dizem que:

Os usuários do sistema de saúde depositam nos membros das equipes as mais variadas formas de amor, ódio, esperança, e os profissionais também experimentam diversas maneiras inusitadas de relacionar-se com eles. Esse campo relacional pode ser posto a serviço de objetivos terapêuticos, ou transformar-se em carga insuportável. (ibidem, p. 628-629)

É vital ressaltar que esta mudança paradigmática para as próprias profissões da saúde não ocorreu (ou ocorre) de forma natural, *sine qua non*, fluida. Ela se dá dentro de um campo de tensionamentos que vão desde posicionamentos ético-políticos em defesa de certos modelos de cuidado – quando pensamos que, ainda hoje, há profissionais que defendem o modelo manicomial – até resistências quanto a

transformações no processo formativo das profissões da saúde (AMARANTE, 1994; LANCETTI; AMARANTE, 2006; ROSA; MALFITANO; 2019). Entretanto, estas mudanças paradigmáticas, sejam elas ético-políticas ou formativas, se fizeram indispensáveis, tendo em vista a reestruturação do modelo de cuidado em Saúde Mental, onde, por princípio, o modelo manicomial deu lugar ao modelo da Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2021).

A Atenção Psicossocial, legalmente, foi implementada no Brasil a partir do início dos anos 2000, com a aprovação da Lei Federal Nº. 10.216/2001 (conhecida como “Lei Paulo Delgado” ou “Lei da Reforma Psiquiátrica”). Esta lei resulta da pressão do movimento social em Saúde Mental pela criação de serviços e estratégias de cuidado substitutivas ao hospital psiquiátrico, e foi objeto de discussão por muitos anos antes de sua efetiva aprovação (AMARANTE, 2021). A partir de sua oficialização, ela exige do Estado brasileiro uma outra propositura de cuidados, que culminaram na regulamentação, em nível nacional, do funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são serviços de saúde abertos e comunitários, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo especializados no cuidado a pessoas com sofrimento psíquico grave, severo e persistente, e que demandam uma “intensificação” nos cuidados em saúde oferecidos (ROCHA; TORRENTÉ; COELHO, 2021).

[Os CAPS] atuam na oferta não apenas de cuidados clínicos psicológicos, psiquiátricos e psicofarmacológicos, mas sim a partir

da Atenção Psicossocial – campo de atuação onde se processam cuidados que visam ao desenvolvimento da autonomia, da manutenção dos vínculos territoriais e da luta contra os preconceitos sociais acerca da loucura. (ibidem, p. 70)

Ao longo de sua existência, os CAPS têm sido símbolos de, não somente, outros modos de cuidar da loucura e dos loucos; mas também, símbolos de espaços em que o respeito às Políticas Públicas e aos Direitos Humanos são baluartes fundamentais e bússolas do processo de trabalho em saúde – como nos exemplificam Pitta, Coutinho e Rocha (2015), ao dizerem que, acerca de tal:

(...) o direito humano de ir e vir, de ser escutado nas suas diversas linguagens, de ser reconhecido nas suas experiências intersubjetivas de identidades e alteridades, considerando suas crenças, valores e hábitos, e uma ética de solidariedade cidadã no enfrentamento do preconceito e nas barreiras da exclusão são evidências. (ibidem, p. 770)

Esta outra concepção de Saúde Mental, para fins do presente estudo, volta a nos aproximar do que temos discutido quando apresentamos o campo da Saúde Coletiva. Observemos que a Atenção Psicossocial provoca a Saúde Mental à construção de outras leituras possíveis do que seria a loucura e as suas manifestações; e, se pautamos estas outras leituras possíveis no mesmo processo de reconhecer que pessoas diferentes viverão e sofrerão de formas diferentes, em que fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, históricos e ambientais serão condições determinantes para esses modos diferentes de viver e de sofrer, nos aproximaremos então, novamente, dos DSS – mas, agora, sob o prisma da Determinação Social em Saúde Mental.

Nas palavras de Dimenstein e colaboradores (2017), a Determinação Social em Saúde, em seu sentido mais geral, e em diálogo com o que já trouxemos até aqui:

(...) considera imprescindível a identificação da história, dos ritmos e particularidades dos territórios, a realização de análises situacionais das necessidades sociais e de saúde de uma população, articuladas às condições de vida, seja no cenário dos grandes centros urbanos, seja no meio rural. (ibidem, p. 74)

Logo: “(...) as desigualdades em saúde estão colocadas no centro da relação entre condições de vida, recursos sociais, assistência à saúde e situação de saúde” (ibidem, p. 75). E, se assim compreendemos a análise sobre os fenômenos que envolvem saúde e adoecimento, não poderia ser diferente a análise sobre os fenômenos que envolvem a Saúde Mental e o adoecimento mental. Vide:

Tomando como base a perspectiva da produção social da saúde, significa dizer que o campo da Saúde Mental é igualmente compreendido a partir de sua dimensão histórica e cultural. (...) 'assume-se que esta [a Saúde Mental] é um fenômeno eminentemente humano e social, e não um fato biológico-natural, o que exige uma abordagem complexa, histórica, política e culturalmente contextualizada'. (p. 75)

Destarte, em diálogo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), Dimenstein e colaboradores (2017) nos dirão que a Saúde Mental não é efeito exclusivo de elementos do campo das individualidades – como “o grau de habilidade pessoal em manejar emoções, sentimentos, comportamentos e relações sociais” (ibidem, p. 76) – mas sim efeito também de elementos do campo das coletividades e das sociabilidades, englobando a ordem social, econômica, política,

cultural, histórica e ambiental em que os mais diferentes sujeitos podem estar inseridos.

Por conseguinte, constatamos aqui o encontro e a profunda contribuição que a Saúde Coletiva e a Saúde Mental compartilham entre si, quando afirmamos, sem margem para dúvidas, que “a qualidade das condições de vida relativas à renda e emprego, habitação, transporte, educação, assistência social, serviços de saúde e o grau de coesão social” (ibidem, p. 76) irão impactar diretamente na percepção de bem-estar e na produção da Saúde Mental para os mais distintos sujeitos e as mais distintas populações. E, com base nisto, Dimenstein e colaboradores (2017) concluirão algo fundamental para o estudo que aqui estamos a desenvolver: “Em cenários de desigualdades sociais há, conseqüentemente, grupos populacionais que são mais ou menos expostos a riscos para o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais” (ibidem, p. 76).

A despeito da complexidade que a afirmação anteriormente citada levanta, duas constatações nos são profundamente importantes neste momento. Por um lado, é preciso sempre reiterar que, para a literatura científica como um todo, afirmações categóricas quanto a esta correlação – se condições sociais podem “causar” adoecimento mental – são sempre dificultosas e íngremes, o que demanda responsabilidade nas construções analíticas que daí derivam (MCKENZIE, 2003; MCKENZIE; BHUI, 2007; FARO; PEREIRA, 2011; ROCHA; TORRENTÉ; COELHO, 2021). Por outro lado, temos produzido pesquisas que já apontam importantes horizontes analíticos que nos dão

maior tranquilidade na produção destas correlações – não necessariamente pela afirmação tácita da relação de causalidade, mas, ao menos, pela constatação da evidente influência que estas mesmas condições sociais podem operar sobre a produção de saúde e/ou adoecimento mental.

Deste ponto em diante, cremos ser possível, então, passarmos ao tecer de algumas considerações sobre o último caminho analítico que nos é importante apresentar, ainda no esforço de situar este nosso estudo: a assunção das questões étnico-raciais para o campo da Saúde Coletiva (e da Saúde Mental), em termos dos tensionamentos que a questão da raça e do racismo provocam ao pensamento sanitário nacional histórica e contemporaneamente, no encontro destes campos com os Estudos Étnicos e Raciais.

COMPREENSÕES IMPERATIVAS A PARTIR DOS ESTUDOS ÉTNICOS E RACIAIS

Se o debate sobre os DSS e sobre a Determinação Social em Saúde Mental nos leva à análise de como diferentes elementos de ordem social, econômica, política, cultural, histórica e ambiental influenciam o processo saúde-doença-cuidado para diferentes sujeitos e coletividades, este mesmo debate direcionará o nosso olhar para categorias sociais que experimentam tal processo de lugares muito distintos. É o que constatamos quando observamos a saúde a partir de variáveis como classe, gênero, sexualidade, idade, capacidade, religião, território e, destaque-se, raça/cor/etnia – entre outros (ROCHA; DAVID, 2015;

DIMENSTEIN et al, 2017; RIBEIRO; CASTRO, 2019; ROCHA; TORRENTÉ; COELHO, 2021).

Sobre as variáveis que englobam a raça/cor/etnia, em específico, para o campo da saúde, vale resgatar o que nos dizem Rocha, Torrenté e Coelho (2021), em estudo anterior, em que:

Se tomarmos a conformação da sociedade brasileira como base de reflexão ao tratar dos Determinantes Sociais da Saúde, veremos, como dialogado até aqui, que a ‘questão da raça’ e a miscigenação racial se apresentam como uns de seus elementos mais marcantes. Exatamente por isso, o atributo étnico-racial possui extrema relevância na constituição das relações sociais para a sociedade aqui apresentada, mas não a isentou de ideologias racializadas, preconceituosas e discriminatórias. (ibidem, p. 48)

Contudo, e como brevemente pincelamos em afirmações anteriores, nem sempre a “questão da raça” foi algo presente e relevante na produção de dados e de informação estratégica em saúde no Brasil. Veremos que a utilização de dados em saúde estratificados pelas variáveis de raça/cor vai se iniciar apenas em meados da década de 1990, quando tais variáveis são incluídas, primeiramente, nos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 1995; e de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 1996. Posteriormente, apenas em 1998 tais variáveis passarão a compor os sistemas de informação do SUS, de forma generalizada – muito embora os sistemas de informação em saúde no Brasil já tivessem iniciado as suas atividades desde o ano de 1971 (JACCOUD, 2009; BRASIL, 2017).

De forma muito similar, muito embora tenhamos registros de ações políticas e institucionais nas estruturas nacionais da saúde pública

por parte do movimento negro (sobretudo, a partir do movimento de mulheres negras) desde os anos de 1970, apenas em 1996 algo diretamente relacionado a esta pauta será assumido pelos órgãos do Estado, com a criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF) – resultado direto das ações do movimento negro brasileiro em luta e defesa pelo reconhecimento da doença de maior incidência na população negra brasileira (JACCOUD, 2009; BRASIL, 2017).

A partir daí, teremos outros importantes marcos históricos, que desembocaram no transcorrer dos anos de 2000, com a criação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), em 2001 – resultado de uma parceria entre diversos entes governamentais, como o Ministério da Saúde (MS), o Ministério Público Federal (MPF) e, à época, a Secretaria Especial para a Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR), entre outros – e a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) – onde, pela primeira vez, a questão da saúde da população negra foi incorporada ao texto de seu relatório final, em 2003 (JACCOUD, 2009; BRASIL, 2017). Estes fatos pavimentariam o caminho até que o país pudesse apresentar, de forma estruturada, uma política que compreendesse e concatenasse as diferentes necessidades e possibilidades para o cuidado às pessoas negras brasileiras: o que ocorreu, enfim, em 2009, com a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), legislação aprovada pela Portaria N.º 992, de 13 de maio de 2009, do Ministério da Saúde.

Com o seu surgimento, a PNSIPN fará constar nos autos da história do país a imprescindibilidade de que passemos, enquanto

pesquisadoras/es, gestoras/es e trabalhadoras/es da saúde, a considerar e analisar questões concernentes à saúde da população negra brasileira como pauta prioritária, em articulação com o movimento negro, o que se estenderá desde os processos formativos das profissões em saúde no Brasil, até a produção de informação estratégica em saúde, que possa subsidiar a criação de Políticas Públicas voltadas às reais necessidades em saúde da população supracitada – tudo isto pela pressão do movimento negro junto às instâncias estatais-governamentais brasileiras e pela decorrente oficialização que a PNSIPN produziu quanto ao “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2009).

Passam, então, a figurar como diretrizes gerais da PNSIPN, resvalando-se nas demais políticas de saúde brasileiras, a/o:

- I – Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;
- II – Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;
- III – Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
- IV – Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
- V – Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e

VI – Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades. (BRASIL, 2009)

Os ganhos advindos da PNSIPN, sobretudo em respeito às suas Diretrizes Gerais, ficam devidamente bem evidenciados se observarmos os dados produzidos pelo Ministério da Saúde do Brasil, nos últimos anos, a partir de documentos estratégicos como os Boletins Epidemiológicos, mas também em documentos específicos, como o intitulado “Painel de Indicadores do SUS: Temático Saúde da População Negra”, publicado em 2016.

Aquém de representarem a solução para os problemas em saúde das negras e negros brasileiros, tais documentos constituem marcos da produção de informação estratégica sobre as condições de saúde desta mesma população, o que nos permite a análise e a discussão sobre a saúde da população negra no Brasil a partir de um lugar diferente, um pouco melhor informado e embasado, além de subsidiarem tanto a exigência quanto a formulação de respostas estatais-governamentais para os problemas identificados e dialogados.

Dito isto, convém analisarmos alguns dos dados disponíveis, presentes no Painel de Indicadores do SUS, mencionado há pouco (BRASIL, 2016). Vejamos:

Nas últimas duas décadas, a região das Américas alcançou um crescimento econômico importante, sendo observados avanços na redução da pobreza e da desigualdade social. No entanto, a região segue sendo a mais desigual do mundo em termos econômicos e sociais. A população afrodescendente, juntamente com os indígenas, continua sendo uma das mais desfavorecidas,

apresentando níveis mais altos de ruralidade, pobreza, desemprego, analfabetismo e migração, associados com menor acesso aos serviços de saúde e saneamento ambiental. Segundo os dados disponíveis, aproximadamente 30% da população da região das Américas é composta por mulheres, homens e crianças afrodescendentes, o que se traduz em mais ou menos 200 milhões de pessoas que vivem em condições desfavoráveis que impactam todas as esferas de suas vidas. (BRASIL, 2016, p. 09)

Notemos o quanto estas informações já nos desenham um panorama importante sobre a saúde da população negra nas Américas, pensando a sua relação direta com o debate já levantado no âmbito dos DSS. Salta aos olhos a constatação de que a população não-branca americana (ou seja, negras/os e povos originários, em sua maioria) está submetida a piores condições de saúde, que se associam a problemas de ordem socioeconômica, e que resvalam, por conseguinte, em menores ofertas básicas em saúde, como acesso a serviços (e profissionais de saúde) e saneamento básico.

Se estratificarmos estes dados pensando especificamente a distribuição étnico-racial da população brasileira, um alerta ainda maior se acenderá em nosso país, tendo em vista que, enquanto a presença negra nas Américas, como citado, fica em torno de 30% – ou seja, 200 milhões de pessoas – no Brasil, esta mesma presença sobe para 56,2% – o que configura, em média, 120 milhões de pessoas, conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em 2018. Isto significa reconhecer que a questão étnico-racial ganha centralidade na análise da distribuição do acesso a bens e serviços de saúde para mais da metade da população brasileira, e que o racismo, enquanto fenômeno

estrutural que afeta a nossa população, portanto, é condicionante dessa mesma distribuição, reconhecidamente desigual e assimétrica.

Herança direta da história colonial tardo-moderna e da exploração senhorial-escravista no Brasil da *Belle Époque* – como muito bem apresentado pelo historiador brasileiro Sidney Chalhoub (1986), em *Trabalho, Lar e Botequim: O Cotidiano dos Trabalhadores no Rio de Janeiro da Belle Époque* – o racismo é um fenômeno cuja dinâmica é atualizada ao longo do tempo nas estruturas de nossa sociedade, e que se manifesta desde modos intrapsíquicos, até no espectro das relações interpessoais e institucionais (BRASIL, 2016). Este se apresentará, inclusive, desde a (má) distribuição do acesso a bens e serviços de saúde na esfera pública, até a (desigual) autopercepção de saúde que se observa em diferentes estratos sociais, a partir de seus diferentes lugares étnico-raciais (PERREIRA; TELLES; 2014). Notemos que:

Os séculos de escravização da população negra influenciaram negativamente na inserção dessa população na sociedade brasileira, contribuindo para um desigual e desfavorável acesso a direitos e oportunidades, inclusive de saúde. Estas características se refletem no quadro epidemiológico dessa população, evidenciando iniquidades e vulnerabilidades no acesso às condições promotoras de saúde. (BRASIL, 2016, p. 14)

Dessarte, retornando aos indicadores epidemiológicos do painel do SUS que estamos a analisar, veremos ainda mais dados que comprovam essas afirmações, se observarmos destacadamente indicadores voltados às questões da Saúde Mental, dos transtornos mentais e dos transtornos comportamentais.

Vide os dados de comparação entre as taxas de internação (por 10.000 hab.) e de mortalidade (por 100.000 hab.) por transtornos mentais e comportamentais (exceto por uso de álcool e outras substâncias psicoativas), segundo raça/cor:

Em 2012, o grupo racial com mais registros de *internações hospitalares por transtornos mentais* (exceto aqueles devido ao uso de álcool e outras drogas) foi o de pessoas de cor branca (37%), seguido pelas de cor parda (27%). Já as maiores *taxas de internação hospitalar* (por 10.000 hab.) por esses transtornos foram observadas na população de cor preta (7,1), branca (6,8) e parda (5,5). As maiores taxas de *mortalidade* por transtornos mentais foram da população branca (2,9) e preta (1,7) [ou negra, se somados pretos e pardos (2,7)]. (BRASIL, 2016, p. 22, grifos do autor)

Por sua vez, quando se ponderam os dados associados a transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, teremos dados também preocupantes:

Nas internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, predominaram pessoas de cor branca (44%), seguidas pelas de cor parda (26%). A taxa de internação por esse agravo também é maior na população branca (2,5) do que nos outros grupos. Mas a comparação entre as taxas de internação e de mortalidade por esses transtornos sugere iniquidades de acesso ao atendimento hospitalar, na medida em que a mortalidade entre pretos e pardos [9,82] é bem maior que entre brancos [2,69], além de haver uma proporção muito maior da mortalidade em relação à internação entre pretos, pardos e indígenas. (BRASIL, 2016, p. 23)

Já no que tange aos dados acerca das internações e da mortalidade envolvendo os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas, que não o álcool, os dados são os mais alarmantes, haja posto que, nestas internações,

predominaram, em números absolutos, pessoas de cor branca (42%), seguidas pelas de cor parda (22%), mas as taxas de internação por esse agravo são semelhantes na população branca (2,4) e preta (2,3) – o que indica uma maior taxa proporcional de internação de pessoas pretas do que de pessoas brancas nas mesmas condições. Essa situação se agrava mais ainda quando analisamos as taxas de mortalidade pelo uso de drogas (exceto álcool), que é duas vezes maior entre pretos (0,4) do que entre brancos (0,2) e pardos (0,2) – o que indica, por sua vez, uma maior presença de óbitos de pessoas pretas do que de pessoas brancas que fazem uso de drogas no Brasil (BRASIL, 2016).

A análise preliminar dos dados apresentados, desse modo, reforça a disparidade racial existente na saúde ao observar estratificadamente os indicadores em Saúde Mental, pois estes acusam que pessoas negras (e, em alguns casos, pretas) são, proporcionalmente, mais internadas e mais acometidas por óbitos frente a quadros de transtornos mentais e comportamentais (sejam eles por uso de álcool e outras drogas, ou não) – salvaguardando-se, ainda, os prejuízos derivados de subnotificações quanto ao preenchimento destas variáveis nos serviços de saúde do país (BRASIL, 2016).

Por tudo isso, é preciso compreender, de forma central, a relevância da análise e discussão social destes dados, e a importância em fazer desta discussão algo urgente no Brasil:

O racismo no Brasil afeta diretamente a Saúde Mental da população não branca, parcela majoritária da população brasileira. Quem sofre diretamente com o racismo tem de lidar com ameaças à autoestima, desigualdades de oportunidades e, com frequência, com a violência que atinge principalmente a juventude negra no

Brasil. Todos esses são fatores que podem levar a população negra ao sofrimento psíquico, em formas e intensidades diversas. (BRASIL, 2016, p. 24)

É no entremeio destas análises epidemiológicas que compreendemos as possibilidades compartilhadas de leitura do fenômeno que estamos aqui, neste estudo, a priorizar – a correlação entre Saúde Mental e racismo. Os estudos correlatos entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental já evidenciam, como demonstrado, a relevância que há no reconhecimento das Relações Étnico-Raciais (e do racismo) como elemento constituinte dos Determinantes Sociais em Saúde (e em Saúde Mental), de tal forma que a sua análise e discussão conjunta é pedra angular da questão em tela, e deve também o ser no espectro que nos leva a pensar o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua gênese até os dias atuais. Porém, outrossim, sabemos também que há um vácuo na capacidade de contextualizar esta mesma discussão historicamente, especialmente se tomarmos o início do século XX, momento de nossa história com uma presença tão arraigada do racismo científico e das formulações eugenistas no campo da Saúde Mental (ROCHA; TORRENTÉ; COELHO, 2021).

Do reconhecimento deste vácuo, então, é que nos posicionamos. Sabemos que há pouca produção na história do conhecimento brasileiro sanitário e em Saúde Mental que parta de uma ótica analítica antirracista, bem como sabemos que há uma similar ausência (ou uma quase inexistência) histórica de escritos cuja ótica tenha advindo dos próprios usuários e/ou beneficiários destes serviços de saúde (destacando-se, também em termos históricos, os hospitais

psiquiátricos). Por tais motivos, compreendemos que, no mesmo passo em que a Saúde Coletiva pode nos dar significativos lastros que nos ajudem a pensar a história da correlação entre a Saúde Mental e o racismo, há, por parte dela, também um déficit neste mérito, para o qual, atrevidamente, ensejamos direcionar o nosso olhar, a nossa leitura e as nossas narrativas. Não reconhecer estas relações e não as tomar como anteparo fundamental para pensarmos, desenvolvermos e potencializarmos políticas no âmbito do SUS é revelador do racismo institucional que ainda se manifesta no SUS, e que pode acabar encontrando lastro no silêncio ensurdecido dos campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, em termos das pesquisas hegemônicas.

Situado, por corolário, no entremeio desses campos do conhecimento, o presente estudo procurou exortar, de forma contumaz, a Saúde Coletiva, a Saúde Mental, o SUS e seus operadores quanto à urgência de que estas sejam questões aludidas no cotidiano das práticas e no ciclo de formulação das políticas públicas de saúde no país. Experiências exitosas têm surgido neste quesito (DAVID et al, 2021), mas muitas outras devem surgir e desenvolverem-se para que possamos considerar que o problema representado pelo racismo na saúde e na Saúde Mental esteja sendo tratado como prioridade. Esta é, sem margem para dúvidas, uma dívida mandatária de nosso SUS para com os povos não brancos de nosso país – e, assim o desejamos, há de encontrar mais *tutano* nas operadoras e operadores contemporâneos do sanitarismo brasileiro, se movidas e movidos por um sentido ético-

político efetivamente antimanicomial e antirracista em nossa saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, Naomar; MEDRONHO, Roberto; BARRETO, Maurício. Estado da Arte em Epidemiologia no Brasil. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 557-565.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar; PAIM, Jairnilson Silva. Conceitos de Saúde: Atualização do Debate Teórico-Metodológico. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014a, p. 13-27.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar; PAIM, Jairnilson Silva. Saúde Coletiva como Campo de Saberes e de Práticas: Abordagens e Perspectivas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014b, p. 41-45.
- AMARANTE, Paulo. Uma Aventura no Manicômio: a Trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 01, n. 01, p. 61-77, 1994.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. 123 p.
- BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política para o SUS*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde (MS), 2017. 44 p.
- BRASIL. *Painel de Indicadores do SUS Nº. 10: Temático Saúde da População Negra (Vol. VII)*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde (MS), 2016. 82 p.
- CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; LOYOLA, Maria Andréa; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Ciências Sociais em Saúde Coletiva. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). *Saúde*

Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 567-584.

CHALHOUB, Sidney. *Trabalho, Lar e Botequim: O Cotidiano dos Trabalhadores no Rio de Janeiro da Belle Époque*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1986. 368 p.

CRUZ, Marly M. Conceção de Saúde-Doença e o Cuidado em Saúde. In: GONDIM, R; GRABOIS, V; MENDES JUNIOR, W. V. (Orgs.). *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2011, p. 21-33.

DAVID, Emiliano de Camargo; PASSOS, Rachel Gouveia; FAUSTINO, Deivison Mendes; TAVARES, Jeane Saskya Campos. (Orgs.). *Racismo, Subjetividade e Saúde Mental: O Pioneirismo Negro*. São Paulo: Hucitec Editora (Selo Diálogos da Diáspora), 2021. 165 p.

DIMENSTEIN, Magda; SIQUEIRA, Kamila; MACEDO, João Paulo; LEITE, Jader; DANTAS, Cândida. Determinação Social da Saúde Mental: Contribuições à Psicologia no Cuidado Territorial. *Arq. Bras. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 02, p. 72-87, 2017.

FARO, André; PEREIRA, Marcos Emanuel. Raça, Racismo e Saúde: a Desigualdade Social da Distribuição do Estresse. *Estudos de Psicologia*, v. 16, n. 03, p. 271-278, 2011.

GOMES, Elaine Christine de Souza. *Conceitos e Ferramentas da Epidemiologia*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. 85 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

JACCOUD, Luciana. *A Construção de uma Política de Promoção da Igualdade Racial: Uma Análise dos Últimos 20 Anos*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009. 233 p.

- LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec Editora, 2006, p. 615-634.
- MCKENZIE, Kwame. Racism and Health. *BMJ*, Londres, Inglaterra, v. 326, n. 7380, p. 65-66, 2003.
- MCKENZIE, Kwame; BHUI, Kamaldeep. Institutional Racism in Mental Health Care. *BMJ*, Londres, Inglaterra, v. 334, n. 7595, p. 649-650, 2007.
- MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico?. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 15, n. 02, p. 320-332, 2011.
- PERREIRA, Krista M.; TELLES, Edward E. The Color of Health: Skin Color, Ethnoracial Classification, and Discrimination in the Health of Latin Americans. *Soc. Sci. Med.*, Boston, EUA, v. 116, p. 241-250, 2014.
- PITTA, Ana Maria Fernandes; COUTINHO, Domingos Macedo; ROCHA, Clarissa Carvalho Moura. Direitos Humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um Estudo Avaliativo, tendo como Referência o QualityRights – WHO. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 760-771, 2015.
- RIBEIRO, Patrícia Tavares; CASTRO, Leonardo. Ciências Sociais em Saúde: Perspectivas e Desafios para a Saúde Coletiva. *Saúde em Debate*, São Paulo, v. 43, n. spe7, p. 165-178, 2019.
- ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma Discussão com Base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 01, p. 129-135, 2015.
- ROCHA, Renan V. de S.; TORRENTÉ, Mônica de O. Nunes de; COELHO, Maria Thereza Á. D. *Saúde Mental e Racismo à Brasileira: Narrativas de Trabalhadoras e Trabalhadores da Atenção Psicossocial*. 1 ed. Salvador: Devires, 2021. 170 p.

- ROSA, Soraya Diniz; MALFITANO, Ana Paula Serrata. No meio do caminho tinha uma pedra: a História de Violência e Sofrimento Social de Jovens Adultos com Trajetórias de Internação em Hospital Psiquiátrico. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 02, p. 501-518, 2019.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SOUZA, Mariluce Karla Bonfim de; ROCHA, Marcelo Nunes Dourado. Produção Científica sobre Política, Planejamento e Gestão em Saúde no Campo da Saúde Coletiva: Visão Panorâmica. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 585-594.
- VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; PAIM, Jairnilson Silva; SCHRAIBER, Lilia Blima. O que é Saúde Coletiva?. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 03-12.

CAPÍTULO 4

CAPS II: UMA IMERSÃO NA VIVÊNCIA DO PSICÓLOGO E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Vitória Souza Mendes de Jesus

Tamires de Lima Campos

Katia Varela Gomes

Muito se discute a respeito da importância dos psicólogos no cuidado com a saúde mental, e neste sentido, compreender quais são as possibilidades de atuação desta profissão é fundamental para o desenvolvimento e formação de novos profissionais, despertando o interesse dos acadêmicos em áreas que vão além da clínica, como o campo social, por exemplo.

A seguir, apresentamos um relato de experiência de estágio na graduação de psicologia, realizado no ano de 2022, período em que cursamos o 9º semestre da formação. Os resultados foram obtidos através de uma imersão na vivência de psicólogos e da equipe multidisciplinar atuante em um dos principais dispositivos de cuidado em saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A fim de nos aprofundarmos nos aspectos da literatura e vivenciá-los na prática, os encontros foram norteados através das discussões dos referenciais teóricos durante as supervisões, para que, posteriormente, após o reconhecimento e caracterização do campo institucional, a intervenção fosse, de fato, iniciada.

Localizado na Zona Leste de São Paulo, o CAPS Adulto II ao qual se dispôs a intervenção, se constitui como um serviço de

atendimento psicossocial direcionado a usuários portadores de transtornos mentais graves e persistentes, prezando pela participação ativa do mesmo no desenvolvimento de um plano de tratamento, além de preservar o vínculo familiar e possibilitar a reinserção no contexto social. O trabalho desenvolvido no CAPS diz respeito não somente às técnicas, pesquisa ou produção científica, mas abrange também acerca da importância de tal modelo de cuidado para a sociedade, no que concerne a Reforma Psiquiátrica na luta pelo fim do modelo manicomial.

Tendo como objetivos específicos: a) aprofundamento da dinâmica de acolhimento da equipe para os usuários; b) vivenciar a relação do usuário com a instituição; c) observar e interagir dentro do espaço de Ambiência com pacientes; d) participar da elaboração e discussão do Projeto Terapêutico Singular (PTS), grupos de apoio, atividades artesanais, entre outras; e) realizar visita técnica em um Serviço Residencial Terapêutico.

A teoria base utilizada na intervenção contou com a colaboração de diversos autores que, ao longo de suas jornadas, contribuíram para a discussão e ampliação do arcabouço teórico acerca da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o modelo substitutivo, Políticas Públicas e psicologia, intervenção psicossocial, Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular. Entre os muitos nomes utilizados no desenvolvimento e curso do trabalho, cita-se: Neiva (2010) em: *Intervenção Psicossocial: Aspectos teóricos, metodológicos e experiências práticas*. Rocha (2017) em: *Dos manicômios à Reforma*

Psiquiátrica: Uma revisão histórica dos movimentos da saúde mental. Souza (2006) em Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Silva e Carvalhaes (2016) em Psicologia e Políticas Públicas: Impasses e Reinvenções. Prazeres e Miranda (2005) em Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. Ministério da Saúde, em Decreto nº PORTARIA Nº 3.088/2011 (2011). Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (2005). Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental 34 (2013), entre outros.

O direcionamento prático do estágio sustentou-se através das propostas da intervenção psicossocial, tendo como principal metodologia a pesquisa-ação, segundo Neiva (2010), onde o trabalho passa a ser uma produção de conhecimento sobre grupos, organizações, instituições, comunidades e movimentos sociais com práticas voltadas ao tratamento, além de entrevista semiestruturada, análise de prontuários e discussão de casos.

TRANCAR NÃO É TRATAR

Com o estabelecimento da Lei Federal Nº. 10.216/2001, que institucionaliza a Reforma Psiquiátrica no Brasil, compreende-se o início de um verdadeiro marco histórico no que existia antes dela e o que vem após. Esses dois modelos de cuidado em saúde mental (pré-Reforma Psiquiátrica e pós-Reforma Psiquiátrica) se apresentarão como modelos fundamentados teoricamente e a passagem de um para o outro não se deu apenas por uma questão de atuação do movimento social,

mas, sobretudo, por uma revisão teórica das ofertas em saúde que eram apresentadas até ali.

Até 2001, o modelo conhecido como manicomial (ou hospitalocêntrico) pautava-se na perspectiva do cuidado centrado no hospital psiquiátrico, tendo a internação como seu principal dispositivo. Diante disso, o isolamento social era favorecido pela política higienista: retirar o doente de seu território, do seio familiar e de sua comunidade, e levá-lo para um local limpo, branco e higiênico: o hospital psiquiátrico. Em teoria, o doente receberia cuidados em saúde mental através das tecnologias oferecidas pela psiquiatria, para, posteriormente, retornar para o local de onde foi retirado, entretanto, sabe-se que a prática não funcionava assim (AMARANTE, 1995, apud ROCHA, 2017).

Ao passo em que os movimentos sociais se aqueceram em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, iniciativas como as do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por sindicatos, associações profissionais e comunitárias, foram os precursores das denúncias do controle absoluto e roubo da autonomia de vida dos pacientes internados e da permanente violação dos direitos humanos desta população,

A Reforma Psiquiátrica contribuiu para a ampliação das práticas e saberes. Outras profissões passaram a compor essa ampliação, inclusive a psicologia, passa a ter uma postura muito mais participativa. Com relação aos pacientes, o novo modelo construiu, enquanto priorização da autonomia dos sujeitos e cuidado em liberdade, a

corresponsabilização pelo cuidado, processo pelo qual o indivíduo passa a participar ativamente na tomada de decisão por aquilo que ele acredita ser melhor ou não para o seu cuidado em saúde mental.

Pode-se afirmar que após a Reforma Psiquiátrica no Brasil, as práticas em saúde mental receberam um novo olhar. Os centros de atenção psicossocial, neste contexto, surgem como uma espécie de esperança: é possível substituir o modelo hospitalocêntrico por um local que acolhe e atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes preservando seus vínculos sociais e familiares.

RESPEITO AOS DIREITOS TAMBÉM É “SAÚDE”

Uma das principais vivências deste relato de experiência é a respeito do importante papel do psicólogo do CAPS na luta pelas Políticas Públicas. Através da imersão na rotina da instituição, compreendemos ser fundamental que o psicólogo entenda que pode e deve contribuir ativamente nas construções coletivas de mudanças na realidade do espaço onde ele atua. A partir do momento em que essa prática se torna frequente, foi possível desconstruir a visão de separação entre o profissional, tido como conhecedor técnico, e o usuário, objeto de intervenção (SILVA e CARVALHAES, 2016).

Essa relação tornou-se horizontal não apenas nas trocas dentro da instituição durante seu funcionamento, mas também nas saídas para outros locais. Cabe mencionar a ocasião do dia da luta antimanicomial, onde tivemos o privilégio de participar da confecção de bandeiras e cartazes e, por fim, acompanhar a equipe do Centro de Atenção

Psicossocial, junto de seus usuários, na caminhada juntos pela Avenida Paulista, manifestando pelo cuidado em liberdade e pelos direitos de pessoas com transtornos mentais. Imergir no ambiente do CAPS é vivenciar de maneira ampla e plena os princípios da Clínica Ampliada e cuidado em liberdade.

Sabemos que a discussão da luta antimanicomial se arrasta por muitos anos. De um lado, a desospitalização (apenas retirada do hospital); e do outro, a desinstitucionalização: que o indivíduo pare de pertencer à uma instituição “loucura”. Segundo Prazeres e Miranda (2005), o cuidado e atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais deve ser realizado prioritariamente em serviços não hospitalares, que não tenham como enfoque a internação em hospitais psiquiátricos.

Considerando o exposto, é imprescindível mencionar também que um dos maiores desafios dos centros de atenção psicossocial é lidar com a institucionalização, que por vezes parece distante e existente apenas na literatura, mas que se caracteriza como um fenômeno real, presente e atual, carregado por muitas pessoas que passaram por um longo período de internação. Neste conceito, nasce o movimento contrário: o processo de desinstitucionalização, que implica na desconstrução da relação de poder estabelecida pelo modelo psiquiátrico, que atribui a loucura aos transtornos mentais e estabelece o hospital psiquiátrico como único recurso de atenção à saúde mental.

Como mencionado anteriormente, o CAPS não é apenas responsável por oferecer serviços aos usuários que chegam até a

instituição. Os centros de atenção psicossocial são também incumbidos de prestar assistência a diversos outros dispositivos de saúde mental, como o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), equipamento que nasce para auxiliar no processo de desinstitucionalização.

Através da visita até a SRT II, vinculada ao CAPS aqui referido, pôde-se entender que:

Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação nos municípios de Serviços Residenciais Terapêuticos. Sendo residências, cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 15-16)

Outrossim, SRT's protagonizam importante papel no processo de desinstitucionalização dessas pessoas, pois não se limitam apenas em garantir o direito à moradia desses usuários, mas também em auxiliá-los na reintegração ao meio social. Por esse motivo, observamos que a SRT visitada durante as intervenções se localiza em um espaço urbano, permitindo que os residentes do local tenham acesso a centros comerciais, além de contar com todos os equipamentos necessários para o auxílio de pessoas com transtornos mentais e deficiência física e/ou de mobilidade.

Além disso, a SRT visitada respeita o número máximo de oito moradores por moradia, é assistida por uma equipe multidisciplinar que está à disposição para apoiar os usuários em suas rotinas diárias ou demandas mais específicas. No local, foi possível conhecer a história de pessoas que, após longa permanência em hospitais psiquiátricos, ainda

sofrem com a ruptura dos vínculos familiares e com a sociedade, por isso, trabalhos que reflitam sobre suas histórias de vida para além do período de internação são comuns nas residências.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE CORPOS E MENTES

Outro ponto primordial a ser citado, que é de conhecimento geral, diz sobre a Reforma Psiquiátrica e Sanitária, que trazem a concepção de seguridade social, se torna um pilar para o país no sentido da proteção da população, e redemocratização nas décadas de 1980 e 1990, que contribuíram muito para que as formas de ofertar Políticas Públicas pudessem ser revistas. Por mais que, para muitos, o conceito de “Políticas Públicas” possa parecer abstrato, elas são muito concretas e estão constantemente presentes na vida dos cidadãos brasileiros. Essas políticas são ações destinadas ao coletivo; ou seja, como o próprio nome sugere, ao público. Elas ocorrem em todas as áreas da gestão pública, como saúde, educação, moradia, transporte, assistência social, cultura, trabalho, emprego, renda, segurança pública, etc. (SILVA e CARVALHAES, 2016).

Apesar de existirem diversas definições, pode-se compreender Políticas Públicas (PP's) enquanto um conjunto de programas, ações e decisões tomadas tanto pelo governo federal, como pelos governos, estaduais ou municipais com a participação, direta ou indireta, da própria população, de entes públicos ou privados que visam assegurar determinados direitos para vários grupos da sociedade ou para

determinados segmentos, em específico: social, cultural, étnico, econômico, etc.

De maneira prática, quando o olhar dessas políticas é redirecionado ao Centro de Atenção Psicossocial, esses princípios puderam ser observados e vivenciados desde a primeira intervenção. Através da política de portas abertas, que permite a entrada e acesso de todo e qualquer usuário aos serviços oferecidos, é possível conhecer o indivíduo que se apresenta para além de uma perspectiva saúde-doença, considerando tanto sua demanda manifesta quanto os aspectos que ainda permanecem latentes, podendo criar uma vinculação a conduzir todo seu processo.

Um dos exemplos vivenciados desta experiência, que ilustra a importância não só da política em si, mas em como é imprescindível entender o contexto histórico e social foi o projeto SobreViver, que adotou o mês de maio em referência ao dia 18 da luta antimanicomial, para realizar um evento de exposição relatando através da arte de pinturas em quadro a história de um usuário, que vivenciou um período de internação em um hospital psiquiátrico, e pode através da arte e da escrita, compartilhar o quanto aquela vivência mudou sua perspectiva do cuidado com a saúde mental. Reforçando como é imprescindível usar o contexto histórico e social no sentido de dar voz ao povo: “Políticas Públicas são feitas com as pessoas e suas histórias”.

Através do Ministério da Saúde, o campo da Atenção Psicossocial, em sua operacionalização das ações de Saúde Mental na Atenção Básica ocorre através da Clínica Ampliada em saúde. Tal

modelo trata-se de um modo estruturado de cuidado, uma ferramenta teórica e prática que aborda o adoecimento e sofrimento, além de interdisciplinar e dialógica, onde o sujeito participa e opina sobre o processo de cuidado.

Neste sentido, a Clínica Ampliada possui cinco eixos fundamentais. O primeiro que baseia-se na compreensão ampliada do processo saúde-doença, o segundo, na construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, de maneira a somar as habilidades e competências de diversos profissionais, o terceiro, cuja a ampliação do objeto de trabalho, onde entende-se a pessoa como resultado de seu meio, o quarto, visando transformações dos meios e/ou dos instrumentos de trabalho, e por fim, o quinto e último eixo, que se constitui no suporte para os profissionais da saúde, de maneira que se esteja atento aos sinais e sintomas da equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para o Ministério da Saúde, o CAPS é considerado o “núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento”. Neste sentido, desde o primeiro dia de nossa entrada, foi possível observar o quanto a autonomia é levada em consideração, a singularidade reforçada pela equipe multidisciplinar, quando alinhada, afirma esse objetivo ao usuário, dando devida importância para o sentido de vida de cada um, para suas escolhas e vontades.

REALOCAR O CUIDADO - CAPS COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DO COMUM

Outro ponto observado é de como a forma orgânica dos grupos vivenciados naquele espaço são respeitados e explorados para além do Centro de Atenção, um desses a ser citado é o “Grupo de Mulheres”, que foi criado no intuito de juntar as integrantes em um grupo terapêutico, ouvindo as histórias, criando vinculação e troca de afeto, sem julgamento.

À priori, este era o objetivo do grupo, e de forma espontânea, estas mulheres foram direcionadas para atividades com artesanato, arte com pinturas, confecção de objetos de decoração, entre outros. Para além do espaço interno, suas atividades foram exploradas como outra experiência, externa, onde o grupo se mobilizou para ir ao cinema, acompanhadas da assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, e tivemos o prazer de participar e fazer parte da memória de um dia importantíssimo e que marca um princípio da Clínica Ampliada: *AUTONOMIA*.

Nesse sentido, foi relevante entender de forma prática a construção de um Projeto Terapêutico Singular, que de modo geral, é um projeto de cuidado resultante das discussões coletivas de uma equipe multidisciplinar, que dinamicamente considera as necessidades, expectativas, crenças e o contexto social da pessoa, do grupo e da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Ainda, segundo o Ministério da Saúde (2013), o PTS é uma estratégia de cuidado coletivo, que conta com uma equipe interdisciplinar e multiprofissional,

que preza pela singularidade do sujeito, da família e da comunidade e seu contexto territorial. Aqui, o paciente é ativo no processo, de maneira que o PTS se desenvolve com ele, para ele e a partir dele.

Analisando toda a prática desenvolvida, obtivemos os dados sobre a atuação do CAPS junto à equipe multidisciplinar com relação ao propósito estabelecido no processo do Projeto Terapêutico Singular. Explorando nossa vivência, a observação mais evidente é de como é positivo o acompanhamento dos usuários no CAPS. Durante o acompanhamento de alguns deles, individualmente ou no grupo, parte da evolução se dá pela autonomia e preservação dos vínculos familiares.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO JUNTO AO CAPS II

Alguns pontos que delineiam como evidências são as próprias vivências. Uma delas é a respeito das atividades grupais propostas, como oficinas, grupos de apoio, artesanato e grupo de mulheres, onde o objetivo gira em torno do compartilhamento dos sentimentos, ideias, rotinas, desejos, sonhos e possibilidades. Essa movimentação faz com que os usuários criem um sentimento de pertencimento sobre algo, seja a bens materiais, que está relacionado com algum objeto artesanal, seja a algo relacionado ao sentimento em si, nas amizades que são criadas, nos círculos de convivências, no compartilhar das vivências e no fortalecimento do vínculo entre eles.

Um segundo exemplo é de como as práticas associadas às saídas da instituição têm um efeito positivo no contexto observável da interação social dos pacientes de maneira interpessoal. Aqui, destacam-

se duas situações presenciadas, sendo a primeira na sessão de cinema, onde os usuários foram levados para assistir um filme nacional, e a segunda quando os mesmos foram conduzidos para a passeata em prol do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Tais momentos promovem a inserção desses usuários em ambientes que talvez, em sua vida cotidiana, não tenham a oportunidade de estar, de conviver, ou simplesmente considerar.

Vale ressaltar um terceiro e último ponto, de como é importante a valorização da trajetória de cada usuário, relacionando com a importância da saúde e do cuidado mental. Neste aspecto, destaca-se positivamente a forma como um dos usuários assistido pelo CAPS traz em sua bagagem um histórico de internação em um hospital psiquiátrico. Concomitantemente, a partir desta experiência em sua vida, passa a ressignificá-la através da arte, com quadros pintados por ele, expressando tudo que vivenciou durante sua internação.

Diante dessa demanda, o CAPS com sua equipe multidisciplinar mobilizou-se para construir junto a temática da Luta Antimanicomial, uma exposição que convida seus visitantes a mergulhar em dois ambientes: o modelo manicomial e o modelo substitutivo.

Cabe salientar que a imersão na vivência do psicólogo e da equipe multidisciplinar no CAPS proporcionou uma incrível realização acadêmica e pessoal. Essa oportunidade foi essencial para nossa formação, pois, através dela, nos trouxe uma nova perspectiva na atuação do psicólogo, que não se limita apenas à prática clínica, mas participa também do modelo de Clínica Ampliada, focada no cuidado em

liberdade de pacientes portadores de transtornos mentais graves e persistentes.

Toda a experiência, desde a orientação nas supervisões, as leituras dos textos, o suporte antecessor à prática, até as discussões em grupo a partir do contexto histórico da Reforma Psiquiátrica, do modelo substitutivo, do PTS e da ambiência, trouxeram segurança para o início das atividades práticas em campo.

Durante a prática institucional, foi possível junto a equipe, destacando a psicóloga do local, a assistente social e as duas terapeutas ocupacionais, vivenciar em cada dia de intervenção uma nova dinâmica dentro da instituição. No que se refere a este aspecto, retoma-se a gratidão pela parceria, empatia e cuidado.

Nesse sentido, todo o processo de vinculação ocorreu de forma natural, e foi se consolidando com o decorrer das semanas, o que possibilitou uma troca de ideias e experiências, abrindo espaço para a ampliação do conhecimento, tal como a idealização de projetos conjuntos.

Por fim: CAPS é mais do que acolher pessoas com transtornos mentais, é promover Políticas Públicas e direitos humanos; é substituir hospitais psiquiátricos de maneira completa, e não complementar; é permitir a manifestação da loucura em sua forma mais genuína.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília:

Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL Ministério da Saúde. *Decreto nº PORTARIA Nº 3.088/2011, de 23 de dezembro de 2011*. Gabinete do Ministro, 2011. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 28 abr. 2022.

NEIVA, Kathia Maria Costa. *Intervenção Psicossocial: Aspectos teóricos, metodológicos e experiências práticas*. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2010. 204 p. Disponível em:
<https://www.skoob.com.br/livro/pdf/intervencao-psicossocial/514884/edicao:521569>. Acesso em: 30 abr. 2022.

PRAZERES, Paulo Sergio dos; MIRANDA, Paulo Sergio Carneiro. Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. *Psicologia Ciência e Profissão*, Minas Gerais, v. 25, ed. 2, p. 198-211, 2005. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000200004. Acesso em: 28 abr. 2022.

ROCHA, Rodrigo Carvalho. *Dos manicômios à Reforma Psiquiátrica: Uma revisão histórica dos movimentos da saúde mental*. Orientador: Dr. Renato Sampaio Lima. 2017. 64 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2017. Disponível em:
<https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/6924/Rodrigo%20Carvalho%20Rocha%20->

%20TCC.pdf;jsessionid=777A903EA1BA20E2EBC71E633E71FC34?sequence=2. Acesso em: 28 abr. 2022.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?*. Pesquisa Teórica, Florianópolis, v. 17, ed. 2, p. 252-260, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/fFKDctvfxN5sQy8SzmkMmPM/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2022.

SILVA, Rafael Bianchi; CARVALHAES, Flávia Fernandes de. *Psicologia e Políticas Públicas: Impasses e Reinvenções*. Psicologia & Sociedade, Londrina, v. 28, ed. 2, p. 247-256, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/q4gNDhBzVv7C3rRbwd376Wb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2022.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 8, ed. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2022.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. 1. ed. São Paulo: Atlas S.A., 1987. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4233509/mod_resource/content/0/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em_Ciencias-Sociais.pdf. Acesso em: 1 jun. 2022.

CAPÍTULO 5

O COM-PAR-TRILHAR DO GRUPO DE FAMÍLIA EM UM CAPS ADULTO

Viviane Batista da Silva
Ney Luiz Picado Alvares

INTRODUÇÃO

A prática do curso de Saúde Mental e Coletiva na Perspectiva da Clínica Ampliada desenvolvida na instituição, visa o aprimoramento dos alunos de Pós- Graduação. Tendo como objetivo desenvolver a prática do profissional psicólogo e observar a prática dos demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar inserida no CAPS II adulto (Centro de Atenção Psicossocial), propiciando o raciocínio macro no que diz respeito ao contexto institucional, aos vínculos entre os diferentes atores institucionais, possibilitando pensar a unidade em uma rede a partir da ótica clínica institucional.

O estágio visa proporcionar através das atividades práticas, o desenvolvimento dos conhecimentos necessários para os alunos. As atividades tinham como objetivos identificar necessidades e possíveis demandas da instituição na área da psicologia. A partir dessas observações foi desenvolvido um cronograma de atividades para elaboração do projeto de intervenção e a execução do mesmo de acordo com o contexto e possibilidades; executando ações que contribuíssem com a discussão e possíveis resoluções levando em consideração os diversos

fatores sociais, elaborando dessa forma reflexões a respeito das vivências compartilhadas.

Através da observação participante, foi possível entrar em contato com parte do cotidiano da instituição, das demandas apresentadas pelos usuários e familiares, e resoluções elaboradas em conjunto pela equipe.

Durante esse período de aprimoramento, foi possível experienciar conteúdos importantes no que diz respeito às demandas e vivências de familiares que participaram do grupo de família no CAPS adulto.

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), serviço escolhido para a realização da prática de estágio, configura-se em serviços que surgiram a partir de intensos movimentos sociais que tinha como objetivo estabelecer melhores condições de saúde mental frente as condições extremamente precárias e desumanizadas praticadas em hospitais psiquiátricos. De acordo com Figueiró (2011), dentre esses movimentos se destacam: o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Referidas lutas resultaram na Reforma Psiquiátrica que consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPSs são os dispositivos estratégicos desse movimento.

O CAPS, segundo o Portal do Ministério da Saúde:

São instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento

médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 9)

Cabe ainda citar, conforme o Ministério da Saúde (2004), que o CAPS II realiza atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, em sua população de abrangência com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.

Em consonância com o que foi citado acima, de acordo com Böing:

Os CAPS, devidamente territorializados (como estabelecem as diretrizes), recebem a demanda advinda da atenção básica e cumprem a função de apoio matricial naturalmente (discutindo os casos e desenvolvendo um acompanhamento conjunto), à medida que se efetiva o trabalho em rede, o que implica comunicação constante. (BOING 2010, p. 646)

O CAPS tem como objetivo realizar o trabalho através da equipe multiprofissional, sendo realizada a divisão em miniequipes que passam a ser os profissionais de referência de cada território. A equipe multi tem como objetivo discutir e traçar estratégias que visem a reinserção social do usuário.

Cabe ressaltar que o CAPS compõe a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) que tem como finalidade “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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”.
(GARCIA; REIS, 2018. p. 23-24).

As autoras supracitadas destacam os objetivos das RAPS:

A ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; A promoção dos acessos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; A garantia de 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. (p. 24).

Esses objetivos possibilitam um olhar singular e qualificado para os indivíduos que fazem uso dos equipamentos da RAPS.

DESCRIÇÃO DA DEMANDA

A demanda central durante a prática do estágio, foi poder contribuir através do método da observação participante realizada no cotidiano da instituição, em relação a demandas apresentadas pelos familiares no dia a dia com os usuários, resoluções elaboradas em conjunto pela equipe em sua relação cotidiana no viver institucional com os usuários e seus familiares. Buscar vivenciar com os familiares e profissionais na prática as atividades desenvolvidas neste equipamento de saúde mental. Sendo possível participar das seguintes atividades : grupo de família, oficinas de jornal e bijuterias, observação e interação na ambiência, reunião de equipe e assembléia geral.

Durante esse período de estágio, foi possível experienciar conteúdos importantes sobre vínculos e o fortalecimento destes no cuidado empregado nos atendimentos em saúde mental.

Um fator significativo foi poder acompanhar, por escolha, nos dois semestres dedicados a tempo de estágio em instituições, o mesmo CAPS. No primeiro semestre pudemos acompanhar um período de movimento institucional devido a troca da gestão administrativa entre as Organizações de Saúde (OS) e os atravessamentos ocasionados tanto aos profissionais quanto aos usuários do serviço. Retornar ao mesmo campo de estágio em mais um semestre do curso foi extremamente enriquecedor no que diz respeito a observação da dinâmica das relações estabelecidas e experenciar o CAPS como um serviço de cuidado longitudinal em contrapartida ao acompanhamento ambulatorial que havia se instalado anteriormente.

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLOGIA

Para a realização desta prática, empregou-se os princípios de Bleger (1984) que nos diz que, a psicologia institucional insere-se tanto na história das necessidades sociais como na história da psicologia, sendo assim, a psicologia institucional configura-se como uma investigação do que está ocorrendo e do que se está fazendo. Segundo o autor supracitado:

Psicologia institucional abarca, então, o conjunto de organismos da existência física concreta, que têm um certo grau de permanência em algum campo o setor específico da atividade ou vida humana, para estudar neles todos os fenômenos humanos que se dão em relação com a estrutura, a dinâmica, funções e objetivos da

instituição. Com esta definição, quero sublinhar que à psicologia institucional não correspondem, por exemplo, as leis enquanto instituições e sim os organismos em que concretamente se aplicam ou funcionam. (BLEGER,1984, p. 37)

Neste sentido, o autor aponta que o psicólogo em sua prática deve investigar os fenômenos e formas de modificação destes, extraíndo problemáticas em relação à prática e da realidade social que se encontra inserido. No contexto do CAPS, cabe ressaltar que essa tarefa não cabe tão somente ao psicólogo, mas sim a toda equipe que visa estabelecer mudanças que propiciem o melhor funcionamento do equipamento.

Para Bleger (1984), a psicologia institucional considera o fato de seres humanos participarem das instituições, e é preciso estudos para compreender os fatores que estão presentes na instituição. Ainda para o mesmo autor, a psicologia institucional não deve apenas focar nas demandas apresentadas pela instituição e sim em tudo que a permeia, como os membros que participam dela como colaboradores, usuários e familiares.

A análise institucional ocorre de maneira singular, entendendo o que são as relações instituídas, bem como a forma de trabalhá-las ou agir sobre elas. Lapassade (1989), no curso de conceituação de instituição, faz uma distinção entre dois termos: instituído e instituinte. O primeiro significa o que está estabelecido, caracterizando a fixidez e a cristalização das formas de relação nas instituições. O segundo significa o movimento de criação, ou seja, a capacidade de inventar novas formas de relação. Potencializando o novo, a vida que pulsa em

contrapartida ao primeiro que analogicamente representaria um corpo mortificado.

Ainda de acordo com o autor, embora se identifique a instituição com o instituído, cabe ressaltar que o instituinte é também um movimento da instituição; sendo esse o que garante em última instância, a possibilidade de mudança. Naturalmente as ações instituintes precisam ser sempre pensadas em suas reflexões funcionais ou disfuncionais na instituição, no fazer profissional e na própria saúde dos diferentes atores institucionais, sejam pacientes, familiares ou trabalhadores. No processo de institucionalização, o instituinte acaba instituído, mas permanece sempre, ainda sob controle, na condição de retornar como o reprimido, numa analogia a Freud. (LAPASSADE, 1989, p 58).

A partir do momento que se admitem os movimentos do instituído e do instituinte, o conceito de instituição se transforma e passa a ser um importante instrumento de análise das contradições sociais.

No que diz respeito ao CAPS conforme já citado anteriormente, cabe citar a importância do vínculo no cuidado a saúde mental:

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo “à cura de doenças”. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. O desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 24).

O acolhimento e o vínculo tornam-se ferramentas primordiais no cuidado em saúde mental. Através da fala dos familiares é proporcionada a possibilidade de se ouvir, possibilitando por vezes, sempre que possível refletir novas formas de agir frente a determinada situação.

Durante o decorrer do compartilhar com a instituição no qual os fatores institucionais proporcionaram contextualizar um pouco mais o momento vivido por seus atores confirmando a importância dessa percepção para a prática clínica mais específica no atendimento psicológico e dos demais profissionais, foi possível participar de forma mais ativa do grupo de família realizado no CAPS. Cabe ressaltar que, o grupo só se torna efetivamente grupo a partir do momento que se desenvolve determinado tipo de relacionamento, quando há interação humana entre os envolvidos. O grupo vai além da mera soma de indivíduos. Nesse sentido, podemos nomeá-lo como um grupo operativo, que segundo Riviére (2005) o grupo operativo é um grupo centrado na tarefa que tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução criada e manifestada no campo grupal, e não no campo de cada um de seus integrantes, o que seria uma psicanálise individual em grupo. A didática que deve basear o grupo consiste na preexistência em cada um de nós, de um esquema referencial (conjunto de experiências, conhecimentos e afetos com os quais o indivíduo pensa e age) que adquire unidade através do trabalho em grupo. A troca de experiências é o que torna enriquecedor o campo grupal, proporcionando trocas e interação entre os envolvidos. Todo ato de conhecimento enriquece o

esquema conceitual, referencial e operativo, que se realimenta e se mantém flexível ou plástico (não estereotipado).

Cada um dos envolvidos vai adquirindo o que Pichon denomina um “novo estilo devida” baseada, numa adaptação ativa à realidade tal como é compreendida, na qual o

indivíduo é modificado pelo ambiente, operação corretora por meio do grupo, mas o fundamental é que ele se transforma por sua vez, num agente de mudança social. Obtido isso, o grupo começa a funcionar sobre implícitos compartilhados, que se refletem nas características e formas que tomam os papéis, que de fixos e estereotipados, se tornam funcionais, com uma dinâmica que segue as leis de complementaridade e suplementariedade. A equipe então se transformará assim num grupo operativo; se somado a isso os três princípios básicos que regem a estrutura de todo grupo humano: a pertença, a cooperação e a pertinência.

MÉTODO

Foi utilizado o método monográfico para a produção deste trabalho por tratar-se de estudo aprofundado acerca de um tema específico.

Para compreensão da rotina institucional, empregou-se a observação participante. Segundo Gil (1991), é uma pesquisa de ação caracterizada pela interação dos pesquisadores com os pesquisados.

Segundo Brandão (1984), só é possível conhecer com profundidade uma sociedade ou cultura quando se há um envolvimento

e até mesmo um comprometimento pessoal entre quem pesquisa e quem está sendo o sujeito de pesquisa.

RESULTADOS

No decorrer dos encontros, foi possível observar recortes de algumas atividades desenvolvidas no CAPS, sendo possível, através da observação participante, interagir com os usuários, colaboradores e familiares na ambiência, oficinas e grupos.

Ao ter a oportunidade de participar das atividades desenvolvidas no equipamento foi possível vivenciar a articulação da equipe multiprofissional, sendo perceptível um diálogo pautado no respeito entre os colaboradores, usuários e familiares.

Durante o decorrer do estágio, foi possível observar que o objetivo do CAPS foi sendo consolidado para os usuários e familiares levando em consideração uma melhor compreensão acerca do funcionamento. Nota-se que a partir do momento que se há uma quantidade minimamente adequada de profissionais para atender a demanda do CAPS, os atendimentos acontecem de maneira fluída e regular apresentando resultados benéficos.

Ao longo das vivências foi possível observar o trabalho dos colaboradores para com os usuários e familiares, através de oficinas, atividades realizadas na ambiência, grupos e demais atividades.

No que diz respeito ao trabalho desenvolvido com os familiares, cabe ressaltar a importância dele, tendo em vista o desafio vivenciado no dia a dia no ato de cuidar. Sendo perceptível durante os encontros

realizados, o quanto *essas mães, companheiras e filhas* se anulam para dar todo o suporte que entendem serem necessários para o cuidado de seus familiares em sofrimento psíquico. Neste sentido, podemos compreender o quanto a Psicologia pode contribuir com espaços para um trabalho com famílias, igualmente em sofrimento psíquico ao ter uma familiar em tratamento. Um suporte que pode e deve abarcar tanto assistência, via os referidos grupos ou mesmo momentos de terapia familiar, como também promover ações mais preventivas e de promoção de saúde visando contribuir para uma dinâmica familiar mais saudável e respeitosa. Neste contexto, inclusive, com ênfase no suporte às mulheres, muitas vezes sobrecarregadas nos cuidados com família como pudemos perceber no caso deste CAPS como contextualizado a seguir.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante a realização do estágio e através da participação no grupo de família, observou-se a importância da existência desse dispositivo como rede de cuidado para com os familiares que lidam no dia a dia com pessoas em sofrimento psíquico.

A configuração de novos serviços de cuidado em saúde mental e a inserção da família nesse cuidado, tornou-se possível a partir da reforma psiquiátrica. De acordo com o Ministério da Saúde:

A reforma psiquiátrica brasileira trouxe imensas contribuições na forma de conceber e perceber a família no contexto do cuidado em saúde mental. Antes de sua implementação, a forma de tratamento disponível para as pessoas em sofrimento psíquico era baseada no isolamento e na exclusão, sendo os sujeitos privados do contato com sua família e com a sociedade. Não haviam investimentos na

mobilização das famílias como participantes importantes no tratamento, já que o indivíduo era visto de maneira isolada e como doente.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 63,64, 2014)

Ainda de acordo com o autor citado acima apud COLLVERO et. al:

Considerar a família como protagonista do cuidado reabilitador é um verdadeiro desafio. Ao acolher suas demandas e dificuldades de convívio com um familiar em sofrimento psíquico intenso, o profissional promove o suporte possível para as solicitações manifestas”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud COLLVERO et.al p. 64)

Segundo (Reis, et al, 2015) em geral, os familiares sentem-se limitados para cuidar das pessoas que apresentam transtornos, e encontram dificuldade de se reunir, discutir e resolver seus problemas. Espaços acolhedores destinados aos familiares são importantes para a interação e troca de experiências entre os participantes do grupo, pois possibilitam o relato do cotidiano quanto às facilidades e dificuldades para lidar com o indivíduo em sofrimento psíquico, minimizando angústias e sofrimento, bem como melhor inserção familiar no projeto terapêutico.

Na realização dos grupos, foram inúmeras as vezes em que as participantes citaram o grupo como um espaço potente de afeto, apoio e troca de experiências, expressando ainda o quanto o grupo representava uma possibilidade de encontrar uma saída frente as situações vivenciadas no cotidiano, cabe ainda ressaltar a fala de uma das participantes no que diz respeito a representação do grupo para a

mesma, a qual relata que “*o grupo possibilita o compartilhar, o ouvir, e são essas experiências que faz ser menos dolorido o dia a dia*”.

No que tange aos afetos, cabe contextualizar afeto na perspectiva de Sawaia (2009) a partir da leitura de Espinosa (1957), afeto (*affectus*) é justamente essa transição de intensidade, é trânsito, passagem de um estado de potência a outro, gerada pelas afecções que o corpo e a mente recebem na existência.

Em concordância com o que diz respeito a experiência do grupo, cabe citar:

O grupo terapêutico é o único momento nos quais os participantes podem compartilhar as angústias e sofrimentos no enfrentamento do transtorno de seus familiares. Nos discursos apresentados, referem que não aprendem somente com os profissionais que as aconselham nos encontros, mas também umas com as outras. Às vezes, os comportamentos dos filhos assemelham-se, os problemas são parecidos e a solução pode ser encontrada durante o grupo, por meio da troca de experiências. O grupo proporciona tanto o crescimento coletivo como individual, pois neste ambiente partilha de sentimentos como carinhos e cumplicidade. Assim, a facilidade de enfrentar uma situação e aprender a lidar com os diferentes momentos é muito maior. (REIS, et al,2015, p. 106)

Outro ponto que cabe atenção, diz respeito ao estresse físico e psicológico observado nas participantes, em que se fez presente em diversos encontros a fala e atitudes do apagamento e anulamento dessas cuidadoras com o intuito de propiciar aos familiares todo o cuidado que entendiam ser necessários. Evidencia-se dessa forma, que vivem exclusivamente para cuidar de seus familiares e realizar os afazeres domésticos abstendo-se de momentos de lazer, tornando o reduto da casa seu único espaço de vida. (REIS, et al, 2015).

Um aspecto de grande relevância, foi observar que embora o grupo não apresentasse uma distinção no que diz respeito ao sexo, todas as participantes eram do sexo feminino, representado assim o papel de mães, companheira e filhas, não cabendo outra nomeação na fala dessas mulheres acerca do papel a ser desempenhado como cuidadoras.

Ainda que exerçam atividades profissionais que não estejam vinculadas ao ato de cuidar, é imposto as mulheres a responsabilidade do cuidado de seus familiares, seja porque estes estão em fase de desenvolvimento ou por processo de adoecimento. Fator esse naturalizado e por vezes vivenciado como construção da condição feminina. (GUEDES, et al, 2009)

Ainda de acordo com as autoras citadas, afirmam que as diferenças entre os sexos são construídas socialmente; tendo uma base material e revelando-se como relações de poder. As relações sociais de sexo e a divisão do trabalho, são duas proposições indissociáveis que formam um sistema. A relação entre os sexos não se esgota na relação conjugal, mas é ativa em todos os níveis sociais e em suas configurações histórico-sociais.

No que diz respeito ao lugar que muitas vezes nós mulheres ocupamos na sociedade e são inviabilizados e desvalorizados por serem tidos como naturais, cabe citar que o último Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) realizado nesse ano, procurou trazer à tona o tema. Nos termos de políticas para as mulheres, apenas no presente ano foi aprovado o “direito” de decidir pelo próprio corpo no que tange ao direito reprodutivo que dispensa a autorização do cônjuge para realização da laqueadura (LEI nº14.443/2022). De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Brasil

incorporou as políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, porém na ocasião limitava-se as demandas relativas à gestação e ao parto, traduzindo uma visão restrita sobre a mulher. Mulheres estão presentes no SUS como peças estratégicas para seu funcionamento, tanto no âmbito de profissionais na tarefa do cuidar, quanto pacientes e acompanhantes de familiares e conhecidos. Possuem uma jornada de trabalho maior que a dos homens, sendo maior parte do tempo gasto em atividades não remuneradas voltadas ao cuidado dos filhos, familiares e serviços domésticos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a diferença de remuneração entre homens e mulheres equivale a 78% do que recebe um homem. Padrões de vida instituídos por uma sociedade patriarcal são grandes produtores de sofrimento e adoecimento.

Embora na teoria a diferença salarial seja proibida pela consolidação das Leis de Trabalho (CLT), faltam mecanismos que garantam que a lei seja cumprida. A Lei N.º 14.611 de 2023 preconiza estabelecer a equiparação salarial por meio do incremento da fiscalização, transparência sobre salários e aumento de multas às empresas que descumprirem.

Segundo o boletim de saúde da mulher em 2021 as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), foram responsáveis por 149 mil óbitos:

A maioria foi causada por neoplasias (31,1%), seguidas das doenças isquêmicas do coração (15,3%), doenças cerebrovasculares (14,4%) e diabetes mellitus (13,5%). Entre as doenças infecciosas, destacam-se as infecções respiratórias, incluindo a pneumonia, a influenza e a covid-19 (39,1% das causas evitáveis em 2021), bem

como a doença pelo vírus da imunodeficiência humana – aids (11,9%). (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2023, p. 20)

Santos et al apud Andrade, Viana e Silveira (2006), de acordo com estudos epidemiológicos no que diz respeito a saúde mental:

Apontam para uma inegável diferença de gênero quanto à incidência, prevalência e curso de transtornos mentais. Tanto as condições orgânicas, quanto, principalmente, as realidades sociais às quais as mulheres estão submetidas, favorecem um ambiente interno propício a uma maior ocorrência de problemas psicológicos, tais como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e transtornos associados ao ciclo reprodutivo. Além disso, foi visto que o suicídio aparece como a segunda causa de morte de mulheres na faixa etária entre 15 e 44 anos. (p. 39)

A tentativa de suicídio é mais comum em mulheres do que em homens e ocorre, majoritariamente, entre as domésticas, donas de casa e estudantes (SANTOS et al apud SOUZA, et al, 2006, p.40).

Cabendo ainda citar os dados do (Instituto de Pesquisa de Economia Aplicada) IPEA que apresentou o índice de mulheres vítimas de feminicídio no ano de 2019 de 3.737, sendo 66% dessas mulheres negras. O risco de uma mulher negra ser vítima de homicídio em 2019 foi 1,7 vezes maior do que o de uma mulher não negra.

Em consonância com os dados citados acima, cabe citar o que Buss et. al 2007, conceitua a respeito dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) sendo esses os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre as relações que se estabelecem no contexto do CAPS e puderam ser observadas, cabe citar que não se configuram em uma leitura manicomial no que diz respeito aos profissionais, que levam em considerações os aspectos biopsicossociais e singulares de cada usuário e seus familiares.

No que se refere as dificuldades geradas pelos processos instituintes de transição da administração do CAPS observada no semestre anterior durante a prática do estágio, observou-se que no decorrer do estreitamento dos vínculos com usuários, familiares e comunidade, e com um quadro de colaboradores mais adequado, o CAPS tem sido percebido como uma linha de cuidado longitudinal e transversal e não como um acompanhamento ambulatorial. Cabe ressaltar que o cuidado em saúde mental é um campo em permanente construção e, conseqüentemente, marcado por inúmeros projetos em disputa. Por se tratar de uma produção que se dá no cotidiano do trabalho em saúde, é afetado por diversos fatores, sendo esses: políticos, gerenciais, nos encontros estabelecidos entre profissionais, usuários e seus familiares, sem deixar de levar em consideração as diversas produções e relações implicadas as formas de existir de cada usuário.

Um fator importante observado na realização da prática e na participação no grupo de família, foi acompanhar o com-par-trilhar dessas mulheres tão potentes que fazem o grupo existir compartilhando suas vivências, histórias e trilhando novas possibilidades nessa

desafiadora trajetória do cuidar. Os encontros possibilitam esse campo de afeto e cuidado.

Neste contexto, uma postura de acolhimento às demandas dos usuários não pode deixar de lado todo seu contexto relacional, com familiares igualmente em situação de vulnerabilidade e sofrimento psíquico. A postura via uma clínica ampliada e um projeto terapêutico singular/PTS (projeto que vai além de pensar o usuário individualmente e sim na singularidade de seu contexto relacional) consolidam-se como norteadores fundamentais para uma prática terapêutica em CAPS, tanto no suporte direto igualmente aos familiares em si, como vias de complementariedade no tratamento via encaminhamentos a outras unidades para atendimentos aos familiares e mesmo pensando em futuro momentos de terapia familiar enquanto promoção de saúde, de um contexto relacional a serviço do desenvolvimento e base de segurança nas relações familiares, ou seja com foco na “saúde relacional” e empoderando os atores envolvidos para lidar com as vulnerabilidades inerentes ao tratamento em si e vulnerabilidade social. A Psicologia têm muito a contribuir nesse sentido com um olhar que em uma perspectiva de uma clínica ampliada (SUS) e clínico institucional, no qual, cada ação e/ou atendimentos realizados pelo profissional na psicologia, se enriquece ainda mais ao buscar uma clara compreensão sobre aspectos institucionais e cultivar um olhar sistêmico, transversal no sentido de um diálogo com as outras instituições na rede pública, inclusive intersecretariais (educação, cultura, esportes, entre outras) que possam dar suporte para ações de promoção de saúde e empoderamento de cada

um, familiar e paciente. Os avanços na Psicologia, em diferentes abordagens, podem ser via de consolidação dos princípios básicos do SUS e construção de uma sociedade mais inclusiva e socialmente mais justa. Nesta referida prática, destacamos ainda, a importância de uma aproximação maior entre a Universidade e as unidades de saúde pública, para a construção conjunta de novos conhecimentos e fortalecimento e mesmo criação de efetivas Políticas Públicas.

REFERENCIAS

- BLEGER, J. Psico-higiene e psicologia institucional. Editora Artes Médicas, PortoAlegre, 1984.
- BUSS, P. M.; PELEGRINI FILHO, A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.17, n.1, p.77-93, jan.2007.
- BRASIL. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Lei para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas. Disponível em:> https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm >. Acesso em: 15 nov.2023.
- BRASIL. Lei nº 14.611, de 3 de julho de 2023. Lei de igualdade salarial e de critério remuneratórios. Disponível em:>https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/14611.htm>. Acesso em: 15 nov.2023.
- BRANDÃO, C. R. Repensando a pesquisa participante. 3. ed. Editora brasileira, 1987.
- FIGUEIRÓ, R A. et al. Luta Antimanicomial e reforma Psiquiátrica: o protagonismo o usuário em debate. *Revista científica da escola de saúde*, v. 1, n. 1, p. 51- 62, 2011.
- IBGE: Estatísticas de gênero- *Indicadores sociais de mulheres no Brasil* 2022. Disponível em:>

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html>. > Acesso em: 15 nov.2023

IPEA: *Atlas da violência*. 2021. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/4942-emquestao8atlas.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

GARCIA, T. P; REIS S. R. (Org.). *Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.* - São Luís: EDUFMA, p.23-24, 2018.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GUEDES, O. S., & DAROS, M. A. (2009). O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Serviço Social em Revista*, 12(1),122-134. doi:10.5433/1679-4842.2009v12n1p122
Disponível em:

>http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/2009_2/83%20O%20Cuidado%20como%20atribuicao%20feminina.pdf > Acesso em 20.dez.2022.

LAPASSADE, G. *Grupos, organizações e instituições*. 3 ed. Rio de Janeiro: FranciscoAlves, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34*. Ministério da Saúde, Editora MS. Brasília, p. 55-64, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção em saúde*. Brasília, 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*. Brasília, 2004.

PICHON-RIVIÉRE, Enrique. *O processo grupal*. 7. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

REIS, Taísa Bastos dos; MACHADO, Regina Célia Bueno Rezende; PIMENTA, Rosângela Aparecida Ferrari; TACLA, Mauren Teresa Grubisich Mendes; SORGI, Gustavo Marino Ferreira; ROCHA, Ester Leonardo. Vivência materna frente ao transtornamental de crianças e adolescentes. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*, v. 15, n. 2, p. 102- 107, dez. 2015. Disponível em :
><https://journal.sobep.org.br/article/vivencia-materna-frente-ao-transtorno-mental-de-criancas-e-adolescentes/>> Acesso em 20.dez.2022.

SAWAIA, B.B. Psicologia e desigualdade social: Uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, v. 21 (3): pg 364-372, 2009 . Disponível em:<<https://www5.pucsp.br/nexin/artigos/download/psicologia-e-desigualdade-social.pdf>> Acesso em 20. dez.2022.

SANTOS, Luciana da Silva; DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Psicol. clín.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 37-59, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 15 nov. 2023. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n01A02>.

CAPÍTULO 6

A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM TEA NO SUS A PARTIR DO OLHAR DE CAPS IJ

Andreia Maria da Silva

Barbara Cristina Mello

Carolina Donato da Silva

Patricia Crucello da Silva

PONTO DE PARTIDA

Descrever a experiência de um trabalho realizado, parte do nosso desejo de registrar a atuação das profissionais no enfrentamento de desafios cotidianos acerca da concepção do cuidado da criança e adolescente com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e sua interface com o SUS a partir da atuação profissional de todas as autoras no CAPS IJ.

A escolha do termo “desafios” se justifica pelo intenso esforço de realização de um cuidado baseado em evidências, humanizado e de forma integral ao sujeito, que vai na contramão da forte precarização das políticas públicas de saúde (como por exemplo o congelamento e diminuição dos investimentos no SUS nos últimos governos) (Gomes Junior, W. R., & Teixeira, D. S. (2023) p.14). A consequência observada na assistência é a não ampliação dos equipamentos, das equipes e sua devida qualificação.

Outro importante “desafio” é o quanto somos convocados a responder a um modelo de cuidado que não seja reprodutor de uma lógica de funcionamento capacitista, que restringe a possibilidade de existência do sujeito na sua totalidade e modela um padrão de comportamento adequado à uma sociedade promotora de barreiras de inclusão, sejam elas físicas ou atitudinais. Nesse contexto, o cuidado é reduzido a “produto” a ser consumido, sem qualquer questionamento aos modelos de funcionamentos institucionais que são pouco, ou nada, acolhedores na perspectiva de acolher e respeitar as singularidades de um sujeito único.

A Luta Antimanicomial tem hoje novos obstáculos que não se restringem ao modelo de manicômio que foi denunciado na origem desse importante movimento social para a saúde mental brasileira, mas ainda se faz presente no enfrentamento, por exemplo, das Desigualdades Sociais e da Medicalização da vida.

Tal cenário deixa claro que nosso objetivo como trabalhadoras não se “restringe” ao atendimento de crianças e adolescentes com TEA, mas, principalmente, em compor uma rede promotora de reflexões que provoquem e tensionem a superação de lógicas de funcionamento que ainda é regida por resquícios de uma visão manicomial e capacitista que a todo momento culpabiliza o sujeito e o responsabiliza como “único” responsável por sua inserção na sociedade. Fazemos um adendo que esse “sujeito” aqui citado também engloba sua família/ cuidadores, que na maioria das vezes são mulheres solo na função de maternar e promover sustento.

Exposto algumas das variáveis e a complexidade dessas nesta relação dialética, optamos em utilizar propositalmente o arcabouço teórico da Psicologia Sócio-histórica e da Clínica Ampliada por subsidiarem a leitura do fenômeno, TEA, a concepção de um cuidado pautado em sujeito que se constitui na sua imersão social e em última análise oferecer ferramentas para um cuidado em rede, inclusive intersetorial.

Após o movimento da Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica no Brasil convocou o fazer clínico ocupar outro espaço, ou seja, de uma clínica mais humanizada, dialógica e interdisciplinar para possibilitar ao sujeito uma vida ativa que, independentemente de sua condição (deficiência, transtorno etc.) esteja fortalecido em estratégias para a elaboração de novas possibilidades de existência para garantir de sua autonomia (sendo ela em sua maior compreensão) (KAHHALE et al, 2020).

Para isso, se faz necessário pensar em uma rede de apoio que estabeleça uma aliança entre os profissionais da saúde, os familiares e o próprio sujeito, para que o resultado seja, além de eficaz e significativo, que potencialize suas relações interpessoais para um melhor enfrentamento dos desafios apresentados causados pela limitação da doença e/ou sofrimento psíquico (KAHHALE, E. M. S. P.; COSTA, M. A.; MONTREOZOL, J, R, 2020, p. 6). Neste contexto, o fazer clínico convoca a articulação com outros campos da saúde e também outros setores como as políticas de Educação, Assistência Social, Esporte, Cultura e Lazer compondo vários saberes.

O Programa HumanizaSUS e em especial a cartilha desenvolvida em 2009 “Clínica Ampliada e Compartilhada” tem como objetivo orientar e disseminar algumas tecnologias de humanização, tanto aos profissionais quanto à população assistida pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). Potencializa a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (Ministério da Saúde, 2009). A Clínica Ampliada apresenta que a clínica precisa ser muito mais do que um profissional prescrevendo remédio ou solicitando um exame para comprovar, ou não, a hipótese de uma doença: “Mas, para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de ‘igual’, o que ele apresenta de ‘diferente’, de singular. Inclui um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo” (Ministério da Saúde, 2009, p. 12).

Nesse sentido a Clínica Ampliada convoca para o respeito pelo próprio sujeito antes (e apesar de estar adoecido e/ou sofrendo psicologicamente, sua história com seus desdobramentos, e seu grupo de direito (Kahhale et al, 2020).

Nessa convergência a Psicologia Sócio-histórica visualiza que a emancipação humana chegará em sua completude quando pessoas com deficiência ou sem deficiências, com autismo e sem autismo estiverem envolvidas nas mobilizações amplas de expressões da diversidade, com objetivos a transformações sociais. Nessa linha há uma concepção de que o autismo deve ser respeitado como uma diferença, uma neurodiversidade, constituindo como deficiência a partir de uma estrutura social incapacitante (Paoli e Machado, 2022). Para Vygotsky

(2012b) as concepções de deficiência e autismo não se amparam apenas em um plano biológico ou social, são resultados do entrelaçamento entre ambos que constitui a singularidade do sujeito histórico.

NOSSA HISTÓRIA

Nesse momento iremos descrever um relato de experiência da atuação da equipe multidisciplinar de um Centro de Atenção Psicossocial II Infanto Juvenil (CAPSIJ) para o cuidado de crianças e adolescentes com o Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Nessa direção iremos contar a trajetória que nos levou ao reconhecimento deste serviço como referência de uma clínica, suas especificidades, manejos e também sua articulação seja com a Rede de Atenção à Saúde, mas também aos demais serviços da rede intersetorial (Educação, Assistência Social, Esporte, Cultura e Lazer).

Desejamos que tal escrita mobilize o pensar a prática do cuidado em saúde dessa população reforçando os preceitos do SUS e, conseqüentemente, da Clínica Ampliada.

Quando o CAPS inicia no território

O CAPSIJ II Campo Limpo localizado no município de São Paulo foi inaugurado em agosto de 2014, gostamos de reforçar que sua inauguração só foi possível após o tensionamento da sociedade civil, Conselho Gestor da Supervisão Técnica de Saúde do Distrito do Campo Limpo (STS CL), que inclusive fez manifestações em frente à casa do Secretário de Saúde para que o processo de implantação do

serviço fosse agilizado. É uma importante história, que tem muita relação com o SUS que acreditamos na perspectiva da garantia de direitos e da participação social.

Antes do CAPSIJ II Campo Limpo chegar a este território as demandas de crianças com TEA eram absorvidas de forma insuficiente pelo Centro Especializado em Reabilitação (CER), pelo CAPSIJ II Santo Amaro e pelo CAPSIJ II M'Boi Mirim que há no território. Insuficiente devido à ausência de estrutura para atender esta população tanto pela quantidade de crianças com sinais de TEA, quanto pela sua complexidade de cuidado além da distância o que dificultava a adesão dos usuários.

Desde sua inauguração, até meados de 2021, todos acolhimentos que traziam queixas relacionadas ao atraso no desenvolvimento, sinais de TEA, ou um diagnóstico já fechado de autismo, eram inseridos para o cuidado. Alguns profissionais da equipe já haviam trabalhado com essa demanda, entretanto havia a necessidade dessa equipe em mapear a rede de serviço disponível no território para o cuidado das crianças com TEA, assim como refletir acerca de qual seria a atribuição específica do CAPS no cuidado do sujeito com TEA.

Inicialmente os grupos terapêuticos eram direcionados às crianças e adolescentes, entretanto observamos que era primordial inserir as famílias nos espaços de cuidado. Nesse contexto, chegamos à conclusão de que era nossa especificidade também inserir os familiares e cuidadores no cotidiano das intervenções terapêuticas. Desse modo, os acompanhantes não ficavam mais na sala de espera, mas sim

participavam dos grupos e das atividades propostas. Tal inserção teve como objetivo favorecer ações como: que os cuidadores pudessem dar continuidade às intervenções realizadas; apoiá-los no manejo de situações desafiadoras na direção de ampliar a comunicação para além da comunicação verbal; construir possibilidades de manejos frente à desorganização sensorial, crises ou até mesmo de “birras”. Essa concepção de grupo terapêutico, com a participação dos cuidadores, se faz presente até hoje.

A UBS e a articulação do CAPS IJ

Em paralelo à abertura deste CAPS IJ, no território do Campo Limpo, há uma reordenação dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), construindo uma lógica diferenciada com Unidades Básicas de Saúde (UBS) que contam com Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois até então, grande parte das UBS's seguiam um direcionamento de trabalho a partir de uma lógica tradicional. A partir de 2010, com a implantação das equipes NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), hoje chamadas pelo Ministério da Saúde de e Multi (Equipe Multiprofissional da Atenção Básica), temos no território ações mais organizadas e pautadas nas ações matriciais e a construção de ações que fizessem mais sentido à população atendida, sempre baseando-se na lógica do território em que estão inseridas.

A UBS tem seu papel principal como ordenadora do cuidado. Embora bastante documentada nas referências conceituais da atenção primária em saúde e da estratégia de saúde da família, ainda

demonstram fragilidade na sua gestão do cuidado. Isso fica mais evidenciado quando falamos de grupos específicos, em foco neste capítulo o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Na construção desta linha de cuidado observou-se, durante muito tempo, a lógica de reprodução de encaminhamentos para a atenção especializada, principalmente quando observamos territórios mais frágeis, que podem estar relacionadas à especificidades do território, apoio da gestão local (ou falta de apoio), espaços de trabalho reduzidos e falta de conhecimento das demandas da população atendida, e que tais práticas de encaminhamentos externos, seja para ambulatórios de especialidades multidisciplinares, seja para o CAPS IJ quando se tinha a hipótese diagnóstica do TEA ou mesmo a realização do diagnóstico diferencial.

Havia pouca reflexão acerca das questões relacionadas ao neurodesenvolvimento infantil em se tratando de avaliação dos marcos aguardados para as diferentes faixas etárias na perspectiva de promoção e prevenção e também da reabilitação. O que se observa ainda é uma puericultura ainda realizada pela equipe mínima da ESF e pouco ampliada com a equipe multidisciplinar da atenção básica. Sobre essas equipes que iniciam sua inserção na atenção básica em meados de 2010 ancorada inicialmente no modelo de trabalho de equipe matriciadora e assistencial acaba sendo organizada conforme possibilidades de cada território, principalmente no que tange à estrutura física para o desenvolvimento de suas atividades.

Podemos observar neste território a heterogeneidade de equipes multidisciplinares no que diz respeito tanto a especificidade de

categorias de profissionais incorporadas em cada uma delas como a clareza de seu papel de apoio matricial e ampliação do olhar das equipes. Podemos destacar equipes que realizam avaliações complementares e específicas de seu núcleo, grupos terapêuticos, grupos de familiares e outras intervenções que se mantêm em atendimentos individuais, muitas vezes se tornando fragmentados e pouco articulados na própria equipe como com a rede de saúde e intersetorial. Claramente neste cenário o que se observa é um cuidado frágil pouco articulado e sem atender as necessidades de uma população que se represa em filas de espera tanto para diagnóstico como reabilitação.

Com as modificações da estrutura governamental, exigências descoladas da proposta inicial destas equipes, observamos que a lógica matricial foi perdendo espaço, assim como ações mais grupais e no território, sendo encaixada em uma agenda conectada a um sistema que monitora as produções quantitativas de atendimentos e pouca reflexão acerca das demandas e relevos que este território pede.

Os impactos dessas modificações, recaem tanto sobre as crianças, adolescentes com TEA e seus familiares - que é o nosso objeto e atenção nesta escrita -, assim como na disponibilidade e ampliação das discussões em conjunto com o CAPS IJ, por exemplo para a reformulação de estratégias de cuidado, prevenção e monitoramento daqueles que não apresentam perfil para este serviço de saúde mental, mas que podem se beneficiar de ações que acontecem na própria Atenção Básica, que como acima descrevemos, é o ponto principal e centralizador de todo o cuidado na saúde pública.

As articulações com a rede de Saúde

Rapidamente o CAPS IJ Campo Limpo passa a não comportar a quantidade de demanda solicitada para o cuidado do TEA e iniciamos articulações nos espaços mediados pela Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo (STS CL) com o objetivo de ampliar esta rede de cuidado.

Passamos a participar das reuniões do Fórum de Saúde Mental e do Fórum de Reabilitação. Estes espaços são compostos pelos equipamentos do território que ofertavam atendimentos seja de saúde mental (CAPS, UBS, Centro de Convivência e Cooperativismo - CECCO e o Centro de Reabilitação) ou de reabilitação física (UBS, Centro de Reabilitação - CER, CAPS, Instituto Jô Clemente, Rede Lucy Montoro e demais Ambulatórios Especializados na Reabilitação).

Paralelamente também começa a crescer os tensionamentos dos coletivos de “mães de TEA” (na grande maioria elas estão sozinhas e sobrecarregadas no cuidado do filho com deficiência) para que seja garantido o direito a atendimentos multiprofissionais seja com a Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional ou Psicologia.

Frente a este cenário, em 2018, surge um Grupo de Trabalho mediado pela STS CL com representantes do CAPSIJ, CER e UBS (Estratégia da Saúde da Família e das equipes multidisciplinares). O Grupo de Trabalho do TEA (GT TEA STS CL), constituiu um espaço de reuniões regulares com os serviços, e havia um balizador importante que era pensarmos dentro de um coletivo, norteado pela proposta do SUS, na criação de um fluxo, onde as portas de entrada dessas crianças

e adolescentes, por meio da reflexão e da organização de ações em suas diferentes complexidades pudesse, de fato, atender tais demandas com objetivos claros com as especificidades de cada equipamento. Com isso, a própria STS CL foi encontrando nestes pontos da rede, apoio para um posicionamento na perspectiva do cuidado em saúde, seja ele realizado na AB, como nos serviços especializados existentes de forma mais clara, ou por meio de uma tentativa de especificar as atribuições de cada serviço contemplando o maior número de demandas que o cuidado do sujeito com TEA pode exigir.

Ainda em conjunto, construímos um fluxo de rede e pontos de atendimento, com reflexões importantes acerca do papel de cada serviço e de como poderíamos acolher as famílias, atender as demandas compreendidas como situação de crise, ações da reabilitação psicossocial, terapia multidisciplinar, assim como os demais serviços também puderam delinear seu fazer diante das necessidades encontradas.

Há também um tensionamento para que as UBS's do território aprimorem um pouco seu papel ao retomar o uso da Caderneta da Criança como instrumento base para o monitoramento do desenvolvimento infantil, e base central para busca de ações matriciais dentro e fora da unidade. As equipes Multidisciplinares vão sendo mais acessadas para ofertar orientações pontuais e na articulação com o CAPSIIJ, constroem grupos de intervenção em que a proposta da vigilância do desenvolvimento fica mais robusta e assertiva, fazendo

encaminhamentos mais diretivos, e de acordo com a necessidade da criança em questão.

Em 2019 o AMA-e Ped (Ambulatório de Especialidade Pediátricas) chega ao território para compor a rede. Por meio dos telematriciamentos, discussão de casos para o diagnóstico e o acionamento da rede de reabilitação, oferece avaliação neurológica e psicológica para casos de autismo, além da reabilitação multiprofissional para crianças de até 6 anos completos.

Com a Pandemia Covid-19, com início em 2020, muitas dessas ações são extintas ou reduzidas, pois grande parte das equipes foram dimensionadas para o enfrentamento da Pandemia e, conseqüentemente, as ações com foco na saúde mental, incluindo o TEA, tanto os atendimentos quanto, o GT foram reduzidos ou extintos em detrimento do isolamento social imposto pela Pandemia. O GT do TEA da STS CL passa por uma importante quebra de suas discussões e ações.

Quanto à assistência ofertada aos usuários e suas famílias, sofremos um período de diminuição de encontros presenciais e das ações grupais nos mais diferentes pontos da rede. Os serviços foram orientados a realizar monitoramento por meio do teleatendimento. Tal monitoramento foi realizado principalmente pelo CAPSij, UBS's, AMA-e Ped e CER.

Essa lacuna no cuidado, nos traz para uma reflexão importante, que de fato, o cuidado prestado às crianças e adolescentes com TEA e seus familiares se faz e refaz de outros modos, cabendo ressaltar que a

presença e o presencial são fundamentais para a continuidade dos aprendizados. Pensamos que o corpo a corpo contém propriedades que o virtual não contempla, apesar de que nessa lacuna digital, os profissionais adentraram em suas casas, tiveram a oportunidade de conhecer o conteúdo real das narrativas que às vezes apareciam nos encontros presenciais e pouco tínhamos ideia daquele conteúdo, mas ainda assim, foram estabelecidos contatos sem o tato, sem o cheiro, sem a vibração de um cotidiano vivo e real.

Em 2021, com o regresso das presenças, as equipes precisaram se reorganizar para os encontros presenciais, o GT do TEA retoma seus encontros e novos delineamentos são realizados em todos os pontos da rede, tentando dar conta de demandas até então não acessadas, mas necessárias de serem cuidadas. Surge então a ideia da composição do TEAR, organizada por um coletivo de serviços que tinha como base, o reencontro com a rede e a construção de um cuidado voltado ao TEA, reconstruindo o olhar para a demanda e o papel de cada ponto da rede de Atenção em Saúde do Campo Limpo e Capão Redondo.

O cotidiano da clínica no CAPSIJ

O avanço nas discussões para organizar o caminho do paciente com TEA dentro do CAPSIJ permitiu uma construção pautada em ações que irão constituir o projeto terapêutico singular a saber, e também na qualificação da avaliação dos usuários inseridos. Os profissionais dentro do CAPS IJ têm se debruçado cada vez mais em reflexões acerca desses pontos.

O momento do Acolhimento é a chegada da criança/adolescente e suas famílias ao CAPS IJ para escuta inicial das queixas e demandas que os levaram ao serviço. O CAPS é um serviço de porta aberta, sem necessidade de agendamento prévio. Nessa consulta se avalia a gravidade e necessidade de cuidado, traçando aqui o projeto terapêutico singular (PTS) inicial, pactuado com a família de modo a garantir a adesão da continuidade.

Nesse processo de avaliação questionamos acerca da agressividade no autismo, traçamos dados quanto à autorregulação (comunicação ineficaz, emocional/sensorial) devido a rigidez e interesse restrito; comportamentos desafiadores devido a fragilidade nos contornos; assim como a associação desses fatores.

Nossa pergunta central é: Que caminho o usuário pode percorrer a partir da identificação, e estratificação, da gravidade na perspectiva terapêutica?

Com relação aos prejuízos graves e persistentes, os quais justificariam a inserção no CAPS IJ de crianças com hipótese diagnóstica TEA, quais são os objetivos terapêuticos do CAPS IJ, e dos outros serviços? O que seria preciso para que um serviço não ocupe uma das lacunas da rede. Questionamentos como esses nos levam refletir acerca da função de cada serviço na rede.

Ainda no momento da avaliação investigamos a respeito de um dos sinais intimamente ligados ao diagnóstico do TEA que é a questão da interação social. Quando um usuário chega ao nosso serviço, é preciso ponderar quando seria o momento oportuno de inserção em

grupo, uma vez que a inserção no momento inadequado poderia gerar uma sobrecarga sensorial, e em decorrência dela, uma crise.

ostaríamos também de compartilhar a importância de trabalhar cuidadosamente os conceitos de grave/moderado e leve no TEA para avaliação de nível de suporte necessário (substancial/parcial/pouco) baseado na tríade do TEA (Linguagem/Interesse restrito e interação social) e a nossa reabilitação nessa perspectiva perceber em que item de possibilidades de intervenção será o maior investimento, justificando a intensividade do PTS e os objetivos deste a curto/médio e longo prazo. Nessa direção, temos investido nas avaliações das especificidades de profissionais (atuação nuclear), como por exemplo: pedir avaliação fonoaudiológica para o usuário baseado em um aspecto específico do PTS, contudo, sempre com a preocupação de reproduzir modelo ambulatorial, no qual a criança é atendida por uma lista de especialistas, sem a construção de um projeto de cuidado compartilhado.

Após o momento de chegada no serviço, o PTS será composto por diversas ações:

1. *Atendimento de referência*: momento no qual o profissional senta-se com a família e o usuário para fazer a organização e reavaliação do PTS na perspectiva psicossocial de avanços na autonomia, garantia de direitos, melhora dos comportamentos que prejudiquem ou impeçam a permanência nos espaços do território, ou interfiram qualidade das relações interpessoais.
2. *Atendimento médico (psiquiatra infantil/ neuropsiquiatria)*: momento no qual se avalia a necessidade de intervenção medicamentosa e clínica, além de compor o processo diagnóstico e avaliativo.
3. *Consulta de Enfermagem*: momento de avaliar as condições clínicas de uma forma ampla que considere todas as esferas da saúde.

4. *Convivência*: Espaço de permanência com terapeutas durante algum período pré determinado para observação de comportamentos que não foram observados durante a consulta, ou de queixas que não ficam claras ou inespecíficas. Espaço também destinado para avaliar a qualidade das relações e o modo de manifestação dos desejos e necessidades.
5. *Acolhida diurna*: Ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
6. *Grupos terapêuticos*: os grupos terapêuticos são a principal forma de intervenção realizada pelos profissionais. A escolha desta modalidade, potencializa as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletivo, além disso responde a um cuidado com base territorial, ou seja, proporciona maior vinculação à comunidade, portanto, considera os determinantes sociais da saúde e suas iniquidades. Eles podem ter como foco as crianças, os adolescentes e os cuidadores. No CAPS IJ os grupos se dividem por faixa etária e se utilizam de estratégias terapêuticas como rodas de conversa, práticas corporais, operativos e de psicoeducação independente do diagnóstico, mas que se adequem às necessidades de cuidado, às demandas e aos desejos da criança/adolescente. Particularmente para a população com TEA, há grupos com maior direcionamento devido à singularidade de suas características divididos por faixa etária de 2 a 4 anos (Monta-Monta); de 5 a 12 anos (Centopeia) e Grupo para TEA com comportamentos de auto e heteroagressividade graves (Bolinha de Sabão) e Grupo Psicoeducativo para pais e cuidadores (formato remoto).

Já com relação às ações que desenvolvemos com os serviços da rede de saúde, podemos elencar o apoio matricial para as equipes da Atenção Primária para avaliação diagnóstica e construção de PTS e também acompanhamento do DNPM. Realizamos apoio e compartilhamento do cuidado com outros serviços especializados

(Ambulatório de especialidades pediátricas - AMAE Ped, Centro Especializado de Reabilitação - CER e APD) e também ações intersetoriais com a educação, equipamentos da assistência social e do terceiro setor (ONGS, associações, etc.).

Projeto TEAR: formação para trabalhadores da rede de saúde do território

Em 2022, o GT do TEA da STS observa a necessidade de apoiar as equipes de Atenção Primária à Saúde no cuidado de usuários com Transtorno do Espectro Autista, promovendo um espaço para aprimoramento na identificação e construção de cuidados.

As propostas foram delineadas nas reuniões do matriciamento dos serviços especializados (CAPSIJ CL, AMA-e Ped e CER) que levaram para a STS CL onde foram realizados os ajustes quanto ao conteúdo e organização dos encontros.

O objetivo central desse espaço de formação continuada foi de “Aprimorar a identificação e manejo de casos de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista no território da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo junto aos diversos serviços e atuar de forma propositiva no fortalecimento do cuidado em rede”.

O Projeto TEAR traz como proposta a realização de 8 encontros com 4 horas de duração, onde retomamos ações de baixa, média e alta complexidade no cuidado para o TEA, apoiando a reconstrução dos papéis dos serviços e aprimorando o olhar e a prestação dos cuidados de

prevenção, monitoramento, intervenção e acionamento da rede de forma mais ordenada a partir dos fluxos estabelecidos por esta STS CL.

Teve como norteador a presença de profissionais dos serviços do território da STS CL, foi recomendado a participação de 1 enfermeiro e 1 profissional da equipe multidisciplinar por UBS. Tivemos representantes dos seguintes serviços: Unidades Básicas de Saúde da STS CL, CAPS Infante Juvenil, CER III Campo Limpo, Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) Santo Dias, CECCO Campo Limpo, Apoio da Pessoa com Deficiência (APD) Campo Limpo e APD Capão Redondo, Comitê Infância e Adolescência APS e Rede do Hospital Israelita Albert Einstein, CAPS Adulto Paraisópolis, AMA-E Pediátricas, CAPS Adulto II Jardim Lídia, Instituto Jô Clemente, Coordenadoria Regional de Saúde Sul (Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da Criança e Adolescência e Saúde Mental) e GT TEA da STSCL, totalizando aproximadamente 90 participantes. Também tivemos a participação de profissionais do Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão (CEFAl), vinculado à Delegacia Municipal de Ensino.

Ainda como uma ação em rede, buscamos um espaço em que todos (a rede) pudessem ter acesso e que contemplaria de forma cuidadosa e acolhedora os participantes e a equipe que organizou e/ou apresentou discussões a respeito dos eixos e temáticas propostas.

Os assuntos e temas abordados foram pensados em conjunto, sempre levando em consideração as questões do TEA e as vivências desta rede de cuidados em saúde, acionando profissionais do CAPSij,

do AMA-e Ped, CER, UBS's, Escolas e profissionais sensíveis à temática, que se articulavam com o cuidado antes, durante e após período pandêmico.

Essa proposta formativa, trouxe temas importantes como avaliação, utilização da Caderneta da Criança, o papel das equipes ESF e eMulti, ação matricial, o papel da Atenção Psicossocial, da Reabilitação, impactos das disfunções sensoriais e manejos desta rede, ações do âmbito escolar, intervenções em conjunto com as famílias, relatos de experiências e a construção de uma proposta de cuidado via APS para crianças e adolescentes com TEA.

Após o término dos 8 encontros, a STS CL e os serviços da rede demoraram a retomar seus encontros e discussões, mas como resultado da ação, observamos que de fato toda a estrutura foi sensibilizada, e o CAPSij passa a compor outras discussões em rede e recebendo encaminhamentos mais delineados, assim como determinados pontos sensíveis apontam necessidades de melhora para atender o "BOOM" dos diagnósticos que mais adiante falaremos.

Matriciamento dos serviços especializados

Após a implementação do Fluxo de Cuidado da Criança e Adolescente com o diagnóstico de TEA, os serviços especializados CAPSIJ, AMA-e Ped e CER observaram a necessidade de um espaço contínuo para o diálogo do cotidiano da clínica de cada serviço, uma vez que surgiu, com o decorrer do andamento do Fluxo, a necessidade do

cuidado compartilhado, trocas de possibilidades de manejo assim como de leitura sobre um determinado comportamento/sintoma.

Nessa direção, em setembro de 2021, organizamos encontro de apoio matricial com os serviços especializados. Sua frequência se torna mensal com representantes de cada serviço. Os temas das discussões partiam das demandas dos usuários que estavam, em, pelo menos, um dos pontos da rede.

Inicialmente observamos que a temática da agressividade e a dificuldade dos serviços em acessar o usuário para a realização de uma proposta terapêutica mobilizou nesse espaço de matriciamento importantes discussões. A impressão que tínhamos é que devido o “enquadre” do CAPS ser mais fluido (por exemplo pelo fato dos pais participarem dos atendimentos, de realizarmos as intervenções nas salas de atendimento, mas também em parquinhos e cozinha) fazia com que as dificuldades narradas pelos demais serviços, que pautavam sua intervenção no modelo da clínica tradicional, não eram apresentadas para nossa equipe.

Foi necessário muito diálogo até mesmo para problematizar que as dificuldades narradas pelos profissionais, não era, necessariamente, uma dificuldade do usuário, mas dizia, inclusive, da forma como os serviços são estruturados para que o usuário, independentemente de suas características, se adapte nas instituições que propõe cuidá-lo. Com o passar dos encontros foi observado que os serviços estavam mais próximos na compreensão das atribuições do outro equipamento, assim

como também passaram a utilizar tecnologias de cuidado que se inspiraram a partir das discussões realizadas.

Uma nova etapa desse espaço de apoio matricial foi convidar a APS para trazer demandas que entendiam que os serviços especializados poderiam contribuir por intermédio do apoio matricial. Infelizmente sob este novo modelo tivemos dificuldade para que a APS conseguisse participar da forma como desejávamos e no momento atual da escrita deste relato (novembro/2023) este coletivo tem problematizado ocupar os espaços de matriciamento intersetorial para fortalecer estratégias de inclusão antipacitistas.

O “boom” de diagnóstico de TEA e a relação com a medicalização da infância

O diagnóstico do TEA merece uma discussão aqui neste capítulo para trazer elementos de reflexão acerca do impacto na vida cotidiana dessas crianças em seus espaços de convivência familiar, escolar e social. Segundo dados epidemiológicos recentes sobre a prevalência do Autismo na população temos o da CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças) Norte Americana que atualiza seus dados há cada dois anos em uma população de crianças até 8 anos de idade, é que 1 a cada 36 crianças americanas são autistas (Março, 2023), ou seja 2,8% daquela população. No mesmo estudo, a porcentagem de diagnósticos de autismo entre asiáticos (3,3%), hispânicos (3,2%) e negros (2,9%) foram maiores do que entre as crianças brancas de 8 anos (2,4%). Isso é o oposto das diferenças raciais e étnicas observadas nos

estudos anteriores do CDC. Essas mudanças podem refletir uma melhor triagem, conscientização e mais acesso a serviços entre grupos historicamente mal atendidos nos EUA.

No Brasil, não temos números de prevalência de autismo. Se fizermos a mesma proporção desse estudo do CDC com a população brasileira, poderíamos ter cerca de 5,95 milhões de pessoas com autismo. No Censo 2022, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fez a inclusão de uma pergunta sobre autismo no seu Questionário de Amostra. Embora fosse um questionário mais detalhado, ele foi utilizado numa parcela menor da população (11%). A pergunta é a seguinte: “Já foi diagnosticado(a) com autismo por algum profissional de saúde?”, tendo sim ou não como resposta. O resultado final do Censo está previsto para até 2025. Sobre estes dados e realizando um paralelo com o Brasil podemos observar que a população SUS dependente brasileira apresenta maior acesso à saúde com as equipes de saúde da família e também maior acesso a encaminhamento a especialistas médicos e de equipes multidisciplinares.

A informação por meio da internet e também das redes sociais é um fator importante para a conscientização dessa questão, mas que vem ganhando um cenário da medicalização da população infantojuvenil. Na atenção primária, essa questão é trazida na ótica da prevenção quaternária que é a ação de identificar pacientes em risco de sobremedicalização, para protegê-los de novas invasões médicas e sugerir-lhes intervenções eticamente aceitáveis. O CAPS IJ nesse esforço compartilhado da prevenção quaternária com a atenção primária

enfrenta grandes desafios em sensibilizar a rede de educação no processo e também de reordenar filas de espera para a especialidade da neurologia por exemplo, ou seja, qualificando demais profissionais da equipe multidisciplinar e matriciando de forma mais robusta a rede intersetorial e de educação.

Por outro lado, após a Pandemia COVID-19, e a imposição do isolamento social, também foi possível observar em nossa rotina de trabalho um aumento significativo de crianças que chegaram ao CAPS IJ munidos de relatórios médicos que sugeriam um quadro de TEA, entretanto apresentavam um atraso na comunicação, ausência de tempo com outras crianças e excesso de uso de telas. Ainda estamos em processo de resgatar os impactos que a Pandemia traçou na história das crianças. Em nosso espaço de matriciamento com a rede da educação também observamos esse aumento no relato dos professores e coordenadores.

Velhos e Novos desafios, um caminho a percorrer

Diante de tantas idas e vindas, de tantos progressos e construções mais orgânicas, retrocessos políticos em relação à fomentação das institucionalizações e da medicalização do autismo, e os atravessamentos dos mais diversos, ainda nos colocamos em questionamento: "quais são as leituras que fazemos em relação aos desafios da Atenção Psicossocial junto às crianças e adolescentes com TEA e seus familiares/cuidadores?"

Pensamos aqui que é sempre importante lembrarmos da legislação do SUS (BRASIL, 1990), que é o que nos rege enquanto diretriz maior, em que o acesso aos CAPS IJ é muitas vezes a porta de entrada para a primeira conversa e onde o acolhimento da angústia surge com um misto de medo e desinformação, e que muitas vezes precisará da articulação com outros pontos da rede para de fato iniciarmos esse processo de cuidado. Ainda em relação a todo esse caminho é importantíssimo lembrar que os CAPS não nasceram para ser, e jamais serão ambulatoriais ou instituições totais (na perspectiva de responder a todas as demandas dos sujeitos com autismo), o CAPS tem em sua história a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica de grande peso, e que sempre lutará contra as institucionalizações, a segregação e o isolamento (Amarante, 2010). A bandeira de defesa por uma sociedade mais justa, mais igualitária e equitativa sempre abrirá, grandes discussões e muita ação por detrás da cortina que se vê.

Enquanto ações diretas com as famílias e os usuários, é nosso papel a aproximação com a vida e o real, na tentativa de minimizar a "comercialização do sofrimento das famílias e do autismo", é do nosso escopo o incentivo às rodas de conversa e grupos com os familiares, é diretriz a criação e a manutenção dos espaços grupais dos mais diversos e plurais fazeres, e não regidos exclusivamente e somente para o diagnóstico do TEA. Cabe a nós a construção de acessos mais assertivos e afetuosos, construindo a cada dia um novo passo, rumo à Saúde Mental.

Sabemos ainda que percorrer por este caminho, é algo sem volta no que diz respeito aos afetos, aos encontros e às chances de trilhar uma história que vem na contramão dos ambulatórios e dos treinos intensos que atualmente vem sendo comercializados mundialmente, assim como diariamente, tentamos cocriar relações possíveis, acesso à liberdade do existir e do desejo que pode e deve ser escutado, evitando sempre a reprodução da técnica mas tendo balizadores que nos ajudam a estar-com e produzir-com e jamais fazer-para ou desejar-pelo outro.

Reconhecemos também que a todo momento somos tensionados a responder um cuidado pautado por uma lógica privatista que não leva em consideração o viver em comunidade, as desigualdades sociais, a precarização das políticas públicas, entretanto reconhecemos que não é este o lugar do CAPS IJ.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Editora Fiocruz. 2010. <https://portal.fiocruz.br/livro/loucos-pela-vida-trajetoria-dareforma-psiquiatrica-no-brasil>
- BRASIL, 2011. *Portaria 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 (SUS).
- BRASIL, 2004. *Saúde mental no sus: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da saúde. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL, 2002. *Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece as modalidades dos serviços caps no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

- BRASIL, 2001. *Lei 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.
- BRASIL, 1990. *Lei 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- CUNHA GT, CAMPOS GWS. *Apoio matricial e atenção primária em saúde*. Saúde soc. 2011
- GOMES JUNIOR, W. R., & TEIXEIRA, D. S. (2023). Cada línea tiene un punto de partida: un informe de un psicólogo residente sobre la construcción de la Línea de Atención Sanitaria Infantil y Juvenil Dias d'Ávila/BA. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e4237. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2023.e4237>
- KAHHALE, E. M. S. P.; COSTA, M. A.; MONTREOZOL, J, R. A *clínica psicológica: da tradição alienante à potência sócio-histórica do sujeito*. Revista: Psicologia Política. vol. 20. n.49. pp. 702-718. 2020
- MENDES EV. *As redes de atenção à saúde*. 2. Ed. Brasília: organização pan-americana da saúde; 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2009). *Secretaria de atenção à saúde, política nacional de humanização da atenção e gestão do sus*. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF.
- PAOLI, J.; MACHADO, P, F, L. Autismos em uma perspectiva histórico-cultural. *Revista gesto-debate, Campo Grande - MS, VOL.22, N. 31, P.534-565, JAN/DEZ 2022*.
- STARFIELD B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002.
- TESSER, C.D - *Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária a saúde*. O Mundo Da Saúde, São Paulo, 2012.

CAPÍTULO 7

SAÚDE MENTAL E ABORDAGEM DO SOFRIMENTO MENTAL COMUM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rafael Nunes da Silva

Carla Rafaela Donegá

Ricardo Jonathan Feldman

SAÚDE MENTAL, SAÚDE FÍSICA E ESTRESSE

Ter saúde mental está muito longe de significar ausência de doenças mentais. Podemos dizer que a saúde mental engloba, entre outros fatores, a nossa sensação de bem-estar e harmonia, a nossa habilidade em manejar de forma positiva às adversidades e conflitos do cotidiano, o reconhecimento e respeito dos nossos limites e deficiências, nossa satisfação em viver, compartilhar e se relacionar com os outros. Dessa forma, algo muito maior e anterior ao início dos transtornos mentais (OMS, 2022).

Uma boa saúde mental nos possibilita decidir com mais confiança e clareza, nos torna mais fortes emocionalmente para lidar com frustrações, limitações e nos concede tranquilidade para formar bons relacionamentos e vínculos (OMS, 2022).

É importante lembrar que mesmo pessoas que possuam algum transtorno psíquico podem ter uma excelente saúde mental. Por outro lado, mesmo na ausência de um transtorno, pode-se ter uma saúde mental pobre, comprometida, que favorece o declínio funcional geral, impedindo o crescimento pessoal (*Languishing*). Isso acontece porque,

ainda que se tenha um diagnóstico bem estabelecido, este pode estar compensado, possibilitando muitas vezes uma vida normal e o desenvolvimento, o crescimento e a evolução individuais (*Flourishing*) (WESTERHOF; KEYS, 2010).

Mente e corpo são indissociáveis. Os estados psíquico e psicológico de um indivíduo estão intimamente ligados ao funcionamento de seu corpo, ou seja, viver com pouca saúde mental compromete a saúde física. É o que observamos nas doenças psicossomáticas, diretamente relacionadas aos fatores emocionais, psicológicos e psiquiátricos: fatores estressores podem originar ou piorar condições como úlcera péptica, asma brônquica, enxaqueca, hipertensão arterial, dermatoses, entre outras (FELDMAN *et al*, 2017).

Doenças graves e incapacidades físicas, como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e traumas físicos, podem favorecer o desenvolvimento de alterações mentais; da mesma maneira, nossas emoções também podem desencadear alterações físicas como doenças autoimunes, processos dolorosos crônicos diversos, e, até, IAM e AVC: tanto no caso de AVCs quanto no de IAMs são descritas taxas de comorbidade com depressão em até um terço dos pacientes (FELDMAN *et al*, 2017).

Outras patologias, por sua vez, simulam e/ou cursam com sinais e sintomas psíquicos: o hipotireoidismo pode apresentar-se com manifestações depressivas como apatia, fadiga, lentificação, sonolência, e é diagnóstico diferencial entre as síndromes depressivas; no lúpus

eritematoso sistêmico e na epilepsia, sintomas psicóticos eventualmente ocorrem (FELDMAN *et al*, 2017).

O estresse crônico é hoje considerado um dos grandes desafios a nossa saúde mental e, da mesma forma, a nossa saúde física. Quando recebemos uma fonte de estresse, seja interna, externa, física ou emocional, nosso corpo reage para manter a homeostase e a sobrevivência àquele estresse agudo. Isso ocorre pela liberação de hormônios pelo hipotálamo, passando pela glândula pituitária, até chegar nas adrenais, com liberação de glicocorticoides e outras substâncias e, em paralelo, pelo acionamento de vias noradrenérgicas pelo sistema nervoso simpático. A ação desses hormônios visa preparar o corpo para o estresse recebido, combatê-lo, reparar o que foi danificado, e, se possível, restabelecer o equilíbrio do organismo (JURUENA *et al*,2020).

O principal mecanismo que o organismo possui para realizar todo esse caminho de cura é o processo inflamatório, promovido pelo sistema imunológico. Nosso sistema de defesa é capaz de combater as ameaças à homeostase, mas também pode danificar órgãos e tecidos para isso. Assim, apesar do processo inflamatório ser essencial à sobrevivência, quando estimulado ou inibido de forma exagerada - seja por uma resposta demasiado prolongada e intensa ou por sua supressão contínua - pode levar ao desenvolvimento de lesões teciduais e doenças crônicas como infecções, neoplasias, doenças cardiovasculares, autoimunes, pulmonares e transtornos mentais, diretamente pela ação

desarmônica do sistema imune (BEUREL; TOUPS; NEMEROFF, 2020).

O papel principal nesse contexto é de uma complexa rede chamada de sistema neuro-psico-endócrino-imuno devido às influências dos sistemas neurológico, psicológico, endocrinológico e imunológico, entre si e com o organismo - formado principalmente pelo eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal, pelo Sistema Nervoso Simpático e suas relações com o sistema imune (SADOCK; SADOCK, 2017, LIMA, 2018).

CONCEITUAÇÃO DE SOFRIMENTO MENTAL COMUM

Pode-se definir sofrimento mental comum como uma série de experiências emocionais e psicológicas negativas que muitas pessoas enfrentam em algum momento de suas vidas. Isso pode incluir sentimentos de ansiedade, tristeza, estresse, preocupação ou até mesmo episódios de depressão leves. O sofrimento mental comum é uma parte normal da vida e pode ser causado por diversos fatores, como eventos estressantes, mudanças na vida, perdas, entre outros (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Trata-se de um conceito mais subjetivo do que objetivo, pois pode variar de pessoa para pessoa e de cultura para cultura - algo que pode ser considerado comum em uma cultura e pode ser visto de forma diferente em outra. Não há critérios absolutos ou universais que definem o que é considerado "comum" em termos de sofrimento mental. No entanto, profissionais de saúde mental e pesquisadores geralmente

consideram que o sofrimento mental comum envolve reações emocionais e psicológicas que são esperadas em face de eventos estressantes ou adversidades cotidianas. Essas reações podem incluir sentimentos que não necessariamente atendem aos critérios clínicos de um transtorno mental específico. Sendo assim, é importante reconhecer tais sentimentos e buscar apoio, seja conversando com amigos, familiares ou profissionais de saúde mental, caso o sofrimento se torne persistente ou difícil de lidar, afetando significativamente o funcionamento diário do indivíduo (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

SOFRIMENTO MENTAL E SEUS ESTIGMAS

O sofrimento mental comum é uma realidade que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, permanecendo muitas vezes oculto pelos estigmas sociais. Na sociedade atual, as pressões da vida moderna, como o trabalho excessivo, as expectativas sociais e a constante exposição às mídias sociais, têm contribuído para o aumento dos problemas de saúde mental. No entanto, muitas pessoas hesitam em buscar ajuda devido ao estigma associado aos transtornos mentais (OMS, 2022).

Esses estigmas criam barreiras significativas para a busca de ajuda e tratamento adequado. Muitos indivíduos têm medo de serem rotulados como "fracos" ou "incapazes" se admitirem seus desafios emocionais. Isso não apenas impede o acesso à ajuda necessária, mas também perpetua a ideia de que o tema saúde mental seja um tabu e o sofrimento psíquico algo de que se envergonhar (BOTEGA, 2012).

Consciente e/ou inconscientemente, a sociedade em geral marginaliza as questões psíquicas e prioriza o prazer e as aparências, o que resulta em cada vez mais jovens fragilizados emocionalmente, completamente despreparados para o enfrentamento de frustrações, pressões e perdas inerentes à humanidade (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Nesse contexto, profissionais de saúde - especialmente na APS - despreparados para identificar e contornar tais barreiras e peculiaridades socioculturais tornam-se mais um obstáculo na busca por cuidados oportunos e resolutivos. Esse atraso no acesso a profissionais e serviços de saúde efetivos, por sua vez, amplia e cronifica situações de sofrimento, culminando no isolamento social daquele que sofre, no aumento da morbidade, na piora da qualidade de vida, no surgimento de um transtorno mental mais bem definido, e, finalmente, no aumento dos custos em saúde (OMS, 2008).

APS, COVID-19 E SOFRIMENTO MENTAL

A pandemia de Covid-19 tem sido associada a um aumento significativo nos casos de sofrimento mental na população geral. O isolamento social, a incerteza, o medo da doença e as mudanças drásticas no estilo de vida podem gerar ansiedade, estresse e depressão em muitas pessoas. Além disso, a sobrecarga dos sistemas de saúde e a perda de entes queridos também contribuem para o aumento dos problemas de saúde mental. É crucial fornecer apoio psicológico e recursos para ajudar as pessoas a enfrentarem esses desafios após a pandemia

(PFEFFERBAUM; NORTH, 2020, VINDEGAARDD; BENROS, 2020, YAO; CHEN; XU, 2020, OMS, 2020, PAPPA, *et al*, 2020).

Nesse cenário desafiador, os serviços de atenção primária atuam como a primeira linha de suporte para a população geral. No SUS, as equipes ampliadas – compostas pelas equipes de estratégia de saúde da família (ESF) em conjunto com a Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) – são responsáveis pelo primeiro contato e primeiras intervenções no sentido de acolher e solucionar as queixas mais frequentes da população adscrita. Algumas das principais funções são (BRASIL, 2023; SÃO PAULO, 2023; CASTRO; WENCESLAU, 2023):

- Identificação precoce: identificar sinais precoces de sofrimento mental, como ansiedade, estresse ou depressão, por meio de triagem e avaliação adequadas.
- Aconselhamento e apoio: aconselhamento e apoio psicológico para as pessoas que estão enfrentando dificuldades emocionais devido à pandemia. Isso pode ajudar a reduzir o impacto negativo do estresse e melhorar o bem-estar geral.
- Encaminhamento especializado: Caso necessário, os profissionais da APS encaminham os pacientes para serviços de saúde mental especializados, como psicólogos, psiquiatras ou outros profissionais qualificados para atender a necessidades específicas - dentre eles o Serviço Social que, através do eMulti e dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS), oferece orientações e suporte qualificados para assuntos socioeconômicos e, muitas vezes, trabalhistas.
- Educação e prevenção: educação em saúde para a população sobre saúde mental, oferecendo informações sobre como lidar com o estresse, ansiedade e outras questões emocionais durante e após a pandemia.

- Acompanhamento contínuo: oferecendo suporte ao longo do tempo, a APS monitora o progresso e faz ajustes no plano terapêutico conforme necessário.

A APS tem se mostrado essencial para abordar as necessidades de saúde mental da população em meio à Covid-19, ajudando a reduzir o impacto negativo da crise de saúde pública sobre o bem-estar mental das pessoas (DISTRITO FEDERAL, 2021).

ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA APS

A abordagem do sofrimento mental comum na APS mostra-se uma estratégia eficaz para lidar com problemas que não atingem critérios diagnósticos específicos, mas que ainda assim causam sofrimento significativo. Essa abordagem reconhece que muitos transtornos mentais podem se manifestar de forma leve ou moderada e podem ser tratados de maneira adequada nas unidades básicas de saúde - pelas ESF e eMulti - que desempenham papel fundamental no diagnóstico, tratamento e acompanhamento desses casos, cada vez mais comuns. Os profissionais da APS devem ser treinados para identificar sinais precoces de transtornos mentais e oferecer escuta qualificada e a possibilidade de um projeto terapêutico personalizado, singular. Além disso, quando necessário, podem encaminhar os pacientes para serviços especializados (CASTRO; WENCESLAU, 2023, SÃO PAULO, 2023).

Intervenções baseadas na abordagem do sofrimento mental comum incluem terapias cognitivo-comportamentais breves, aconselhamento psicológico, avaliação socioambiental, promoção do

autocuidado e prescrição de medicamentos, quando apropriado. Essas abordagens são centradas no paciente e visam melhorar a qualidade de vida, reduzir sintomas e prevenir a progressão para transtornos mentais mais graves; importante ressaltar que a abordagem do sofrimento mental comum na APS requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde. A colaboração entre esses profissionais é essencial para garantir uma abordagem abrangente e eficaz (CASTRO; WENCESLAU, 2023, SÃO PAULO, 2023).

Essa equipe ampliada, multiprofissional, desempenha papel central na abordagem integral ao sofrimento mental comum na APS. Cada profissional traz habilidades e conhecimentos específicos que podem contribuir para um cuidado abrangente e resolutivo a todos que necessitem. Aqui estão algumas maneiras pelas quais a equipe multiprofissional pode atuar positivamente nesse contexto (SÃO PAULO, 2023):

- **Avaliação abrangente:** A equipe multi pode realizar uma avaliação detalhada dos pacientes, considerando não apenas os sintomas mentais, mas também fatores biopsicossociais e financeiros – como questões trabalhistas. Cada profissional pode trazer uma perspectiva única para identificar e compreender os diferentes aspectos do sofrimento mental comum no contexto específico de cada pessoa.
- **Diagnóstico diferencial:** Com base na avaliação abrangente, a equipe multi pode auxiliar na realização de um diagnóstico diferencial amplo e adequado. A colaboração entre diferentes profissionais pode ajudar a identificar sinais e sintomas específicos, descartar outras condições médicas e garantir uma compreensão mais precisa do sofrimento mental comum.

- Planejamento de tratamento personalizado: Com base na avaliação e diagnóstico, a equipe colabora na criação de um plano de tratamento personalizado para cada paciente – o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Isso pode envolver a combinação de intervenções farmacológicas, terapias psicológicas, aconselhamento, autocuidado e outras abordagens – inclusive no que tange a questões socioeconômicas, conforme apropriado para cada caso.
- Coordenação de cuidados: A equipe ampliada desempenha papel fundamental na coordenação dos cuidados. Isso inclui o compartilhamento de informações relevantes entre os diversos profissionais, o estabelecimento de protocolos de acompanhamento e a garantia de uma comunicação eficaz para que a pessoa receba todo o suporte necessário de forma contínua - respeitando sempre os preceitos éticos, especialmente no que se refere ao sigilo.
- Educação e empoderamento: Através da educação em saúde, pode-se capacitar a população sobre o sofrimento mental comum, fornecendo informações sobre estratégias de enfrentamento, promovendo habilidades de autocuidado e ajudando na tomada de decisões informadas sobre o tratamento. Isso capacita as pessoas a se envolverem ativamente em seu próprio cuidado e melhora a adesão ao tratamento.
- Suporte contínuo: A equipe ampliada pode fornecer acompanhamento regular, disponibilidade para esclarecimentos de dúvidas e ajustes no plano de tratamento conforme necessário. Isso ajuda a promover a continuidade do cuidado e o manejo adequado do sofrimento mental comum a longo prazo.

Em resumo, a colaboração interdisciplinar, o compartilhamento de conhecimentos e a coordenação dos cuidados permitem uma abordagem mais abrangente, personalizada e eficaz para atender às necessidades das pessoas.

SAÚDE MENTAL E AUTOCUIDADO

Entende-se que a interdisciplinaridade possibilita a interação entre diversas áreas de conhecimento que são importantes para atingir o indivíduo de forma integral. Ela busca a conexão entre os conhecimentos, respeitando suas especificidades e diferenças, buscando o preenchimento de lacunas deixadas pela execução de um trabalho isolado dos profissionais. Acredita-se que a interação interdisciplinar entre múltiplas áreas não interfere na autonomia dos profissionais e pode trazer inúmeros benefícios para os pacientes (SOUSA; RIBEIRO, 2023).

Para manter uma saúde mental equilibrada alguns cuidados interdisciplinares são fundamentais:

- Alimentação saudável, evitando gorduras, frituras, industrializados, embutidos, excesso de carboidratos: “descasque mais, desembulhe menos” (GERALDO; ALFENAS, 2008);
- Padrão de sono adequado, reparador, mantém e restabelece a energia adequada às nossas funções orgânicas e à realização de atividades cotidianas (CORRIGAN, 2018);
- Psicoterapia para autoconhecimento, reconhecimento de qualidades e vulnerabilidades, e auxílio no enfrentamento do estresse (CORRIGAN *et al.*, 2012);
- Evitar o uso abusivo de substâncias psicoativas (BOTEGA, 2012);
- Equilíbrio do tempo dedicado entre o trabalho, a família, o lazer e os amigos, uma rotina harmoniosa, minimizando sobrecargas de trabalho, por exemplo (GOLDBERG *et al.*, 2018);
- Evitar o sedentarismo através da prática regular de atividades físicas (GILBODY *et al.*, 2006).
- Relaxar a mente através de meditação, técnicas de respiração e *mindfulness*, liberam substâncias endógenas que promovem bem-estar e auxiliam na gestão do estresse (GOLDBERG *et al.*, 2018);

- Exercitar a espiritualidade, objetivando um sentido maior à vida, um propósito, facilitando o enfrentamento de situações difíceis e o alcance de objetivos (GOLDBERG *et al.*, 2018);
- Cultivar bons relacionamentos e vínculos com familiares, amigos e colegas de trabalho permite construir sentimentos de acolhimento, parceria, confiança e amor (GOLDBERG *et al.*, 2018);
- Praticar a solidariedade, buscando fazer o bem para a comunidade (GOLDBERG *et al.*, 2018);

CONCLUSÃO

Combater estigmas, ampliar o acesso a uma APS qualificada e resolutiva e incentivar e informar corretamente a população são ações essenciais para que a sociedade promova conscientização e compreensão. Incentivar conversas abertas sobre saúde mental, educar as pessoas sobre os sinais de problemas emocionais e oferecer apoio sem julgamentos são passos cruciais para reduzir preconceitos e permitir que aqueles que sofrem busquem o tratamento de que precisam. Todos têm o direito a uma saúde mental de qualidade, e é responsabilidade dos profissionais da APS, em conjunto com a sociedade, desafiar as barreiras que impedem que esse objetivo seja alcançado.

REFERÊNCIAS

BEUREL, E.; TOUPS, M.; NEMEROFF, C. B. *The bidirectional relationship of depression and inflammation: double trouble*. Neuron, v. 107, n. 2, p. 234-256, 2020.

BOTEGA, N.J. *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e Emergência*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Com novas especialidades, Ministério da Saúde retoma investimento em equipes multiprofissionais em todo*

Brasil. 23 de maio de 2023. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/noticia/21417#:~:text=%22O%20eMulti%20retoma%2C%20inova%20e,era%20parte%20estruturante%20do%20SU>
S. Acesso em: 06 de janeiro de 2024.

CASTRO, F.A.G.; WENCESLAU, L.D. *Abordando o sofrimento comum na atenção primária em 7 passos*. Livro eletrônico. 2023. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/ipab/files/2023/06/Cartilha-Abordando-o-Sofrimento-Mental-em-7-passos-1.pdf>. Acesso em: 06 de janeiro de 2024.

CORRIGAN, P.W.; MORRIS, S. B.; MICHAELS, P. J.; RAFACZ, J. D.; RÜSCH, N. *Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies*. *Psychiatric services*, v. 63, n.10, p. 963-973, 2012.

CORRIGAN, P.W. *The stigma effect: Unintended consequences of mental health campaigns*. Columbia University Press, 2019.

DISTRITO FEDERAL. Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Cuidados mentais em APS no contexto da pandemia e pós pandemia (COVID-19)*. 2021. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/62415/Cuidado+em+Sa%C3%BAd+Mental+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+Prim%C3%A1ria+em+Sa%C3%BAd+%28APS%29+no+contexto+da+pandemia+e+p%C3%B3s-pandemia++%28COVID-19%29.pdf>. Acesso em 06 de janeiro de 2024.

FELDMAN, R.J.; FILHO, D.S.; KANOMATA, E.Y.; NETO, A.M. *A psiquiatria no hospital geral*. In: Kernkraut AM, Silva AL, Gibello J. *O psicólogo no hospital. Da prática assistencial à gestão de serviço*. 1ª ed. São Paulo. Blucher. P 161-78, capítulo 10, 2017.

GERALDO, J. M.; ALFENAS, R. C.G. *Papel da dieta na prevenção e no controle da inflamação crônica: evidências atuais*. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 52, p. 951-967, 2008.

- GILBODY, S.; BOWER, P.; FLETCHER, J.; RICHARDS, D.; SUTTON, A. J. *Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes*. Archives of internal medicine, v. 166, n.21, p.2314-2321, 2006.
- GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P.. *Common mental disorders: a bio-social model*. Tavistock/Routledge, 1992.
- GOLDBERG, S. B.; TUCKER, R. P.; GREENE, P. A.; DAVIDSON, R. J.; WAMPOLD, B. E.; KEARNEY, D. J.; SIMPSON, T. L. *Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis*. Clinical psychology review, v. 59, p. 52-60, 2018.
- JURUENA, M.F.; EROR, F.; CLEARE, A.J.; YOUNG, A.H. *The Role of Early Life Stress in HPA Axis and Anxiety*. Anxiety disorders: Rethinking and understanding recent discoveries, p. 141-153, 2020.
- LIMA, P.T. *Bases da medicina integrativa*. 2ª ed. São Paulo: Editora Manole, Capítulo 1, Introdução; p. 1-23, 2018.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization; 2008.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. *Mental Health and Psychosocial Considerations During the COVID-19 Outbreak*, 2020.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. *Mental health*. 17 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 30 de setembro de 2023.
- PAPPA, S.; NTELLA, V.; GIANNAKAS, T.; GIANNAKOULIS, V. G.; PAPOUTSI, E.; KATSAOUNOU, P. *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*. Brain, behavior, and immunity, v.88, p.901-907, 2020.

- PFEFFERBAUM, B.; NORTH, C. S. *Mental health and the Covid-19 pandemic*. New England journal of medicine, v. 383, n. 6, p. 510-512, 2020.
- SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 10th Edition. Philadelphia. 2017.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. *Documento norteador. Equipe multiprofissional na atenção primária da saúde - Emulti (PORTARIA GM/MS N° 635/MS DE 22 DE MAIO DE 2023)*. 2023. Disponível em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/emulti_documento_norteador_dez23.pdf. Acesso em: 06 de janeiro de 2024.
- SOUSA, M. C.; RIBEIRO, H. M. C. B. *Reflexões sobre os desafios da interdisciplinaridade nas políticas de saúde mental*. Brazilian Journal of Development, v. 9, n. 2, p. 6395-6406, 2023.
- VINDEGAARD, N.; BENROS, M. E. *COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence*. Brain, behavior, and immunity, v. 89, p. 531-542, 2020.
- WESTERHOF, G. J.; KEYES, C. L.M. *Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan*. Journal of adult development, v. 17, p. 110-119, 2010.
- YAO, H.; CHEN, J.; XU, Y. *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*. The Lancet Psychiatry, v. 7, n. 4, p. e21, 2020.

CAPÍTULO 8

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CARACTERÍSTICAS DO CUIDADO OFERTADO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Denílson Rodrigues De Souza

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é estratégica dentro do SUS e também para a RAPS, pois suas características permitem grande inserção territorial para reconhecimento dos determinantes e condicionantes de saúde da região a que pertence, fomentando vínculo do equipamento com o bairro e sobretudo com os moradores e usuários que tendem a reconhecer este serviço como um local de cuidado. As características que constituem a atenção básica tornam este nível de atenção fundamental para ações focadas na saúde mental, como por exemplo: a identificação precoce das necessidades e problemas de saúde mental no território; o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e cuidado do sofrimento mental leve e moderado; o desenvolvimento de ações de redução de danos de usuários de álcool e outras drogas; o acompanhamento conjunto com os serviços especializados de pacientes mais graves; as intervenções breves em situações de crise; e o apoio para a redução da demanda por atendimento especializado em saúde mental (PUPO, et.al., 2020).

Cardoso (et.al., 2022) buscou compreender as percepções dos profissionais da atenção primária sobre a assistência à saúde mental e evidenciaram que a infraestrutura da atenção básica é positiva para esta demanda, mas há fragilidade na assistência, sobretudo na articulação. Os profissionais identificam que este cuidado deve ser de base familiar e grupal, apesar das dificuldades para materializar estas práticas. Emergiu na fala dos profissionais elementos de cuidado biomédico e que não compreendem o sujeito em sua integralidade, mas no dualismo mente-corpo demandando cuidado especializado. Por fim, os profissionais demonstram disponibilidade para a construção de um novo cuidado pautado no vínculo, confiança, acolhimento, escuta qualificada e empatia. O estudo foi importante para demonstrar a coexistência de concepções de cuidado antagônicas, fragilidades do cuidado, e também, perspectivas de melhoras para o cuidado psicossocial.

Lancetti (2001) comenta que a atenção básica pode simbolizar, no que tange a saúde mental, um importante passo pra desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica, pois ambos se baseiam no cuidado em liberdade e comunitário, facilitando o surgimento de novos recursos espontâneos do sujeito e de sua família, elaborando o cuidado e evitando a carreira do doente mental introduzido no ambiente manicomial. Portanto, é de grande importância que seja tecida uma rede cuidado em que as equipes dos serviços de todos os níveis estejam conectadas, facilitando o contato também com a equipe de saúde da família.

Apesar da importância do cuidado em saúde mental na atenção básica, muitos desafios têm sido debatidos sobre as dificuldades de inclusão de ações psicossociais e de saúde mental. Estes serviços frequentemente vivem um contexto de ausência de recursos humanos, com problemas de infraestrutura e financiamento, culminando numa sobrecarga de tarefas que por vezes pode dificultar a plena execução das atividades. Os profissionais que lidam diariamente com estas dificuldades podem se sentir despreparados e impotentes frente às demandas de saúde mental e, portanto, ter como principal prática o encaminhamento indevido e desnecessário, o cuidado medicalizante, a troca de receitas sem cuidadosa avaliação de necessidades, e até mesmo, o não reconhecimento destas demandas na população. Parte desse não reconhecimento tem raiz em uma concepção de saúde biomédica e fragmentada por parte dos profissionais, que acreditam ser de responsabilidade de especialistas o cuidado em saúde mental, também demonstrando a não compreensão do papel da atenção básica na RAPS (CARDOSO, et.al., 2022).

Pautando-se em seus princípios, na Estratégia da Saúde da Família e nos conhecimentos técnico-científicos consolidados, a atenção básica está apta para realizar intervenções em saúde mental tanto de promoção e prevenção do sofrimento mental, como de cuidado propriamente dito. O acolhimento é uma das principais formas de intervenção que ao mesmo tempo que demonstra o cuidado, facilita a identificação e o acesso do usuário através da escuta qualificada e empática. O Projeto Terapêutico Singular é uma das mais importantes

ferramentas que podem ser utilizadas para a organização singularizada do cuidado. As diversas possibilidades de formação grupal, também se constituem como potentes formas de intervenção. Além das possibilidades formais, a postura aberta e disponível dos profissionais da atenção básica também possibilita que ações terapêuticas de natureza psicossocial sejam realizadas nos dispositivos da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Com isto em vista, o presente artigo visou analisar as características do cuidado ofertado pela rede básica de saúde de em um Município da Região Metropolitana de São Paulo para a atenção ao sofrimento mental e às demandas psicossociais, seus entraves e potencialidades. Esse diagnóstico é um primeiro passo fundamental para pautar melhorias que trarão um SUS como previsto na constituição, integral, equânime e universal.

MÉTODO

Para a presente pesquisa foi utilizada a análise qualitativa de dados, que tem como diretriz a compreensão fidedigna da dinâmica de vida dos sujeitos, seguindo, portanto, os pressupostos que embasam a pesquisa qualitativa. Neste método é importante captar as diversas faces de um fenômeno em seu estado cotidiano, bem como as diversas significações que a ele são atribuídas, combinando a fluidez de um processo sem rigidez, mas com o rigor científico (ALVES; SILVA, 1992).

Foram criadas entrevistas semiestruturadas para cada equipamento de saúde da RAPS representados por seus trabalhadores e a gestão em saúde mental. Foram entrevistados: articulador de saúde mental do município e profissionais de: 1 UBS, 1 CAPS adulto, 1 CAPSad, 1 CAPSij, 1 Núcleo de Violência, 1 UPA. A aplicação ocorreu de forma online com alguns serviços e presencial com outros, devido a dificuldades de agenda. A duração média de aplicação foi de 60 minutos. O presente artigo focou especificamente na visão que os diferentes atores têm sobre o papel da atenção básica no cuidado em saúde mental dentro do município, o tipo de cuidado ofertado, e sua articulação com os outros serviços.

Foram selecionadas as seguintes categorias de análise:

- 1) Identificação, acolhimento e acesso ao usuário com sofrimento mental na AB;
- 2) Planejamento e estratégias de cuidado em saúde mental na AB;
- 3) Articulação Intersetorial

Os trechos de fala extraídos foram apontados por siglas para referenciar os dados da entrevista mantendo o sigilo conforme estabelecido pelo TCLE. Assim, a atenção básica foi identificada como (AB), os CAPS como Serviço de Atenção Especializada (SAE), e a UPA como Serviço de Urgência Emergência (SUE), numerados para sua diferenciação.

Ressaltamos para os devidos fins, que esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Instituto de Saúde. Também houve anuência

dos gestores municipais através do termo de anuência institucional. Os participantes responderam ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e assinaram duas vias do mesmo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificação, Acolhimento e Acesso

A identificação pode ser entendida como as estratégias utilizadas por um serviço para buscar ativamente e encontrar as demandas e necessidades psicossociais e de saúde mental de seus usuários. A Atenção Básica (AB) tem em suas características posição estratégica para essa tarefa devido a sua capilaridade e inserção no território, bem como por ser a porta de entrada preferencial ao SUS (GIOVANELLA, et.al., 2012).

A Unidade de Saúde da Família (USF), apesar de não fazer uma busca ativa intencional de situações e demandas de sofrimento mental no território, tem desenvolvido a capacidade de reconhecê-las em diferentes situações e momentos do fluxo de cuidado, o que pode facilitar o acesso a algum tipo de atenção. Uma das principais formas de identificação é através das solicitações e demandas trazidas nas visitas domiciliares. No cadastramento de usuários no território adscrito, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) cumprem o protocolo de questionar se há alguém em sofrimento mental, além disso, a inserção do ACS no cotidiano dos bairros e o seu reconhecimento na comunidade permitem a comunicação de casos novos dos usuários e também a demanda espontânea. Programas realizados na escola como

“Saúde na Escola” foram referidos como outra forma de rastreio dessas demandas. Outra forma de identificação citada foi o acompanhamento de outras diversas demandas de saúde, ou seja, em consultas de rotina, pré-natal ou grupos específicos, como os ofertados para pacientes hipertensos e diabéticos e o grupo de atividades físicas.

A ausência de intencionalidade e de uma busca ativa permanente na identificação de casos de sofrimento mental no território pode reduzir as possibilidades da atenção básica de localizar e prevenir os casos em sua plenitude, desta forma, os casos explícitos, sintomáticos e graves são favorecidos em detrimento dos demais (PUPO, et.al., 2020)

Após a entrada do usuário no serviço o acolhimento surge como uma técnica eficaz tanto para a compreensão do sofrimento, como para a estratificação de risco e planejamento do cuidado. Entretanto, os dados da entrevista citam o acolhimento como uma prática somente de triagem para a consulta clínica com o médico:

A gente faz a escuta da queixa do paciente, e aí, dependendo da queixa dele, independente do que for, se for de saúde mental ou de outra queixa, a gente chama o médico e passa pra ele o caso (Entrevistado AB).

O acolhimento, mais que um momento burocrático e protocolar, refere-se a uma nova posição da equipe de atenção básica frente ao usuário, e visa realizar mudanças concretas no cotidiano de trabalho atendendo a todos aqueles que procuram o serviço em um esforço compartilhado por toda a equipe, compreendendo melhor as necessidades de saúde existentes, inclusive as psicossociais, e dividindo inclusive as responsabilidades. A integração de saberes da equipe que se

corresponsabiliza pelo acolhimento tende a aumentar a resolubilidade dos casos (MINÓIA; MINOZZO, 2015).

A questão do acesso também é um fator importante para análise, tendo em vista que o equipamento só realiza atendimentos mediante agendamentos, o que pode dificultar o ingresso e permanência dos pacientes em sofrimento mental, sobretudo aqueles que são resistentes na busca de cuidado.

O reflexo dessas questões de acesso nos serviços de atenção especializada é materializado na dificuldade em realizar altas devido à dificuldade de reinserção destes pacientes na AB, não por mera rejeição dos profissionais da atenção básica, mas porque eles entendem que o cuidado já está sendo feito no CAPS. Esta é uma visão recorrente da AB no que se refere aos usuários de serviços especializados em saúde mental do SUS, que com frequência não são vistos mais como pacientes da rede básica, por conta de uma visão muito especializada e biomédica do sofrimento mental. O resultado é a sobrecarga dos serviços. Um serviço da atenção especializada em saúde mental comenta a grande dificuldade da atenção básica em compreender seu papel na RAPS e seu potencial no cuidado em saúde mental. Os serviços especializados acabam por abarcar quase a totalidade dos casos, e isso, novamente, reflete tanto na dificuldade de inserção do usuário nos serviços, como na continuidade e longitudinalidade do cuidado ofertado, e na reinserção social do mesmo.

A gestão, por sua vez, também apontou as dificuldades do exercício de cuidado em saúde mental na AB, e indicou alguns fatores que colaboram com estas dificuldades:

Então a gente tem equipe reduzida, um grande número de usuários, uma compreensão de que saúde mental é algo que tem que ser tratado especificamente dentro dos CAPS, que não é algo que pode ser tratado também nas unidades básicas [...] a compreensão da cidade como um todo: Falou de saúde mental é CAPS, não importa se leve, moderado ou complexo (Entrevista Gestão Municipal).

Couto e Delgado (2016) não consideram que tenha havido uma plena incorporação da concepção de “porta aberta”. A história mostra a necessidade de pronto acolhimento para usuários em sofrimento mental, na forma, no momento e no local em que a crise ou o sofrimento emocional ocorrem. São muitas as barreiras que precisam ser transpostas, seja o desejo do usuário de ser atendido, questões geográficas, socioeconômicas e, sobretudo, a disponibilidade dos serviços em receber estas demandas, entendendo seu papel frente ao cuidado em saúde mental e quebrando estigmas e preconceitos tão profundamente enraizados na sociedade. As especificidades da saúde mental exigem que esta e outras portas estejam, de fato, abertas.

Planejamento e Estratégias de Cuidado

Nesta categoria buscamos compreender o cuidado propriamente dito. Há uma lógica hegemônica na AB para questões referentes à saúde mental, que é a lógica do encaminhamento. Segundo a AB, os pacientes

considerados “em surto” seriam encaminhados para o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM) localizado no município vizinho e referência para internações na região de saúde. Segundo a UPA e os CAPS, o fluxo para situações de crise envolveria o encaminhamento inicialmente para os serviços de urgência-emergência e não diretamente ao CAISM, que não é porta aberta. Isto já indica falta de clareza e alinhamento sobre o fluxo de atenção dentro da rede. Os pacientes que não se encontram em surto, mas que necessitam de acompanhamento seriam encaminhados aos CAPS. Os pacientes entendidos como “estabilizados” ficam em acompanhamento na AB, entretanto, não são citadas estratégias de cuidado específicas para estes usuários.

A AB citou o alto fluxo de usuários com as mais diversas demandas, e, portanto, quando existe uma necessidade em saúde mental, o encaminhamento aparece como alternativa oportuna. Outra explicação para tais encaminhamentos é ausência do preparo técnico para manejar estes casos que culmina em insegurança dos profissionais em assumir a responsabilidade por estas pessoas:

Um paciente "estabilizadinho", um paciente que vem aqui com a receitinha vencida, que é para trocar a receita [...] é fácil de lidar. Mas a gente nunca está preparado para esses pacientes que chegam surtados (Entrevista AB).

Além do encaminhamento, quando o cuidado em saúde mental é feito na unidade, é realizado pelo médico, e a troca de receita é citada como uma das estratégias de cuidado. A troca de receitas, que está assentada em um enfoque biomédico da saúde mental, é uma prática

comum e entendida pelo serviço como método de acompanhamento dos pacientes. Nessa prática, os médicos ou enfermeiros trocam receitas antigas de psicotrópicos por novas sem uma avaliação cuidadosa dos motivos, significados, mudanças ocorridas, novas necessidades, alterações da abordagem terapêutica e avaliação do contexto do sofrimento (PUPO, et.al., 2020).

Não é citado, por exemplo, a formulação de um projeto terapêutico singular, que compreenderia as potencialidades e vulnerabilidades do sujeito de forma ampliada, estipulando metas e objetivos a curto, médio e longo prazo, tendo um período para reavaliação. A medicação é um importante auxiliar para o cuidado e tratamento, entretanto, seu uso tende a ser cronificado quando há ausência de acompanhamento multiprofissional, de um raciocínio psicossocial, e quando é o único recurso empregado. As receitas são trocadas de dois em dois meses, sem necessidade de consulta médica. Antes da pandemia havia reunião grupal dos usuários de medicamentos para retirada das receitas, mas hoje, basta que ele ou um familiar retire a receita quando necessário. Este formato impede a reavaliação, etapa fundamental para verificar a eficácia do medicamento e até mesmo para ampliar o leque de possibilidades, escutando o sujeito frente ao seu sofrimento. O resultado disso é um acompanhamento não personalizado, tendo como único meio de contato o cuidado medicalizante.

Gonçalves Filho (2021) comenta que a medicalização do cuidado se refere ao uso indiscriminado dos medicamentos, fruto de uma

herança biomédica que enxerga o sujeito sob um único ponto de vista, o da doença, e desta forma só encontra no medicamento uma solução para tal. Entretanto, na perspectiva psicossocial do cuidado pauta-se na escuta qualificada e na potência de vida que o sujeito carrega. É possível encontrar sentidos e significados no sofrer, como uma situação da vida e não como um mero diagnóstico de uma doença.

Para um dos CAPS entrevistados, o encaminhamento enquanto primeira opção da AB é a reprodução da lógica hospitalocêntrica dentro da RAPS, uma forma de exclusão em que o paciente tem suas possibilidades de cuidado ampliado negadas. Para a gestão, o cuidado em saúde mental está com enfoque demasiado nas especialidades, sobretudo médicos psiquiatras e psicólogos, e isto colabora para os frequentes encaminhamentos da AB para os serviços especializados. Também apontam uma contradição, pois ao mesmo tempo em que encaminham para especialistas, não percebem que a lógica do CAPS é o atendimento multiprofissional sob a perspectiva da clínica ampliada, ou seja, algo que poderia ser possibilitado dentro da própria AB:

Quando a pessoa fala “estou deprimida”, fica na fala do “estou deprimida” e já faz a busca por um profissional psiquiatra, psicólogo, mesmo com a compreensão de que no CAPS os atendimentos se dão em equipe multidisciplinar. Pra gente pensar a reinserção social o modelo ainda continua hospitalocêntrico. A gente tá com o manicômio, só que agora não tem muro, esse é o grande paradigma e o grande desafio da saúde mental, a gente romper de fato essa ideia da exclusão (Entrevista Gestão Municipal).

Outro profissional de CAPS compreende que está culturalmente enraizada no município uma concepção fragmentadora pautada no dualismo mente-corpo, e com isso, a AB teria dificuldade de compreender que em um cuidado baseado na integralidade não envolveria tal divisão. O resultado disso é a ausência do cuidado psicossocial na AB, a não apropriação pela AB das estratégias e abordagens de cuidado em saúde mental, e além disso, a quebra de um fluxo que poderia ser estabelecido pela rede, em que cada equipamento cumpriria o papel em que está encarregado. A mudança desse paradigma não depende apenas da AB, pois é uma concepção de cuidado psicossocial que deve ser discutida e acordada em rede.

Para outro entrevistado da atenção especializada não há qualquer tipo de cuidado em saúde mental na AB, e todo e qualquer tipo de demanda é encaminhada para os serviços especializados. Essa lógica do encaminhamento relatada nas entrevistas do município não é fato isolado. Apesar de fundamental, tem sido difícil a AB ser porta de entrada e responsável por grande parte das demandas de SM por conta de dificuldades materiais, de recursos financeiros, de capacitação dos recursos humanos, pelas equipes reduzidas e pela falta de fluxos e linhas de cuidado acordadas municipalmente. Isto culmina na dificuldade de as equipes realizarem ações voltadas à saúde mental como a identificação dos casos, prevenção, redução de estigmas e compreensão dos determinantes psicossociais do território adscrito. O resultado

prático é o serviço não atingir sua plena potencialidade em saúde mental e encaminhamentos desnecessários (CARDOSO, et.al., 2022).

Na contramão do processo de superespecialização na área da saúde e pautando-se na interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, a atenção básica pode assumir uma postura acolhedora nos casos identificados de demanda em saúde mental sem que seja necessário um pronto encaminhamento para um serviço especializado como os CAPS. Algumas posturas são efetivas nestes momentos e podem ser realizadas por todos os profissionais, como proporcionar uma expressão e reflexão sobre os sentimentos, proporcionar uma boa comunicação de forma empática, lembrando-se sempre de escutar o usuário, acolher e reconhecer o sofrimento do outro como legítimo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Articulação entre os diversos pontos de atenção

A AB do município mostrou compreender seu papel no cuidado aos pacientes considerados "estabilizados", e quanto a isso não considera entraves, principalmente no que diz respeito ao cuidado biomédico, pois o atendimento ocorre conforme o fluxo do serviço, ou seja, com a retirada de receitas, e também o compartilhamento com ambulatório de saúde mental e CAPS, realizando agendamentos para diálogo quando necessário. Ainda assim, o trabalho em conjunto citado entre AB e AE permanece limitado ao encaminhamento mútuo acompanhado de uma carta explicando as motivações para tal. É comum também uma carta em resposta com as informações relativas ao cuidado realizado,

entretanto, não há de fato uma estratégia conjunta de cuidado aos pacientes que são usuários de ambos os pontos de atenção.

Os pacientes considerados pela AB como "em surto" possuem maiores dificuldades para darem início ao seu cuidado, seja pela dificuldade de compreensão do papel de cada ponto de atenção na RAPS, seja pela falta de clareza da AB sobre o caminho do cuidado nesses casos, por conta principalmente da ausência de um fluxo pactuado pelo município com todos os serviços da RAPS, para situações de crise. Exemplificando a dificuldade de acionar os pontos da rede, a AB conta o caso de um paciente que passou por essa dificuldade de inserção e articulação:

Eu liguei para todos os serviços, e ninguém sabia me orientar o que fazer com esse paciente. Então eu mando para o CAISM, que é um pronto-atendimento? Porque ele estava sem medicação, estava desorientado. Não, não posso mandar direto para o CAISM. Mando para o CAPS? Não, não posso mandar para o CAPS. [...]. Mandei para o pronto-socorro, não queriam receber; [...] isso me deixa bem triste, nessa parte, porque quando você precisa de um apoio da rede, naquele momento, não tem (Entrevista AB).

Casos como o relatado acima são exemplos claros do trabalho desarticulado em que cada ponto da rede atua autonomamente, sob procedimentos próprios e que não estão em pleno acordo com os demais pontos. Também é sintoma da ineficácia dos métodos de comunicação utilizados pela rede, uma vez que as reuniões ocorrem, mas os fluxos continuam fora do alcance dos profissionais da linha de frente.

Entretanto, vale lembrar que essa responsabilidade de oferecer abordagens psicossociais de cuidado em casos mais leves, ou de

estabelecer um papel de escuta e acolhimento do sofrimento mental, de fazer uma análise de riscos, ou de participar do acompanhamento de usuários em sofrimento, não pode ser depositada somente na conta da rede básica. O trabalho integral em rede vem de uma pactuação de linhas de cuidado municipais para diferentes problemas, com diferentes níveis de gravidade; e, a segurança técnica para o desenvolvimento de um PTS ou de outras estratégias de cuidado na AB, dependeria de ações de capacitação continuadas e de um apoio matricial constante vindo da rede especializada (rede CAPS), o que no momento não está ocorrendo. A qualificação das ações de saúde mental na rede básica depende, assim, de um trabalho conjunto de gestão municipal, em parceria com todos os serviços da RAPS.

O matriciamento é um recurso utilizado para tentar sanar este impasse sendo uma retaguarda especializada para a AB, visando o aumento da resolutividade e responsabilização. No caso do município em questão, este recurso era oferecido pelos CAPS, serviços da Atenção Especializada (AE), mas os encontros foram suspensos devido ao período pandêmico e até o momento não há previsão de retorno.

Atualmente os pontos da rede se comunicam de maneiras diversas para tentar suprir a lacuna deixada pela ausência do matriciamento formal. E-mail, telefone e WhatsApp são ferramentas comumente citadas pelos equipamentos. Um dos CAPS entrevistados afirmou ser um dos equipamentos responsáveis por matriciar a AB, e comentou que durante a pandemia o número de usuários do CAPS praticamente dobrou, portanto, considera inviável a abertura de um

espaço na agenda e a liberação de profissionais para realizar essa articulação. Outro serviço da atenção especializada, afirmou que ainda ocorrem atividades em conjunto, ainda que estas não configurem o apoio matricial, entretanto, o grande entrave é a comunicação entre os pontos.

Apesar do seu impacto positivo como verificado em literatura sobre o tema, os Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF), instituição que materializa o apoio matricial, teve seu financiamento descontinuado através da Portaria 2.979 em 2019, conhecida como Previne Brasil. Este novo modelo de financiamento da atenção básica não prioriza as atividades dialógicas como o apoio matricial, multiprofissionais e interdisciplinares, e apesar destas não serem textualmente extintas, ficam à mercê da decisão municipal para sua continuidade. O Previne Brasil é um possível dificultador para a plena execução das diretrizes de longitudinalidade da assistência, resolutividade e descentralização (PAULINO, et.al., 2021). O município em questão, não possui a estrutura NASF para apoio à Atenção Básica.

Para uma articulação eficiente é necessário que os pontos da rede compreendam as potencialidades e funções de cada serviço, mas conforme relato da gestão, quando se começou a estruturar a RAPS no município, a rede como um todo ainda não entendia a lógica psicossocial de cuidado. O CAPS ainda era visto como instituição de isolamento da loucura, e não apenas os pacientes eram direcionados com essa intencionalidade, mas profissionais também poderiam ser

transferidos para um CAPS como forma de punição. Esse relato remete a uma época não tão distante na história do município, menos de meia década, e certamente as raízes dessa compreensão ainda refletem na ausência de articulação, sobretudo quando nos referimos à atenção básica e secundária.

Para além da concepção de cuidado, a realidade concreta da saúde pública no município também interfere nessa dinâmica. Os problemas frequentes de subfinanciamento, ausência de infraestrutura e profissionais, contribuem para o foco na sobrevivência de cada serviço com sua própria sobrecarga, dificultando o cuidado em conjunto. Explicando essa situação, a gestão afirma o que pensa a AB:

A rede de atenção básica está fragilizada. E tem uma lógica que, a partir do momento que você está sendo atendido em caps você não é mais problema meu [...] E não é proposital. A gente até tinha um matriciamento mais próximo. Mas se eu tenho uma fragilidade, que eu mal consigo dar conta da base do território que eu atuo [...] então se tá no CAPS, tem alguém cuidando, então não preciso me ocupar desse usuário, deste munícipe.

Segundo um entrevistado da AE a construção da rede no município tem sido algo bastante difícil, pois os equipamentos dos diferentes níveis de atenção ainda operam sob uma lógica de antagonismo. Há uma tendência de definição estrita das barreiras que incluem ou excluem determinado usuário nos serviços, uma disputa de quem deve atender qual demanda de forma exclusiva ao invés de propiciar um ambiente de compartilhamento de demandas em prol do cuidado. Assim, tal profissional considerou que se há uma rede, ela não tem funcionado adequadamente. Outro profissional da AE considera

que existe disposição da AB, mas o que pega é uma fragilidade estrutural.

Evidencia-se, portanto, uma rede de atenção bem-intencionada e em implantação, mas ainda pouco articulada, com baixo nível de comunicação entre os pontos, especialmente no que se refere à participação da AB. A articulação dos pontos de atenção é essencial para um trabalho em rede sob a lógica do cuidado em território. A rede é fundamental para a produção de saúde, de diferentes modos de subjetivação, do encontro entre os diferentes atores, e possibilita o aumento da contratualidade, autonomia, reposicionando o sujeito frente a sua realidade (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018). A rede nunca está completamente tecida e acabada, é flexível, permite recomeços e desvios da rota originalmente seguida. Aquilo que há de potência em uma rede pode ser fortalecido com o uso da criatividade e através dos espaços coletivos de discussão e compartilhamento. São os "furos" da rede que possibilitam novas tentativas, novas reinvenções (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017). Conforme afirmou um dos profissionais da rede especializada, o que há de positivo na articulação da rede são seus funcionários dispostos a transpor as dificuldades e estabelecer diálogos para encontrar as soluções para os pacientes. Este talvez seja o elemento fundamental para uma qualificação e um incremento da RAPS no município, na direção de uma rede mais coesa e estruturada.

CONCLUSÃO

A ausência de intencionalidade na busca ativa, o cuidado individualizado e medicamentoso e a dificuldade na articulação, por exemplo, ainda são fatores que se constituem como barreira nas diferentes dimensões do acesso ao serviço e sobretudo, ao cuidado. Contudo, existe abertura e desejo da AB de qualificar o cuidado em saúde mental e, assim, essa não é uma fotografia estática. Esta análise pode balizar ações futuras culminando num serviço mais organizado e disponível para atender as demandas da população.

Estas brechas no funcionamento da rede não demonstram somente a necessidade de aperfeiçoamento dos fluxos e processos de trabalho, mas também a exigência de mudança em um processo social profundo e complexo (AMARANTE, 2007), herança do saber-fazer biomédico, medicalizante, em que não há a plena participação dos usuários, familiares e trabalhadores. Os achados indicam a necessidade do resgate do cuidado psicossocial para embasar a criação de fluxos e processos de trabalhos de acordo com estes preceitos, e com a realidade territorial.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Z.M.M. SILVA, M.H. *Análise qualitativa dos dados de entrevista: Uma proposta*. Ribeirão Preto: Paidéia; 1992.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4th rev. ed. aum. RJ: Fiocruz; 2007. 124 p. ISBN: 978-85-7541-430-9

- BERMUDEZ, K.M., SIQUEIRA-BATISTA, R., “*Um monte de buracos amarrados com barbantes*”: O conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde Soc.* 2017;26(4):904-919.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica 34: Saúde Mental*, Brasília - DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*.
- BRASIL. Presidência da República. *Decreto Nº 11.098, De 20 De Junho De 2022*.
- Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Diário oficial da União, 2022.
- BRASIL. Presidência da República. *Decreto Nº 11.358, De 1º De Janeiro De 2023*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Diário oficial da União, 2023.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei 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, 2001
- CARDOSO, C. B. et al. *Assistência em saúde mental na Atenção Primária: perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família*. *Rev. Bras. Enferm.* 2022; Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022001000204&lng=en.
- GIOVANELLA, L. ESCOREL, S. COSTA-LOBATO, L.V. NORONHA, J.C.
- CARVALHO, A. I. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2nd rev. ed. RJ: Fiocruz; 2012. 16, Atenção Primária à Saúde; p. 493-547.

- LANCETTI, A. et al. *Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 2001. 224 p.
- LAURIDSEN-RIBEIRO, E. LYKOUROPOULOS, C.B. *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 2016. 12, Presença viva da saúde mental no território: Construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes; p. 161-193.
- LOBO, F. S. SILVA, L.A.V. da. *Atenção Básica e Saúde Mental: Relato Praxiográfico de uma Tecnologia de Cuidado*. *Psicol. cienc. prof.* 2022;42 (Psicol. cienc. prof., 2022 42):e243075. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243075>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.
- MINÓIA, N.P. MINOZZO F. *Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde*. *Psicol. cienc. prof.* [Internet]. 2015 Oct;35 (Psicol. cienc. prof., 2015 35(4)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001782013>
- OLIVEIRA, E.C. VIÉGAS, L.S. NETO, H.S.M. *Desver o mundo, perturbar os sentidos: Caminhos na luta pela desmedicalização da vida*. Salvador: EDUFBA; 2021. Medicalização e humilhação social; p. 137-161
- PAULINO, K.C, et al. *Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais*. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(1):5362-5372.
- PUPO, L.R, et al. *Saúde mental na Atenção Básica: Identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo*. *SAÚDE DEBATE*. 2020;44(3):107-127.
- YASUI, S., LUZIO, C.M., AMARANTE, P. *Atenção psicossocial e atenção básica: A vida como ela é no território*. *Rev. Polis e Psique*. 2018;8(1):173-190.

CAPÍTULO 9

ENCURTANDO DISTÂNCIAS: A EXPERIÊNCIA DO APOIO MATRICIAL COMO FORMA DE AMPLIAR O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Juliana Leite Godoy Veneziani Silva

Cinthia Mayumi Saito Corrales

Leila Dias Chianezzi

INTRODUÇÃO

A política nacional de Saúde Mental proposta pelo Ministério da Saúde considera os CAPS como dispositivos estratégicos na organização da rede de atenção à saúde mental. Para tal, é recomendado estarem circunscritos aos locais de espaço de convívio social de seus usuários (família, escola, igreja, trabalho, etc), ou seja, serem territorializados, para facilitar o resgate das potencialidades dos recursos comunitários e envolvê-los nos cuidados em saúde mental, de forma a propiciar a reinserção social. Além disso, considera que a atenção em saúde mental implica uma ampla rede de cuidados onde estão incluídos diversos níveis de atenção e serviços de saúde (como Atenção Básica, Serviços de Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Centros de Convivência, etc) assim como instituições e serviços dos setores da cultura, lazer e educação (Brasil, 2013).

O presente artigo/texto relata a experiência de Apoio Matricial em Saúde Mental, desenvolvido por uma miniequipe de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij) em um município da

região metropolitana de São Paulo que, na época, possuía uma população estimada em aproximadamente 1.400.000 habitantes (estimativa do IBGE para julho/2019), e era dividido em 4 regiões de saúde. O CAPSiJ foi até o início de 2023 o único serviço de atenção psicossocial destinado ao público infanto juvenil no município, e era localizado na região central da cidade, ficando muitas vezes distante e de difícil acesso para uma parcela significativa da população (IBGE, 2023).

A Região 4 de Saúde, de que se trata este artigo, era caracterizada por estar geograficamente distante da sede do CAPSiJ e possuía uma população estimada em 351.579 pessoas e contava com poucos serviços na região, de forma que a população precisava se deslocar para a região central da cidade, onde se concentravam os principais serviços de especialidades de saúde no município. Esta região conta com 20 UBS; destas, 13 UBS são Estratégias de Saúde da Família (ESF) e contam com Equipes NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família) e 6 UBS tradicionais, 1 UBS Mista (ESF e tradicional ao mesmo tempo). As UBS tradicionais contam com uma dupla psicossocial (1 psicólogo e 1 assistente social), responsáveis pelo atendimento das demandas de saúde mental das unidades para as quais são referências (Guarulhos, 2023).

Trata-se de uma localidade com nenhum ou poucos recursos governamentais de lazer, esporte e cultura¹. Além disso, há grande

¹ As cidades brasileiras apresentaram grandes dificuldades no controle de seu crescimento e desenvolvimento, pois a transição demográfica ocorrida desde meados da década de 1960 (com a maioria da população brasileira passando a morar em áreas urbanas e não mais em zonas rurais), foi aliada à ausência de corpo técnico capacitado e legislação nas prefeituras da época, acarretando no desenvolvimento desordenado de muitas cidades (Guarulhos, 2021).

dificuldade de acesso à região central devido a localização, falta de recursos financeiros da população, transporte (muitas vezes é necessário mais de uma condução) e tempo. Ainda, é importante considerar a dificuldade do acompanhamento da criança e adolescente no transporte público, que muitas vezes, está desorganizada psiquicamente e/ou necessita de transporte especial.

A partir deste contexto e as diretrizes ministeriais no trabalho em Saúde Mental, o Apoio Matricial foi escolhido como estratégia matriz e força motriz para melhorar a oferta de cuidado em Saúde Mental para as crianças e adolescentes deste território.

MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL

Segundo o Guia de Matriciamento em Saúde Mental, do Ministério da Saúde, Matriciamento ou Apoio matricial é um processo de construção compartilhada em que duas ou mais equipes desenvolvem uma proposta de intervenção pedagógico terapêutica como um novo modo de produzir saúde (Chiaverini et al, 2011).

Iglesias e Avelar (2019) indicam que o Matriciamento deve acontecer no território onde as pessoas vivem e circulam, e objetivam proporcionar encontros entre equipes da Atenção Básica e da saúde mental, que sejam produtivos, sistemáticos e interativos. Para os autores, a efetivação da prática do Apoio Matricial encontra importantes desafios relacionados a mudanças nas relações do trabalho em saúde, devendo problematizar e rever o cuidado em saúde. Desta forma,

concretizar o matriciamento em saúde mental em toda a sua potencialidade depende do empenho, disponibilidade e mudanças por parte de todos os envolvidos. Implica negociação entre os diversos saberes presentes, para a construção de diretrizes sanitárias e estratégias de cuidado pertinentes a um determinado contexto. Envolve parceria entre usuários, gestores dos serviços e demais instâncias, equipes responsáveis pelo cuidado longitudinal dos usuários em saúde (equipes de referência), equipes que se agregam às equipes de referência disponibilizando sua prática e conhecimento específico em uma determinada área (equipes matriciais), para a composição de um cuidado integral em saúde. (Iglesias e Avelar, 2019, p. 1248)

Jorge et al (2011), apontam que as tecnologias leves (as que compreendem as relações interpessoais como a produção de vínculos, a corresponsabilização, o acolhimento, a autonomização) são instrumentos que possibilitam atingir a integralidade e a humanização do cuidado. As atitudes corresponsabilizadas requisitam o compromisso e o contrato mútuo, para o desenvolvimento de um trabalho em prol de um propósito compartilhado.

Cohen e Castanho (2021), também problematizam que o Apoio Matricial, pode ser um espaço de promoção de cuidado, tanto para o profissional como para o usuário, na medida em que:

possam acolher os “restos”, ou seja, aquilo que advém do fato de o profissional ser afetado pelo atendimento dos usuários em seu processo de trabalho e que forma algum tipo de impasse, como um sentimento difícil de tolerar, uma dificuldade para pensar o caso, etc. (Cohen; Castanho, 2021, p. 6)

Diante do aqui exposto, a escolha por utilizar o termo Apoio Matricial e não Matriciamento, considera que a palavra apoio amplia a noção de matriciamento para uma metodologia em que a construção

ocorra de forma horizontal, cuja “figura matriciadora” circule entre os participantes dos diferentes serviços, promovendo trocas mais consistentes de saberes e ampliando o repertório de conhecimento de todos os atores da rede, escapando à lógica muitas vezes institucional vigente de que o matriciamento se resume a discussão de casos e assinalando a corresponsabilidade de todos os profissionais no cuidado dos sujeitos em sofrimento.

INÍCIO DO PROJETO: “SEM PERNAS PARA DAR CONTA”.

O Matriciamento desenvolvido até então pelo serviço, era caracterizado por uma reunião mensal entre equipes da Atenção Básica (UBS, equipe NASF) e especialidade (CAPSij), onde pautavam-se inúmeros casos, muitas vezes elencados pelas demandas dos profissionais, sem considerar uma escuta anterior do sujeito, sem tempo para discussões complexas e construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)², o que não favorecia o acompanhamento longitudinal dos usuários e nem a corresponsabilização no cuidado. Ofertando deste modo, atendimentos fragmentados e pouco articulados.

O sintoma mais aparente no discurso dos profissionais tanto do CAPSij quanto das UBSs era: como *dar conta?* Para Cohen e Castanho, (2021, p. 12) “Talvez quando pararmos de buscar que esse dispositivo “dê conta” é que poderá surgir sua maior potência de cuidado, para com os usuários e, mutuamente, para com a equipe.”

² O PTS é geralmente dedicado a situações mais complexas e trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (Brasil, 2007).

O desejo era o de *dar conta* sem perder a proposta, a ética do CAPS, mesmo considerando os limites existentes diante do desafio do protagonismo dos usuários, familiares e sociedade, questão central no debate em Saúde Mental para Delgado (2011). Assim, a ética no acompanhamento a usuários desorganizados se dá a partir da noção de sujeito de direitos, portador do conhecimento sobre si e central no seu adoecimento, não mais a partir da lógica da exclusão e da tutela. É essa aposta que se traduz de uma ética a uma técnica em direção a construção de tecnologias necessárias para sua sustentação.

Entendemos que *dar conta* das problemáticas que se apresentam não necessariamente significa sanar os problemas e demandas, até porque a intenção não é romantizar o trabalho e abafar discussões extremamente importantes no âmbito da Reforma Psiquiátrica como os desmontes e desinvestimentos que vem ocorrendo nos últimos anos, mas compartilhar a experiência de uma pequena equipe em um grande território.

Até aquele momento, *dar conta* do matriciamento se traduzia em levar os casos para a reunião mensal entre representantes de 20 UBS e 1 CAPSij. Com a alta demanda de casos, *dar conta* seria encontrar um espaço protegido em que os profissionais pudessem, discutir o caso, compartilhar a angústia enquanto trabalhador do serviço, para então construir estratégias de acompanhamento. Cohen e Castanho (2021), notam que nas situações de Apoio Matricial estudadas, quando os profissionais do grupo se permitiam falar como se sentiam em relação aos atendimentos e partilhar/ emprestar com o outro o saber, o efeito

no grupo era de pertencimento e comunhão, causando, conseqüentemente um sentimento de cuidado. Desta forma seria possível admitir que não é possível *dar conta*, mas é possível pensar juntos em como seguir.

O CAPS é considerado um serviço de portas abertas, existem equipes de plantão para atendimentos de demandas espontâneas, oferta de espaço de convivência, atendimentos de referência, grupos terapêuticos, mas de que isso serve se este serviço não *é/está* do/no território? Seguindo esta lógica será mesmo possível, afirmar se tratar de um serviço portas abertas se não é acessível àqueles que necessitam de cuidado, que se torna um “problema” a mais para seus usuários, que ao invés de promover saúde gera mais despesa? Para Quintas e Amarante (2008), a porta aberta diz de uma capacidade plástica e de flexibilização na organização da equipe para acolher a demanda, garantindo atenção a todos que cheguem ao serviço, oferecendo uma possível resposta à questão apresentada de forma que há uma permeabilidade e acessibilidade do uso do serviço por qualquer pessoa. Também diz da abertura do serviço para o reconhecimento e acolhimento dos usuários e do território, ao responsabilizar-se pelos problemas de saúde da região incluindo um olhar para questões sociais, econômicas e culturais e para a inconstância de recursos.

Nesta perspectiva, uma única reunião mensal para “matriciar” os casos de todo o território, que causavam angústias nos profissionais, não fazia qualquer sentido. Era necessário que o CAPSij pudesse se aproximar/apoiar os territórios, as UBS, os profissionais de saúde e a

população. Bom, o óbvio é: o CAPS é um serviço substitutivo de base territorial, então deveria estar no território, mesmo que a casa, a construção, a estrutura estivessem a quilômetros de distância e é a partir destes entendimentos que a proposta foi montada.

RUMO AO TERRITÓRIO, MAS NÃO SOZINHAS

A necessidade de aproximação do território permeava as discussões da miniequipe há tempos. A suspensão de muitas atividades presenciais devido à pandemia de Covid-19, foi outro fator impulsionador deste processo. A interrupção das reuniões mensais de matriciamento contribuíram para o aumento desta e de outras angústias e a pausa das atividades regulares do CAPSij, convocaram a miniequipe a refletir e a investir na estruturação de uma nova proposta.

A elaboração de um projeto de ação e intervenção que contemplasse os questionamentos que eram levantados e ampliasse a discussão demandava trazer outros atores e formar novas parcerias.

Iniciou-se uma discussão com a Articuladora de Saúde Mental da região e foram elencados os pontos aos quais era preciso atenção para que a proposta tivesse sustentação a longo prazo. Optou-se por uma construção horizontal e coletiva, que possibilitasse a implicação e o protagonismo dos profissionais da Atenção Básica neste processo e a vinculação entre profissionais do serviço especializado (CAPSij) e atenção primária.

Segundo Iglesias e Avellar (2019), a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica são sustentáculos do matriciamento e para a

consolidação de suas propostas é necessário garantir encontros sistemáticos e contínuos entre a Saúde Mental e a Atenção Básica. Para tal é preciso superar o modelo hierarquizado nas relações de trabalho, o modo fragmentado de operar o cuidado em saúde, ampliar a prática em saúde mental para além dos serviços de saúde, ultrapassar o modelo biomédico na formação em saúde.

Deste modo, a proposta não poderia vir de forma vertical. Como ponto de partida, foi realizado o mapeamento dos serviços de saúde deste território, com intuito de conhecer a realidade de cada unidade, escutar seus profissionais e gestores, entender os pontos de estrangulamento e também de força, estar abertos a acolher seus receios diante do atendimento em Saúde Mental e compartilhar as limitações diante das problemáticas do município.

Quando inserido no google a palavra território é descrita como uma grande extensão de terra, área de município, estado, país. Já para a Saúde e em especial a Saúde Mental, a noção de território extrapola a delimitação geográfica e considera os sujeitos que o ocupam em toda a sua complexidade econômica, cultural, social e singular.

O território é o local onde deságuam todas as transformações ocorridas no interior do serviço. A intervenção precisa chegar às instâncias reais e imaginárias para se disseminar a norma e a exclusão, e passar ao âmbito da política, do direito, das legislações, do trabalho e da cultura. Colocar-se assim em movimento, articulando-se no convívio entre as pessoas, é o que Santos (1988) chama de "território da vida", território onde se dão as trocas materiais e simbólicas e as relações sociais. Para Nicácio (1994), o trabalho territorial é construído na articulação de ações diretas e indiretas, abrindo espaços para a ressignificação do fenômeno da

loucura e o reposicionamento sociopolítico do paciente na sociedade. (Quintas e Amarante, 2008, p. 104)

Assim, a primeira proposta estrutural para esta mudança, se constituiu no formato das reuniões de matriciamento. Ao invés de 1 reunião mensal, 4 reuniões; ao invés de 1 grupo; 4 grupos menores de UBS.

Além da aproximação junto às unidades de saúde da região, também foram realizadas visitas aos Conselhos Tutelares (2 para a região em questão). As visitas realizadas (tanto nos serviços de saúde, como nos serviços da assistência), tinham como caráter construir e fortalecer uma Rede de Trabalho em Saúde que, segundo a concepção ampliada de Teixeira (2004), envolve a participação de diversos agentes sociais que contribuem, direta ou indiretamente para melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas e se caracteriza por uma grande rede de conversações. Nas visitas a conversa foi construindo o sentido do encontro, o termo *apoio* já operava pequenas mudanças no cotidiano das práticas, com a proposição de um novo formato para desenvolver o exercício do Apoio Matricial.

Segundo essa lógica, e após realizar visitas nos serviços, entendeu-se que manter os encontros de discussões com a divisão distrital do município não faria sentido. A divisão do município considerava a proximidade geográfica das unidades, porém os profissionais do NASF atendiam geralmente em 3 UBS em distritos diferentes. Manter as reuniões segundo a divisão de distritos acarretava a sobrecarga de agenda dos profissionais do NASF, resistência dos gestores em liberar o profissional para os encontros e pouco horário

disponível para outras invenções (atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, grupos, entre outros)

Deste modo, para o encontro inicial, propomos em conjunto com a Articuladora de Saúde Mental manter a divisão de quatro grupos para as reuniões de matriciamento, mas seguindo os seguintes critérios: a mesma quantidade de UBS (5 cada) por encontro (considerando a proximidade física das unidades) a prioridade da participação dos encontros de profissionais que fossem vinculados ao usuário, os profissionais de equipe NASF representam suas unidades de atuação na mesma reunião e por fim as reuniões não seriam restritas ao CAPSij e UBS, mas aberta a participação de outros serviços que realizassem acompanhamento do usuário, sendo da saúde ou não. O projeto foi então apresentado aos profissionais da Atenção Básica cujas expectativas foram ao encontro com as dos profissionais da miniequipe: grupos menores possibilitaram discussões mais aprofundadas, com maior circulação da palavra entre os profissionais e conseqüentemente maior vinculação entre os atores.

Este novo formato possibilitou que o CAPSij estivesse semanalmente no território, mas não acarretou sobrecarga aos profissionais das UBS, pois os encontros aconteciam semanalmente para o CAPSij e continuavam mensalmente para os profissionais da atenção básica. E ainda instituiu um espaço de encontro garantido para outros serviços da saúde e rede socioassistencial.

O COMPARTILHAMENTO DAS DIFICULDADES E A BUSCA POR ALGUMA SAÍDA POSSÍVEL: CONSTRUINDO PEQUENAS REDES DE APOIO E AFETO

As reuniões de matriciamento passaram a acontecer com frequência semanal para a equipe do CAPSiJ, com um número reduzido de pessoas, representando 5 unidades de saúde do território. Para as equipes da Atenção Básica, manteve-se uma frequência mensal, em grupos menores. Ter tempo para ouvir e ser ouvido quanto ao que cada um desenvolve no seu cotidiano de trabalho como cuidado em saúde, os desafios e as conquistas com os diferentes usuários e comunidades, possibilitou uma aproximação maior entre os profissionais de cada serviço e o entendimento ampliado da concepção de cuidado territorial que inclui não só o usuário que reside naquela localidade.

Lima e Yasui (2014) consideram o território como relacional, superando a lógica da delimitação geográfica.

Ele diz respeito à construção e à transformação que se dão entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem: memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar; relações que surgem dos modos de apropriação e de alienação desse espaço e dos valores sociais, econômicos, políticos e culturais ali produzidos; modos múltiplos, contíguos, con-traditórios de construção do espaço, da produção de sentidos para o lugar que se habita por meio das práticas cotidianas (Lima e Yasui, 2014, p. 597)

Neste sentido, os profissionais de saúde também fazem parte da cultura daquele território, inscrevendo e produzindo cuidado e modos de cuidar. Como o CAPSiJ encontrava-se em um outro território

geográfico, os momentos de apoio matricial com os profissionais da Atenção Básica possibilitaram a construção de territórios relacionais, a partir da vinculação, acolhimento e corresponsabilização entre os próprios profissionais da rede de saúde. As tecnologias leves utilizadas com os usuários dos serviços de saúde foram aqui utilizadas entre profissionais de diferentes serviços para construir uma rede de trabalho afetivo, possibilitando que cada um dos profissionais ali presentes efetuassem suas potências individuais e, os pequenos coletivos, suas potências comunitárias³. Ativar essas potências requisiu tempo para discutir e refletir sobre como ofertar espaços de cuidado às crianças e adolescentes com questões de Saúde Mental no território, considerando as peculiaridades que foram aqui apresentadas.

Com o tempo cada grupo foi tomando formas variadas, com surgimento de propostas de cuidado únicas que consideravam as singularidades da população atendida, dos profissionais que ocupavam os serviços, e a inclusão de novos atores nesse processo de compartilhamento. Havia aqueles que por falta de algumas categorias profissionais em suas unidades solicitaram maior atendimento compartilhado com equipe do CAPSij, em outras parcerias em visitas domiciliares foram pedidos mais recorrentes, grupos entre CAPSij e UBS e por fim, propostas de parcerias entre diferentes UBS próximas,

³ Potência aqui compreendida como potência de vida. Alguns autores realizaram reflexões teóricas a partir do conceito de biopolítica (poder sobre a vida) cunhado por Foucault no século 18. Nestas discussões, foi proposta uma inversão conceitual e política, redefinindo biopolítica como potência da vida, como poder de afetar e ser afetado (Pélbart, 2003)

sem a necessidade de participação do CAPSiij, também foram discutidas neste espaço.

...não há vida sem movimento e criação e, portanto, é preciso apropriar-se da tradição, destruí-la para que algo novo advenha. O novo surge e busca-se articulá-lo a uma rede coletiva de sustentação, criando novos territórios; esta-mos, assim, de volta ao campo cultural. (Lima e Yasui, 2014, p. 602)

Como efeito, tivemos a construção de novas práticas compartilhadas, a lógica do encaminhamento foi ficando distante das conversas e cada vez mais visualizamos a implicação crescente dos diversos profissionais da atenção básica em pensar tecnologias para o atendimento dos sujeitos em sofrimento psíquico. “O questionamento de que o CAPS possui de fato um trabalho no território se deve ao fato de que a ação no território é mais do que a presença física do serviço na região” (Quintas e Amarante, 2008, p. 104).

PARCERIAS ESTABELECIDAS, TERRITÓRIO MAPEADO, ACESSO AO USUÁRIO - PROJETO AMARRAÇÃO

Com cada um dos 4 pequenos grupos de matriciamento estabelecidos, as parcerias foram sendo realizadas a partir das particularidades daquele pequeno território e também dos profissionais que participavam dos encontros de Apoio Matricial.

Dentre estas, vale ressaltar o Projeto Amarração, caracterizado por um grupo de Redução de Danos⁴ na comunidade de um dos territórios em parceria com a UBS de referência. A partir das discussões de Apoio Matricial o CAPSij iniciou visitas regulares a uma adolescente moradora desta comunidade que fazia uso abusivo de substância psicoativas (SPA). Durante essas visitas o que encontramos foi uma situação de extrema vulnerabilidade, esgoto a céu aberto, caminhos de terra entre o mato. Esta comunidade tinha a característica de ser “escondida” no meio de um bairro, cujo acesso se dava ou por um terreno baldio ou por uma escadaria entre duas casas.

O acompanhamento da referida adolescente levava a equipe a estar disponível à surpresa, ao acaso, aberta ao que o território oferecia.

Acompanhá-la consistia em esperá-la fumar um baseado; esperar a mãe da jovem chegar em casa ou esperar que ela acordasse para ficar com os irmãos mais novos; levá-la ao CAPSij para um banho, muitas vezes acompanhada dos irmãos mais novos, pois não havia quem cuidasse deles; tentativas de sensibilização para ir até a UBS; tentativas de aproximação com a mãe, que desejava que a filha fosse morar com o pai ou fosse internada para tratamento do uso de SPA.

Nesses momentos de espera, outros moradores abordavam a equipe referindo que seus filhos adolescentes também precisavam de ajuda e cuidado com relação ao uso de drogas, sintoma este que também

⁴ “Em seu conceito mais amplo, e de acordo com o Medical Subject Headings (MeSH) da United State National Library of Medicine, “Harm Reduction” (termo introduzido no MeSH em 2003) ou “Redução do Dano” é: “A aplicação de métodos projetados para reduzirem o risco do dano associado a certos comportamentos, sem diminuição na frequência daqueles comportamentos””. (Niel; da Silveira, 2008, p. 11)

era observado nos adultos que nos abordavam. Nestes momentos, eram realizadas orientações aos pais sobre o uso das substâncias e seus efeitos, práticas de redução de danos e ofertas para ir às UBSs realizarem acompanhamento clínico.

Com o tempo, essa adolescente foi morar com o pai, assim como era de desejo da mãe. Mas, a partir do acompanhamento dela, foi possível estabelecer um vínculo com a comunidade e os pais, o que propiciou a aproximação da equipe com a responsável pela Associação de Moradores da comunidade. Ela nos disponibilizou um espaço e a equipe poderia utilizar para realizar alguma atividade com a população que ali residia.

A partir destas conversas foi proposto um grupo semanal na sede da Associação da comunidade. Era um grupo aberto, com livre acesso para receber os adolescentes. Pautado na prática da redução de danos, a proposta era que esta se moldasse a partir das demandas dos próprios adolescentes.

Quanto mais participativas e abertas as informações para a formulação de propostas de intervenções, mais provável de que determinados contextos garantam uma melhor resposta oportuna do Estado a maioria dos problemas identificados, propiciando ao mesmo tempo aos indivíduos uma “consciência de escolha”. Ao se priorizar o chamado “risco social” como potencialmente gerador de conflitos, é preciso criar um envolvimento institucional em rede dentro de um processo de aprendizado permanente que valorize e implemente ações e estratégias de proteção, cuidado e autocuidado, possibilitando mudanças de comportamento e atitude frente a situações de vulnerabilidade. (Santa Catarina, 2003, p. 5)

No primeiro dia do grupo foi surpreendente a presença de apenas 1 adolescente. Entretanto, mais de 10 crianças nos aguardavam para realizar atividades e nenhum pai ou mãe, além das responsáveis por abrir a associação, estava presente. Diante do inusitado, foi construído ali, em conjunto com aquela pluralidade de crianças o que seria feito. A surpresa não foi apenas para a equipe; dessa vez foi o momento das crianças se surpreenderem. Aparentemente uma situação em que a proposta não fosse ofertada de forma hierarquizada era também uma novidade na vida daquelas crianças.

Como em um colegiado, foi decidido com as crianças: a frequência naquele espaço, as atividades que seriam realizadas e o cuidado dos menores durante a realização das atividades.

A frequência semanal atraía crianças de todas as faixas etárias e que, na maioria das vezes, levavam seus irmãos ainda menores para participar da atividade. Crianças responsáveis por outras crianças era uma característica marcante daqueles encontros. E inacreditavelmente um sentido comunitário foi se constituindo, mesmo entre crianças muito pequenas.

Com o tempo foi possível presenciar situações de violência, de desassistência, entre outros. E as crianças começaram a se sentir confiantes em relatar os acontecimentos do seu dia a dia. O posicionamento não hierárquico dos profissionais e acolhedor, possibilitou que a transferência se estabelecesse, e mesmo diante da angústia, do sentimento de incapacidade para realizar grandes transformações na vida dessas pessoas, foi possível compreender que

para aquelas crianças a existência desse grupo era um espaço de proteção, de garantia de direitos, em que elas poderiam se expressar sem ser constantemente recriminadas.

CONCLUSÃO

Quando realizado de forma horizontal, participativa, como estratégia de ação-intervenção compartilhada, o Apoio Matricial em Saúde Mental é um instrumento valioso para construção de práticas de cuidado antimanicomial e que extrapolam a lógica médico-centrada. Trata-se de um instrumento de grande valor para a elaboração de novos recursos de oferta de cuidado não institucionalizados que promovam estratégias mais criativas, independente de tecnologias pesadas. As tecnologias leves, que compreendem as relações interpessoais, sejam entre os profissionais e os usuários e entre os trabalhadores dos diversos níveis de atenção, se constituiu como a principal estratégia de intervenção e foi fundamental para o desenvolvimento das ações. A aproximação entre os profissionais da Atenção Primária e dos trabalhadores da especialidade é crucial para a compreensão da realidade territorial e a construção de um cuidado singular, tanto para o sujeito atendido como para o próprio território.

O compromisso e o contrato mútuo para desenvolver uma prática de cuidado integral, humanizado e em prol de um propósito compartilhado são pilares para a construção de uma prática de Apoio Matricial horizontal, onde todos os envolvidos possam ser atores deste processo. O conhecimento técnico, sem desmerecer sua importância,

não deve ser o primeiro elemento para a construção do vínculo entre os sujeitos envolvidos.

Quando há a possibilidade dos diferentes atores (profissionais envolvidos, comunidade e sujeitos atendidos) serem protagonistas para a construção de um cuidado singular, existe uma reflexão acerca do sofrimento e das condições de vida e as práticas manicomialis perdem espaço, possibilitando também aos sujeitos atendidos um exercício de suas potências de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 04 nov. 2023.

CHIAVERINI, H. D; et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 04 nov. 2023.

COHEN M. C; CASTANHO P. Impasses e potências: o matriciamento como dispositivo de cuidado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.25, p. e200462, 2021.

- GODINHO DELGADO, P.G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.
- GUARULHOS. SECRETARIA DE GOVERNO, PREFEITURA DE GUARULHOS. *Observatório de Políticas Públicas de Guarulhos: Análise do Planejamento Urbano do Município*, v.4 n.1, set. 2021. Disponível em https://observatorio.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/REVISTA_A4_OBSERVATORIO%20PP%202021.pdf. Acesso em: 15 out. 2023.
- GUARULHOS. *Unidades Básicas de Saúde - UBS*. Disponível em: <https://www.guarulhos.sp.gov.br/unidades-basicas-de-saude-ubs>. Acesso em: 04 nov. 2023.
- IBGE. *Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Acesso em: 04 nov. 2023.
- IGLESIAS, A. AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.24, n.4, p. 1247-1254, abr. 2019.
- JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & saude coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jul. 2011.
- LIMA, E. M. F. DE A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, v.38, n. 102, p. 593-606, jul. 2014.
- NIEL, M.; XAVIER DA SILVEIRA, D. *DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS: uma cartilha para profissionais de saúde*. [s.l: s.n.]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_

humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf>.
Acesso em: 04 nov. 2023.

PÉLBART, P. P. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003

QUINTAS, R. M.; AMARANTE, P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde em Debate*, v. 32, n. 78/79/80, p. 99-107, jan. 2008.

SANTA CATARINA, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Diretoria Vigilância Epidemiológica. *ABC Redução de Danos ABC*. Florianópolis: SES, 2003. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conferencias-e-encontros/conferencia-estadual-de-saude-mental/textos/3165-manual-da-reducao/file> Acesso em: 04 nov. 2023.

TEIXEIRA, R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: *Research Conference on Rethinking "the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America*. San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies (CILAS)/ University of California; 2004.

CAPÍTULO 10

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: RECONSTRUÇÃO DE CIDADANIA E FIM DO DISPOSITIVO MANICOMIAL

Renan Souza de Oliveira

Claudio Jose Cobianchi

INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu a partir da vivência dentro de uma especialização em um CAPS Adulto II de Saúde Mental no município de São Paulo. Durante a passagem no serviço, percebeu-se que havia usuários que estavam há mais de décadas na Instituição e que isso poderia ser um problema, visto que o cuidado no CAPS tem como base a Reabilitação Psicossocial, pensamento compartilhado por um técnico em uma reunião de equipe e que levou ao interesse de estudar mais profundamente sobre esse tema na monografia.

Com base nesse interesse, surgiu o objetivo principal da pesquisa, que é compreender como o conceito e as práticas de Reabilitação Psicossocial se construíram dentro do campo da Saúde mental no Brasil e como são vistas e discutidas atualmente, a partir de trabalhos produzidos entre os anos de 2010 e 2020, ano este em que começou a ser produzida a monografia.

METODOLOGIA

Por causa da pandemia do covid-19 e pelo pouco prazo para submeter o trabalho ao comitê de Ética, tornou-se impossível a realização de pesquisas de campo dentro da especialização e, portanto,

foi utilizado o método bibliográfico para alcançar os objetivos propostos. O método bibliográfico consiste em buscar conhecer as contribuições científicas sobre um tema, com o objetivo de armazenar, selecionar e analisar as contribuições teóricas que já existem sobre determinado assunto (MATIAS-PEREIRA, 2006).

A revisão bibliográfica deste texto dividiu-se em três partes. Inicialmente, foi realizado um levantamento histórico, entendendo como se deu a assistência na saúde mental no contexto brasileiro e como ela se relaciona ao surgimento das práticas de Reabilitação Psicossocial no país.

A segunda foi sobre como a Reabilitação Psicossocial é descrita por autores clássicos da área, que já escreveram sobre esse tema, entendendo que as suas ideias influenciam os demais e que seriam a base do que se compreende por RP. Por último, foram levantados artigos escritos na última década (2010-2020), realizando um recorte focado em trabalhos relacionados à Reabilitação Psicossocial e Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental, área de pesquisa com a qual a monografia pretendeu contribuir.

Quanto à terceira parte do estudo, utilizou-se a base de dados da Scielo e da revista eletrônica de Psicologia Index – PSI, a qual foi acessada através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Na Scielo, foi feita inicialmente uma busca com o descritor “Reabilitação Psicossocial” em uma mostra aberta (sem filtros), que resultou em 226 artigos. Depois, refinou-se a busca para artigos em Português, de 2010-2020, levantando 126 resultados. Compreendendo que o foco da pesquisa

eram trabalhos baseados nos CAPS, foi realizado uma nova busca com os descritores “Reabilitação Psicossocial” e “CAPS” ligados pelo conector “AND”, com artigos produzidos em português. Com esses descritores, foram encontrados 24 artigos publicados entre 2010 e 2020, sendo 9 artigos repetidos, totalizando 15 artigos diferentes.

Em relação à Index Psi, seus artigos foram acessados pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Nessa biblioteca foi feita a primeira busca usando o descritor “Reabilitação Psicossocial”, e a mostra aberta resultou em 1990 artigos. Em seguida, filtrou-se para que só os artigos pertencentes ao domínio da Index – Psi fossem levantados. Em uma mostra aberta, com o mesmo descritor, o periódico trouxe 69 artigos. Ao refinar a busca com artigos em português que foram publicados entre 2010 e 2020, surgiram 57 artigos. Assim como anteriormente, pensou-se em levantar trabalhos relacionados aos CAPS, novamente utilizando os descritores “Reabilitação Psicossocial” e “CAPS” ligados pelo conector AND, levantando 147 artigos.

Ao refinar a busca por artigos com esses descritores, mas com os filtros de idioma em português e ano de publicação entre 2010 a 2020, surgiram 15 artigos. Neles, 3 foram repetidos, apresentando, portanto, 12 artigos diferentes.

Após uma leitura dos artigos de ambas as plataformas, foram criadas categorias de discussão relacionadas ao tema do trabalho principal, que é a Reabilitação Psicossocial e práticas que com ela se relacionam, e somando os resultados de ambas as plataformas e excluindo aqueles que se repetem, foram levantados 25 artigos.

Nos artigos levantados nas duas plataformas, após uma leitura prévia, foram criadas categorias de agrupamento que ajudassem a delimitar ainda mais quais artigos se relacionam com o tema desta pesquisa, sendo essas categorias critérios de inclusão e exclusão. Ao final, foram escolhidos artigos que descrevem práticas e estudos relacionados à Reabilitação Psicossocial em CAPS de Saúde mental, por estarem mais próximos do objetivo da pesquisa. Foram estes os escolhidos, a partir do refinamento das buscas, para compreender o que vem sendo estudado e discutido sobre a Reabilitação Psicossocial atualmente, sendo destrinchados e descritos no levantamento.

PERCURSO HISTÓRICO

Uma pequena história da loucura no Brasil

As circunstâncias que permitiram a emergência do louco enquanto problema social, e que trouxeram junto à necessidade de Instituições para controlá-lo no Brasil do século XIX, foram muito parecidas com as da Europa do século XVI, mencionadas no Livro História da Loucura na Idade Clássica de Michel Foucault (2019). Durante um período, nada sobre os loucos era mencionado pelos cronistas e viajantes que vinham para a América. Supõe-se que, segundo uma tendência histórica universal, aos loucos pobres eram permitidos, desde que não perturbando o meio social, vagarem pelas cidades e campos, vivendo de caridade pública. Caso tivessem atitudes violentas, os loucos eram recolhidos às prisões, podendo ou não sofrer maus tratos (RESENDE, 1994).

No período do Brasil Colônia, conforme o desenvolvimento do país, as Santas Casas de Misericórdia passaram a incluí-los dentre seus hóspedes, porém com um tratamento diferenciado dos outros. Eles eram colocados em porões, sem assistência médica, tendo seus delírios e agitações contidos por espancamentos e prisões em troncos. (RESENDE, 1994).

O Início do alienismo no Brasil e o Hospício Pedro II

No século XIX tem-se o marco fundador da assistência psiquiátrica no Brasil, a inauguração do Hospício Pedro II em 1852, na, até então, capital e sede da corte imperial, Rio de Janeiro. Esse hospício, que era administrado pelas freiras da Ordem de São da Ordem de São Vicente de Paulo, tinha capacidade para abrigar 350 pessoas e destinava-se a receber gente de todos os lugares do império, algo, até então, difícil de imaginar diante do tamanho do território brasileiro (RESENDE, 1994).

Após um período de transformações no país e de conflitos entre médicos e religiosos pela autoridade dentro do hospital psiquiátrico, em 1887, Teixeira Brandão, médico, político e militante histórico do movimento republicano, é nomeado diretor do local. Em 1890, após a Proclamação da República, o Hospício é desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, e Teixeira Brandão é mantido no cargo de diretor do agora chamado Hospício Nacional dos Alienados, iniciando oficialmente a medicalização desse antigo hospício. (TEIXEIRA E RAMOS, 2012)

A Instituição e ampliação dos hospitais colônias

No século XX surgem às colônias agrícolas como esperança de cuidado dos doentes, tendo como principais fundamentos a assistência heterofamiliar e a praxiterapia nas atividades agrícolas, sendo, esta atividade, o carro chefe do cuidado terapêutico. (VENÂNCIO, 2010).

Entretanto, os hospitais colônias, por estarem a quilômetros de distância dos centros urbanos de onde vinham sua clientela, não tinham condições de interferir nos processos de seleção e exclusão dos pacientes que chegavam e que teriam que intervir. Quem se dispusesse a avaliar a população das colônias brasileiras de alienados iria encontrar, além dos doentes, pessoas que apresentavam, como fator determinante de internação, “doenças” como moças namoradeiras que foram desvirginadas, crianças que ficaram órfãs, arruaceiros ou mendigos que, pela mediação de um chefe político ou de um delegado de polícia, encontravam no encaminhamento ao hospício uma solução definitiva para os problemas (RESENDE 1994).

Ao final da década de 50, a situação das colônias se tornou caótica, o Juqueri abrigava de 4 a 15 mil internos. O mesmo ocorria em Barbacena, Minas Gerais, com 3,2 mil enfermos e o Hospital São Pedro, em Porto Alegre, que acolhia 3000 internos, tendo capacidade para 1700. Essa superlotação aliada a maus tratos, deficiência de profissionais, condições de hotelaria pior que de muitos presídios e praxiterapia com trabalhos monótonos e sem sentido feitos por usuários, era basicamente tudo aquilo que Teixeira Brandão denunciava dos

Hospícios não medicalizados, quase um século antes (RESENDE 1994).

Pós – 64. Privatização da saúde mental e o surgimento dos movimentos de reforma psiquiátrica no Brasil

Na metade do século XX, o ano de 1964, em que se instaurou a ditadura militar no Brasil, é considerado um marco divisório entre uma assistência voltada para os doentes mentais indigentes e uma nova fase, na qual se estendeu a massa de trabalhadores e seus dependentes (RESENDE 1994).

Pode-se dizer que, nesse momento histórico, a instituição lucrativa em saúde alcançou seu apogeu, o discurso tecnocrata e capitalista foi transplantado para assistência médica à população. Multiplicaram-se as empresas médicas ou medicina de grupo, que passaram a maioria das ações médicas exercidas no país. O Hospital psiquiátrico particular se tornou um dos investimentos mais cobiçados, por conta do seu baixo custo operacional e a política de repasse de recursos financeiros promovida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (FIGUEIREDO, 1988).

Na metade da década de 70, em São Paulo, os grupos alternativos em saúde mental quase não se relacionavam, configurando, desta forma, um quadro desarticulado. Entre 1977 e 1979, houve três momentos historicamente fundamentais para o início das articulações entre os diferentes grupos: o episódio do Hospital de Congonhas, entre 1977 e 1979, que movimentou todas as forças em solidariedade e apoio;

a realização do I encontro de trabalhadores de Saúde Mental, em 1979 em São Paulo; e a vinda do médico italiano Franco Basaglia ao Brasil, organizada pelo Instituto de Psiquiatria Social (IPSO), Sociedade de Psicodrama de São Paulo e Associação Mineira de Psiquiatria (FIGUEIREDO, 1988).

Epílogo

As décadas seguintes, principalmente a de 80 e 90, foram marcadas pela reestruturação da Assistência Psiquiátrica do País. Deixando marcos teóricos e políticos importantes, como 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que ocorreu no mesmo ano que foi promulgada a Lei da reforma psiquiátrica no Brasil, chamada de lei "Paulo Delgado" em 2001 (AMARANTE, 2007), entre outros.

Pode-se observar que a reforma psiquiátrica brasileira nas últimas décadas passou a intercalar períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e propostas, com períodos em que ocorre lentificação do processo. Algo que, com base na história citada, ainda está em construção, talvez uma luta permanente para que a barbárie e a exclusão, vindas dos manicômios, não retornem.

Trabalhos opostos a seu próprio tempo – raízes da Reabilitação Psicossocial.

Ao encerrar esse percurso histórico, é importante citar que no período de implantação e ampliação das colônias e dos hospitais agrícolas, mesmo com as condições precárias e caóticas da assistência na saúde mental no país, houve alguns trabalhos que, apesar de isolados, se destacaram por suas inovações em relação às formas de cuidados e temáticas até então não debatidas e questionadas.

Pode-se citar o trabalho do médico Osório César com a arte em Franco da Rocha, que instalou materiais artísticos e a arte nos pavilhões do hospital, acreditando que o fazer arte já propiciava cura, por ela ser um meio de acesso ao mundo interior (ANDRADE, 2000). Ulysses, pernambucano, que, além de apontar a relação entre arte e loucura, preconizou, na década de 30, uma organização assistencial abrangente, com ambulatorios, atenção ao egresso e hospitais abertos, porém, sua proposta não frutificou, e o cuidado permaneceu restrito ao interior dos asilos nos demais lugares. (RESENDE, 1994). Assim como Juliano Moreira, médico e diretor negro que se engajou na luta contra o racismo científico de sua época, também foi pioneiro na construção de diversas oficinas durante seu período de administração do principal hospital do Distrito Federal, que incluíam sapataria, costura e outras atividades.

Por último, é importante mencionar o trabalho e a luta de Nise da Silveira, que, além dos métodos alternativos de tratamento, citados em diversos outros trabalhos, fundou a Casa das Palmeiras, em 1956,

primeira instituição de cuidado da loucura em liberdade no país, deixando um grande legado (REIS, 2014; MELO, 2007).

Reabilitação Psicossocial como reconstrução de cidadania e fim do dispositivo manicomial

A partir da década de 90, com o crescimento do movimento antimanicomial e o nascimento do SUS, surgiram discussões em torno da reabilitação Psicossocial no país, trazendo a discussão para o primeiro encontro Nacional de Reabilitação Psicossocial, onde houve a conceituação que a embasa até os dias atuais.

Para Pitta (1996/2016), a discussão sobre Reabilitação Psicossocial pode ser considerada recente, e muitas práticas utilizam seu nome para se legitimar em diferentes lugares, podendo ser tantas as versões quanto forem as experiências concretas que foram ou estão sendo desenvolvidas em diversos países. Um exemplo é o relatório antigo de 1985 da IAPRS (Associação Internacional de Reabilitação Psicossocial), trazido pela autora, no qual já se identificava 800 experiências focadas em Reabilitação Psicossocial ao redor do mundo.

Quanto à sua conceituação, não se pode esgotar seus múltiplos sentidos. Para a OMS (Organização Mundial de Saúde), ela é definida como “conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários” (PITTA, 2016, p.28). Em um sentido instrumental, ela é um conjunto de meios que são desenvolvidos

para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. (PITTA, 2016).

Saraceno (1996/ 2016) conceitua a Reabilitação Psicossocial como uma abordagem, uma estratégia global, um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania que visa à restauração completa da contratualidade em três grandes cenários: a casa, a rede social e o trabalho enquanto valor social. O autor os destaca, pois, segundo ele, são os locais onde se desenrolam as cenas da vida.

Para o médico italiano, a construção da plena cidadania, parte essencial da Reabilitação Psicossocial, depende de diversas variáveis, que podem operar a favor ou contra a contratualidade nas áreas citadas. Tudo que age contra esse aumento de contratualidade está contra a reabilitação.

Tykanori (2016), compartilhando das ideias de Saraceno (2016), delimita a reabilitação a um processo de reconstrução do poder contratual do usuário, com o objetivo de ampliar sua autonomia. Para ele, a autonomia é percebida como capacidade do indivíduo gerar novas normas para sua vida, de acordo com variadas situações que ele enfrenta.

Segundo o mesmo autor, para acontecer o aumento da contratualidade do doente mental na reabilitação, é primordial que se inicie pela desconstrução do dispositivo manicomial, que produz e mantém o desvalor dos pacientes. Entretanto, o grande desafio é, ultrapassado o momento inicial do fechamento do manicômio, preencher a lacuna deixada por ele, pois mesmo com seu fim, não ocorre

automaticamente uma passagem do desvalor para uma participação efetiva de intercâmbio social.

Tykanori (2016) afirma que, às vezes, é mais presente a tendência a se estacionar em um nível de assistência humanizada, porém complacente, possivelmente até mais bonita, mas igualmente desvalida e excluída como aquele que ela busca substituir. É um grande esforço pensar formas de prática e atuação que superem esse patamar. Para o autor, é nesse contexto que a discussão sobre a temática da reabilitação é tão importante.

Levantamento Bibliográfico de Artigos Publicados entre 2010-2020

Agora será apresentado o que vem sendo discutido no presente, na última década, sobre Reabilitação Psicossocial, entendendo que os escritos são uma consequência de todo percurso histórico narrado até aqui e que sofreram influência das conceituações discutidas anteriormente. Os artigos levantados foram divididos e separados por temas, e agrupados em 5 sub categorias.

A primeira categoria foi **Reabilitação Psicossocial, trabalho e inclusão social** que tem como base os artigos de Leão Barros (2011) e de Rodrigues, Marinho & Amorim (2010), que discorrem sobre a questão da inclusão social dos usuários que estão dentro dos CAPS. Os artigos apontam que é possível perceber que o trabalho ocupa uma função de destaque na estruturação ou desestruturação da vida dos participantes da pesquisa (usuários). Mostrando-se necessário que a

questão do trabalho seja resgatada pelos CAPS, não apenas para inserção imediata ao mundo do trabalho, mas para valorizar essa dimensão da vida, cujo sentido é construído pela história e narrativa do próprio indivíduo, entendendo também como uma proposta de reinserção social além dos muros dos serviços. Para isso, os autores apontam o trabalho intersetorial, indo além da área da saúde, como um fator fundamental para que a reabilitação possa acontecer.

Na segunda categoria, **Reabilitação Psicossocial, arte e oficinas terapêuticas**, têm-se os artigos de Azevedo e Miranda (2011), Campos-Brustelo, Bravo e Santos (2010) e Silva et al (2018), relacionados ao trabalho ou funcionamento de oficinas terapêuticas que partem principalmente do uso da arte, sejam elas o teatro, a literatura, a pintura e entre outros, dentro do CAPS. É apontado que, através da livre criação, elas devem ser um local de produção de vida e de incentivo à criatividade, não sendo apenas um lugar de ocupação de tempo do usuário.

Na terceira, **Reabilitação, desospitalização e CAPS**, os artigos de Costa e Trevisan (2012); Furtado et al (2013) e Nasi e Schneider (2011) levantam que os CAPS possuem um papel central no processo de desinstitucionalização, porém, muitas vezes, torna-se o único ponto de apoio dos usuários e suas famílias, sendo importante realizar um trabalho com seu entorno para ampliar essa rede.

Na quarta categoria, **Reabilitação Psicossocial e práticas territoriais**, os autores Leão e Barros (2012) trazem a questão do uso do território por parte de serviços de saúde mental como precondição para

o desenvolvimento de ações que visem estimular processos de inclusão social e exercício de cidadania. Para eles, são as ações no território que dão significado para o cotidiano do serviço e nisso reside a importância dessas ações, que diferenciam um serviço de caráter comunitário para o de um Hospital Psiquiátrico, permitindo um outro olhar para a pessoa em adoecimento psíquico grave.

Por último, há o artigo sobre **Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico** de Prado et al (2013), que mostra, no caso descrito no seu artigo, a importância do Acompanhante Terapêutico (AT) na ampliação das relações do usuário. Sendo ressaltado pelos autores que, para que a inclusão e o cuidado sejam realmente efetivos, deve haver um fortalecimento da Raps e das ações intersetoriais.

Discussão de resultados

Ao olhar para a história da assistência à saúde mental no Brasil, partindo da ideia de Saraceno (2016) de que a Reabilitação Psicossocial é fundamentalmente a reconstrução de cidadania, que muitas vezes é perdida pelo indivíduo que adocece, nota-se o porquê desse conceito. No país, só começou a ser realmente discutido a partir das décadas de 80 e 90, sendo que, nesta última, surgiram os textos conceituais que embasam a ideia de reabilitação deste artigo e que influenciam inúmeros textos até hoje.

Antes dos movimentos de reforma psiquiátrica que se fortaleceram na década de 70, como descrito principalmente por

Figueiredo (1988), era inviável pensar qualquer forma de cidadania, ou até mesmo de tratamento nos hospitais psiquiátricos, tanto nos hospitais-colônias quanto nos particulares, que se tornaram, com o tempo, em depósitos de pessoas, com grande superlotação e quase sem nenhuma triagem adequada de quem entra e sai, como descrito por Resende (1994). Por isso, é difícil perceber, antes dos ideais de reforma psiquiátrica, com algumas exceções, movimentos que possam realmente se aproximar das práticas do que se entende na literatura por Reabilitação Psicossocial.

Dentre esses movimentos que se aproximam de uma possível ideia ou prática de Reabilitação Psicossocial têm-se, como já citados, trabalhos como de Juliano Moreira, na luta contra o racismo e a favor de maior dignidade humana no começo do século XX (ODA E DALGALARRONDO, 2000) e Osório César que inseriu a arte como forma de cuidado em saúde (ANDRADE, 2000). Trabalhos que, apesar de potentes, esbarraram nas próprias limitações que a estrutura e a lógica do manicômio impunham. Quanto ao Osório César, ele instaurou trabalhos artísticos nos pavilhões do Juqueri, porém as atividades eram um fim em si mesmo, indo de encontro ao que Saraceno (2016) chama de entretenimento, no sentido de entreter pra dentro. Uma atividade que não poderia ser considerada uma prática de Reabilitação Psicossocial, pelo fato de não se pensar além da própria atividade em si

Nesse ponto, Nise da Silveira causou maior ruptura e transformação, conforme Andrade (2000) e Melo (2007), além da

instauração de um cuidado humanizado e do uso de recursos artísticos. Nise foi uma das pioneiras na luta contra lógica manicomial de internamento, principalmente, ao fundar a casa das palmeiras, que pode ser considerado um ato revolucionário, pois pela primeira vez no país, surgiu um serviço com cuidado em liberdade, tal como Pernambucano ensaiou na década de 30, mas que não frutificou, conforme Resende (1994).

Esses trabalhos, apesar de potentes, ficaram isolados do que era feito na grande maioria das instituições em suas épocas, demonstrando que as políticas públicas, o tipo de administração governamental e a forma como a sociedade se organiza influenciam diretamente na forma como se constrói a assistência no campo da saúde mental no país. A história demonstra o que Saraceno (2016) afirma em seu texto, que a Reabilitação psicossocial, para ser aplicada enquanto técnica, depende de um “marco organizacional, político e estrutural em que se dá saúde mental num determinado local, bairro, cidade ou país” (p. 24).

A partir de marcos importantes, como o surgimento dos CAPS em 1987 e, principalmente, a construção da Constituição Federal em 1988, que trazia princípios claros do direito à cidadania, assistência, previdência social e o surgimento do SUS e suas diretrizes (PAIM, 2013), as políticas públicas em saúde mental passaram a ter como foco os meios de cuidado em liberdade, permitindo discussões sobre como pensar a Reabilitação Psicossocial no país. Tal como a discussão feita pelos teóricos citados neste trabalho, momento em que realmente pode se pensar no “louco” enquanto cidadão, como alguém que circula e

realiza trocas afetivas em diferentes espaços (SARACENO, 1996), e não apenas um portador de uma doença grave, quando a ideia de reabilitação psicossocial e suas práticas efetivamente surgem no país.

Os apontamentos dos autores citados como referenciais teóricos foram realizados na década de 90, e desde os anos que se passaram até o presente, houve muitas mudanças no campo da saúde mental no Brasil, como a ampliação dos CAPS (BRASIL, 2003) e da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), enquanto serviço e rede substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, neste ponto surgiram novas problemáticas em como se pensar a Reabilitação Psicossocial dentro desse novo lugar de cuidado da loucura.

Os artigos recentes mostram como se discutiu a Reabilitação Psicossocial nos últimos anos no principal serviço substitutivo ao manicômio dentro da RAPS, que são os CAPS e as novas alternativas relacionadas ao que foi escrito na literatura pelos autores citados anteriormente. Nasi e Schneider (2011) apontam em sua pesquisa, que, na visão dos usuários entrevistados, o CAPS é visto como um local que oferece tratamento não centrado em Hospitalização, possibilitando que eles possam ser cuidados em suas casas, em contato com a família, sem isolamento ou segregação, cumprindo, dessa forma, uma de suas bases, que é a desinstitucionalização.

Ao pensar em Reabilitação Psicossocial e nos CAPS, é preciso lembrar que eles são diferentes dos hospitais psiquiátricos descritos na parte histórica, possuindo, conforme Leão Barros (2011), a Reabilitação Psicossocial em sua proposta de serviço, o que permite criar

possibilidades de inclusão social para os usuários, ao ter em sua preconização intervenções dentro dos eixos norteadores da reabilitação, definidos por Saraceno (2016): o trabalho enquanto valor social, moradia e rede social. Esses eixos são a base da ideia de reconstrução da cidadania e, mesmo que não de forma direta, permeiam os artigos levantados na terceira parte deste artigo. Saraceno (2016) aponta que qualquer tipo de intervenção que exclui o aumento de contratualidade em um deles, conspira contra a prática de reabilitação.

O trabalho, nos artigos como de Rodrigues, Marinho e Amorim (2010), é visto como detentor de uma função central na vida de um sujeito. Na fala dos usuários entrevistados, ele aparece relacionado à conquista de autonomia e independência, e à identidade e existência social. Os autores trazem que o trabalho pode ser tanto um causador, quanto um protetor em relação ao adoecimento mental, conforme os autores, é necessário que essa questão seja discutida e resgatada dentro dos serviços, não apenas como inserção imediata no mundo do trabalho, valorizando essa dimensão da vida, mas entendendo que pode ser uma proposta de reinserção social além dos muros da instituição. Leão e Barros (2011), inclusive, citam as cooperativas de trabalho como uma alternativa valiosa, eficiente e necessária para se enfrentar a desvinculação do mercado de trabalho, não só para usuários de serviços de saúde mental, mas para pessoas em desvantagem social.

A visão de ir além das paredes do CAPS também é discutida nos artigos relacionados à arte e às oficinas terapêuticas. Azevedo e Miranda (2011) trazem que a arte é uma possibilidade de projeção de conflitos

externos e internos, através dela e das oficinas valoriza-se o potencial criativo e expressivo, a expressão de subjetividade, entre outros. Nesse artigo, na fala de um dos familiares é mencionado que o que é produzido nas salas dos CAPS, muitas vezes, fica somente ali, sendo importante levar para fora, necessitando a mobilização da Instituição e dos profissionais para que isso aconteça.

A necessidade do cuidado que envolve o extramuros surgiu de forma recorrente nas pesquisas descritas, vista, muitas vezes, como um dos principais desafios do campo da saúde mental atualmente, estando ele ligado a todos os eixos da Reabilitação Psicossocial, incluindo rede social e o habitat, além da já mencionada área do trabalho. Costa e Trevisan (2012) citam em seu artigo, que, apesar dos bons resultados trazidos pelo CAPS, muitas vezes, o serviço é a única forma de apoio ofertada para os sujeitos e suas famílias, limitando, dessa forma, a reinserção social e a concretização do que é proposto pela Reabilitação Psicossocial, o CAPS teria que realizar um trabalho com seu entorno.

Como resposta a isso, surge, nas pesquisas, a ideia de território como um grande instrumento para a prática do que se preconiza como Reabilitação Psicossocial atualmente. Leão e Barros (2012) questionam o fato de muitas práticas do CAPS serem voltadas para os intramuros, e relatam que o trabalho territorial e na comunidade é recente nas políticas públicas. Na fala dos entrevistados (usuários e profissionais), por Leão e Barros (2012) entende-se o território como um espaço que potencializa ações de cuidado, nos serviços e usuários nele inseridos,

local onde estão os recursos que podem ser utilizados na reabilitação, um local de produção de vida.

Leão e Barros (2012), a partir das entrevistas realizadas, apontaram que o trabalho pautado no território é o principal direcionamento para ações de cuidado no dia a dia e, quando não se possui essa visão, não se exerce o papel de um serviço territorial, mas sim de um hospital psiquiátrico. Nesse ponto, pode-se lembrar da fala de Tykanori (2016) e pensar que o cuidado em território pode ser um passo fundamental para superar o patamar de um cuidado humanizado, porém excludente, para se chegar a um cuidado em comunidade, um cuidado que supera a lógica do hospital e do dispositivo manicomial, indo além do entreter pra dentro como descrito por Saraceno (2016), que é apontado como um problema a ser pensado na atenção em saúde mental e na Reabilitação Psicossocial.

Ao pensar que a Reabilitação Psicossocial está relacionada ao aumento de contratualidade nas áreas onde ocorrem a vida, onde há trocas afetivas e sociais do usuário, conforme Saraceno (2016), é fundamental, como Leão e Barros (2012) discorrem, conhecer as necessidades dos usuários e, para isso, é necessário ultrapassar as paredes do CAPS, ir ao encontro do que é verdadeiro na vida das pessoas, ao invés de ficar apenas fechado no serviço, pois é fora da instituição que se encontra o cotidiano dos usuários que é formado por suas relações, por suas tarefas diárias e pelos espaços que circulam.

Leão e Barros (2012) trazem em seu artigo que o uso do território por parte dos serviços de saúde mental é condição para o

desenvolvimento de ações que buscam estimular processos de inclusão social e exercício de cidadania, conseqüentemente, é precondição para o trabalho de Reabilitação Psicossocial. São as ações no território, segundo estes autores, que dão significado para o cotidiano no serviço, são elas que diferenciam um serviço de caráter comunitário para o hospital psiquiátrico, permitindo um olhar diferente para a pessoa em adoecimento psíquico grave. Dessa forma, o trabalho de cuidado com foco no território, visando levar o usuário a construir vínculos e aumento de contratualidade além dos muros do serviço é, talvez, a principal ideia recorrente na discussão sobre Reabilitação Psicossocial da última década.

Considerações finais

A partir da construção histórica desse trabalho, foi possível perceber o quanto as questões sociais e as políticas públicas estão diretamente ligadas ao desenvolvimento, ou não, das práticas de Reabilitação Psicossocial, tal como Saraceno (2016) descreve em seu texto. Mesmo com trabalhos inovadores, como de Nise da Silveira, Ulisses Pernambucano, entre outros, a Reabilitação Psicossocial só consegue ser pensada efetivamente a partir dos movimentos de reforma psiquiátrica que tiveram início, efetivamente, na década de 70. Reforma também relacionada ao surgimento dos CAPS em 1987 e à Constituição Federal de 1988, momento em que se funda o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual cada sujeito, perante a lei, torna-se cidadão com direitos, não sendo isso mais restritos àqueles que

trabalham ou produzem, período em que se pode pôr em prática um cuidado em liberdade.

Os artigos recentes relacionados à Reabilitação e ao CAPS Adulto de Saúde mental trazem de forma recorrente a ideia de um tratamento que tem como base um trabalho não centrado no próprio serviço, mas que permita que suas atividades e cuidado, desde oficinas de arte até as de geração de renda, sejam levados para fora dos muros do serviço, entendendo que é no território e nos diferentes cenários fora do CAPS que a vida do usuário acontece, buscando levá-lo para fora da cultura psiquiátrica da hospitalização, que reproduz doença ao invés de saúde, tal como fórmula Saraceno (2016).

Pode-se afirmar, a partir de tudo que foi levantado aqui, que a Reabilitação Psicossocial permeia todo o cuidado em saúde mental que visa à reconstrução da prática de cidadania do usuário por parte dos profissionais e da Instituição. Quando se fala de oficinas, de grupos, de aumento de contratualidade, de arte, de território, de tudo que possibilite a realização de um cuidado em liberdade, que permita que o usuário possa viver e desenvolver suas potencialidades dentro do que lhe é possível, fala-se, conseqüentemente, de reabilitação.

Por fim, é importante ressaltar, como observação final, que para que tudo que foi discutido nesse texto possa continuar a ser realizado, são necessárias políticas públicas que possibilitem o cuidado em liberdade, não hospitalizado, pois, como já citado anteriormente, é impossível pôr em prática ou pensar Reabilitação Psicossocial em uma sociedade excludente e manicomial.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. Saúde mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2007.
- ANDRADE, Liomar Quinto. *Terapias expressivas*. São Paulo. Vetor, 2000.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro. v. 15, n. 2, p. 339-345, 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200017> Acesso em 10 de Maio de 2023.
- Brasil, Ministério da Saúde. *Portaria 336 /GM de 19 de fevereiro* de 2002. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acesso em 10 de Maio de 2023.
- Brasil, Ministério da Saúde. *Portaria 3.088/GM* de 23 de dezembro de 2011. Institui as Redes de Atenção Psicossociais. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 10 de Maio de 2023.
- CAMPOS-BRUSTELO, Tatiane Neme; BRAVO, Fernanda Feliciano; DOS SANTOS, Manoel Antônio. Contando e encantando histórias de vida em um centro de atenção psicossocial. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, Ribeirão Preto v. 6, n. 1, p. 1-11, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100007> Acesso dia -10 de Maio de 2023.
- COSTA, Aline Aparecida; TREVISAN, Érika Renata Mudanças psicossociais no contexto familiar após a desospitalização do sujeito com transtornos mentais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro v. 36, n. 95, p. 606-614, 2012 disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a12v36n95.pdf>> Acesso em 10 de Maio de 2023.

- FOUCAULT, MICHEL *História da loucura na Idade Clássica*. 12 ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.
- FIGUEIREDO, GABRIEL O Guarani. In.: *O príncipe e os insanos*. São Paulo: Ed Cortez, 1988. p. 109-163.
- FURTADO, Juarez Pereira et al.. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18,n.12 p. 3683-3693, 2013. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a24v18n12.pdf>> Acesso em 10 de Maio de 2023.
- LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface-Comunicação*, Botucatu, Saúde, Educação, v. 15, p. 137-152, 2011. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/a11v1536.pdf>> Acesso em 10 de Maio de 2023.
- LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia (2012). Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 21, 572-586.
- MATIAS-PEREIRA, José et al. *Manual de metodologia da pesquisa científica*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MELO, Walter. Maceió é uma cidade mítica: o mito da origem em Nise da Silveira. *Psicologia USP*, São Paulo v. 18, n. 1, p. 101-124, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v18n1/v18n1a06.pdf>> Acesso em: 10 de Maio de 2023.
- NASI, Cíntia; SCHNEIDER, Jacó Fernando.. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (online)*, v. 45, n. 5, p. 1157-1163, 2011. Disponível em < <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080->

62342011000500018&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 10 de Maio de 2023

- ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 178-179, 2000 Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n4/3432.pdf>> Acesso em 07 de Janeiro de 2021
- OLIVEIRA, Renan Souza. *Reabilitação Psicossocial: Reconstrução de Cidadania e fim do dispositivo manicomial*. Orientador: Ms. Claudio Jose Cobiانchi. 2021. 87 f. TCC (Pós-Graduação)- Especialização em Atenção Psicossocial, CAPS Prof^o Luis da Rocha Cerqueira,2021.
- PAIM, Jairnilson Silva A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 1927-1936, 2013.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. Reabilitação psicossocial no Brasil , hoje?. In.: *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 2016. p. 27-36
- PRADO, Felipe Kaê Martins et al. . Acompanhamento terapêutico e intervenção em rede como estratégia na atenção psicossocial. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 73, n. 1, e 20180161,2020 Disponível em <<https://www.scielo.org/article/icse/2009.v13n30/67-77/pt/>> Acesso em 07 de Janeiro de 2021.
- REIS, Alice Casanova dos. Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília v. 34, n. 1, p. 142–157, 2014a. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000100011&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso 07 de Janeiro de 2021.
- RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, Silvério Almeida; Costa, Nilson do Rosário, Nilson do

Rosário (orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 4. ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1994. p. 15-74.

RODRIGUES, Rúbia Cristina; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; AMORIM, Patricia. . *Ciência & Saúde Coletiva*, Goiânia, v. 15, p. 1615-1625, 2010. Disponível em <
<https://www.scielo.org/article/csc/2010.v15suppl1/1615-1625/>> Acesso em 10 de Maio de 2023

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem de milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 2016. p. 19-26

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. Cortez editora, 2017.

DE FREITAS SILVA, Isabella et al. Competências sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), São Paulo v. 14, n. 3, p. 128-135, 2018. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n3/02.pdf> Acesso em 10 de Maio de 2023.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo v. 15, n. 2, p. 364-381, 2012. Disponível em <
<https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n2/11.pdf>> Acesso em 10 de Maio de 2023

TYKANORI KINOSHITA, Roberto. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 2016. p. 69-74

VENANCIO, Ana Teresa A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 35-52, 2011. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500003>> Acesso em 10 de Maio de 2023.

CAPÍTULO 11

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL: POTÊNCIAS E DESAFIOS NA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Helena Saroni

Katia Varela Gomes

MARCOS HISTÓRICOS

Os marcos históricos das residências multiprofissionais em saúde revelam importantes pontos para a reflexão sobre a contribuição da formação dos profissionais na consolidação do SUS, da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

Segundo a publicação do Ministério da Saúde, “Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios” (2006), no período da ditadura, impulsionados pelo Movimento da Reforma Sanitária, as residências multiprofissionais surgem como resistência ao “poderoso complexo médico-industrial” e ao modelo de formação baseado na especialização, na fragmentação do saber e na “compreensão da doença como um fenômeno estritamente biológico” (p. 5).

Podemos estabelecer uma relação entre as residências no que diz respeito à sua contribuição na formação de profissionais e na produção de conhecimento em saúde. Nesta perspectiva histórica, as residências em saúde atuam na consolidação do SUS; as residências multiprofissionais na consolidação da Reforma Sanitária, promovendo outras formas de atuação no SUS fora dos contextos hospitalares, ou

seja, nas UBS e na comunidade. A ênfase é na integralidade à saúde (Brasil, 2006). Neste caminho, consideramos que as residências multiprofissionais em saúde mental fortalecem a Reforma Psiquiátrica, pois propõem um modelo de cuidado crítico ao modelo hospitalocêntrico e medicalizante. As residências multiprofissionais em saúde mental resultam de duas transformações históricas: as Residências de Medicina de Família e Comunidade com atuação no território, inspiradas pela Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica com um modelo de cuidado, através do fortalecimento dos vínculos sociais e comunitários.

Uma das inovações das residências multiprofissionais foi o caráter interdisciplinar das formações profissionais, oferecendo um desenho coletivo de atuação, respeitando a especificidade de cada núcleo de formação. Essa mudança nos processos formativos imprimiu novas configurações aos programas, como por exemplo, as metodologias ativas e participativas e a educação permanente como eixo pedagógico. Também é atribuída às residências multiprofissionais em saúde, uma articulação entre ensino-serviço para promover mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde, de modo permanente e em todos os níveis na implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da Saúde (Brasil, 2006). Enfatizamos, nesta perspectiva histórica, a contribuição das residências multiprofissionais em saúde na formação de profissionais e da Educação Permanente na consolidação do SUS.

As diretrizes da Educação Permanente em Saúde, de acordo com a portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007, consideram o desenvolvimento de estratégias pedagógicas no setor da saúde, estabelecendo relações entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde. Como já desenvolvido anteriormente, os programas de residências em saúde multiprofissional contribuem na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, estreitando os caminhos entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (Brasil, 2009).

No âmbito sobre a formação nas residências multiprofissionais em saúde, é imprescindível discutir a diferença conceitual e estratégica das capacitações, educação continuada e educação permanente. Davini (2009) apresenta alguns problemas vinculados à lógica de formação, baseada em métodos tradicionais de educação. Entre eles, podemos citar: a) a redução do problema em saúde a uma questão de aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, desconsiderando os contextos organizacionais e institucionais; b) a visão instrumental da educação, com objetivo pontual e não como estratégia institucional mais ampla; c) simplificação de problemas mais complexos à resolutividade por meio de capacitações e acúmulos de conhecimentos, excluindo outros fatores.

Os modelos de capacitação em recursos humanos, em sua grande maioria, consistem na transmissão de conhecimentos, informações ou tecnologias em salas de aula, “isolando os profissionais do contexto real de trabalho”. Pressupõe-se que o conhecimento adquirido possa transformar a prática, mas pela experiência adquirida no tempo de

atuação no campo da saúde, percebemos que o conhecimento acumulativo não é suficiente (Davini, 2009, p. 41).

Da mesma forma, a Educação Continuada tem como metodologia de ensino a formação escolar, centralizada na atualização de conhecimentos, com enfoque disciplinar. Novamente, observamos um distanciamento entre a prática e o saber - este último sendo compreendido como acadêmico, excluindo o saber construído na resolução dos problemas na prática (Davini, 2009). Sublinhamos neste caminho metodológico, uma cisão entre teoria e prática, além de uma desvalorização dos saberes de profissionais em atuação. Esta forma de construção do conhecimento pressupõe uma relação hierarquizada e verticalizada.

O enfoque da Educação Permanente, por sua vez, em consonância com as proposições políticas pedagógicas das residências multidisciplinares em saúde, propõe a inversão do processo formativo, a saber: a) incorpora o ensino e aprendizado à vida cotidiana das organizações em seu contexto real; b) modifica as estratégias educativas, problematizando o fazer na construção do saber; c) rompe com a fragmentação disciplinar, propondo ações em equipe (Davini, 2009).

Pretendemos, neste caminho argumentativo, apresentar que as formações em capacitação e educação continuada pouco atendem a transformação dos problemas cotidianos no campo de atenção e cuidado em saúde mental. Faz-se necessário, um processo formativo reflexivo, construído no dia a dia, no fazer cotidiano. Trajetória no cerne da formação em residência multiprofissional em saúde:

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. (Davini, 2009, p. 45)

AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE E A ESPECIFICIDADE DA SAÚDE MENTAL

Na atualidade, encontramos debates críticos sobre os processos de formação em saúde. Concomitantemente, à precarização da saúde com baixos investimentos e ações de contrarreforma pelos ataques à Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica, constatamos um modelo biomédico e mecanicista de assistência à saúde da população.

O modelo biomédico que ainda orienta uma boa parte de cursos no campo da saúde é uma abordagem a ser superada, em função da concepção mecanicista do processo saúde-doença, do reducionismo aos fatores biológicos da causalidade do adoecimento, do foco na doença e no indivíduo, e da hegemonia dos serviços de saúde hospitalares como lócus privilegiado do ensino e do cuidado em saúde. Esse modelo tradicional de ensino e de organização do trabalho em saúde está relacionado à excessiva fragmentação dos saberes, à compartimentalização do trabalho dos diferentes profissionais e à verticalização dos processos de gestão. Os resultados dessa modelagem na atenção à saúde vêm produzindo um cuidado fragmentado e centrado em procedimentos, a hierarquização do processo de trabalho e um crescimento, de parâmetros e controle, das especialidades”. (Soeiro et al, 2019, p. 15)

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) constituem modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma

de curso de especialização. A Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, caracterizam-se por treinamento em serviço, com duração de 24 meses, equivalente a uma carga horária de 5.760 horas. Desse total, 80% devem ser desenvolvidos sob forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas e 20% sob forma de estratégias educacionais teóricas conforme Resolução Conselho Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde nº 5, de 7 de novembro de 2014. A carga horária é distribuída em 60 horas semanais, devendo ser cumprida em regime de tempo integral e dedicação exclusiva.

Cada PRMS deve ser constituído por no mínimo 3 (três) e no máximo 13 (treze) profissões. Entre os programas, destacamos a especificidade do PRMS de Saúde Mental, criado no bojo das residências multiprofissionais em saúde, conformado pela Reforma Psiquiátrica e pelas exigências de formação de profissionais alinhados com os princípios dos modelos substitutivos de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Ainda que seja fruto dos PRMS, sua especificidade revela, de forma mais radical, a necessidade de superação das atuações especializadas, produzindo um conhecimento com “a qualidade de um saber denso, transdisciplinar e instituinte” (Nunes, 2015, p.18).

Por densidade, entende-se que a realidade é constituída por estruturas complexas sobrepostas, interligadas, com formas não regulares explícitas ou familiares, exigindo ser decifradas em suas múltiplas camadas de interpretação. Essas camadas envolvem os usuários, as equipes, a dinâmica institucional e o território. Apesar de

serem nomeadas de multiprofissionais, entendemos que deveriam se pautar no conceito de transdisciplinaridade. Por transdisciplinaridade, compreende-se a superação das atuações multidisciplinares e interdisciplinares e diz respeito ao trânsito entre os discursos e saberes. Esse fluxo instituído pelo campo transdisciplinar ocorre através das práticas comuns entre sujeitos de diversas profissões; da troca de saberes entre residentes e preceptores, em diversos espaços no cotidiano da residência. E o caráter instituinte, diz respeito à possibilidade (ou imperiosa necessidade) de desconstrução de sistemas discursivos rígidos que perpetuam uma lógica de poder hegemônico e excludente da diferença e da alteridade (Nunes, 2015).

O Projeto Político Pedagógico do PRMS de Saúde Mental do município de Guarulhos situado no Estado de São Paulo alinha-se com as diretrizes na especialização em saúde, com a reafirmação do compromisso de formação em um contexto mais amplo de ensino, onde o trabalho em saúde é norteador das decisões políticas e técnicas, envolvendo todos os componentes da formação profissional. Nesse sentido, a formação nessa modalidade cumpre o intuito de articular o mundo do trabalho e da educação em um espaço de consolidação de saberes e práticas, preconizada pela Política Nacional de Educação Permanente (SMS, 2022).

A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - SAÚDE MENTAL DE GUARULHOS

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com foco em Saúde Mental (PRMS-SM) do município de Guarulhos/SP iniciou em março de 2018, com 4 categorias profissionais de saúde: Farmácia, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social.

Os primeiros residentes iniciaram a maioria das aulas teóricas em uma universidade parceira, porém, já no segundo ano, a Secretaria Municipal em Saúde (SMS) observou que alguns servidores públicos municipais apresentavam uma base conceitual teórica e prática que dialogam com a Reforma Psiquiátrica e cuidado em saúde mental. Isto possibilitou que as aulas fossem ministradas por eles. Aos poucos, a SMS assumiu toda a grade curricular e desenvolveu uma nova rede de educação em saúde municipal. Este movimento possibilitou aos residentes estarem mais perto das equipes e dos desafios na consolidação da rede em saúde e saúde mental de Guarulhos. Esta reestruturação do programa de residência no município, concretiza os princípios da educação permanente no SUS, visto que aos trabalhadores foi possível a ampliação das concepções teóricas pertinentes a Reforma Psiquiátrica, suscitando a reflexão sobre sua prática. Por outro lado, emergiram algumas questões para esses servidores: como dar uma aula? Qual didática utilizar? Como lidar com as críticas em sala de aula? Não se aprende a ser professor no dia a dia do atendimento à população e nas faculdades de saúde o tema docência também não é explorado. Segundo

Everton Soeiro et al (2019) “os gestores, os preceptores e tutores de residência em exercício são, em geral, profissionais com especialização na área da saúde, formados no modelo biomédico e num currículo tradicional, com pouco ou quase nenhuma capacitação na área de educação” (p. 15).

No município existem outros programas de residências em saúde nas áreas médicas e um outro PRMS na atenção básica. Um desafio que identificamos e que os residentes (principalmente) apontam para a gestão é a integração dos projetos políticos pedagógicos.

No decorrer dos anos, ampliamos a integração teórica e prática dos programas multiprofissionais em saúde mental e da atenção básica, porém avaliamos que esta integração precisa ser ainda maior. Acreditamos que a dificuldade nesta integração reflete a própria história da saúde no Brasil, sua concepção de saúde tradicional apontada anteriormente e no contexto local da rede de serviços em saúde que também apresenta dificuldades no que se refere a efetivação da integralidade do cuidado, preconizado como um dos princípios do SUS.

Um fenômeno que contribui para a dificuldade na consolidação dos princípios do SUS em âmbito nacional, e que acreditamos que tenha consequências nos níveis estaduais e municipais, é o financiamento dos sistemas de saúde no mundo. O debate é amplo, porém destacamos um fator causal fundamental que são as exigências do Banco Mundial no repasse de verba aos países para investimento em seus sistemas de saúde. Conforme Rizzotto e Campos (2016) escrevem:

O direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco. Para esse pensamento, a saúde é considerada um bem de consumo e deve ser oferecida pelo mercado que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo; a intervenção do Estado deveria ocorrer apenas para regular a oferta e garantir “mínimos essenciais”, organizando ainda um aparato público reduzido que desenvolvesse ações tradicionais de saúde pública, controlando epidemias e riscos tendentes a desestruturar o mercado. (p. 264)

Neste sentido, afirmam que a saúde tem se transformado em um espaço de luta política e ideológica no Brasil visto que o Banco Mundial está calcado nas raízes do liberalismo.

A questão central nunca foi saber se o Brasil poderia ou não arcar com os custos do sistema, mas pela oposição de raiz entre o pensamento liberal e a implementação de sistemas de saúde públicos universais. Para o liberalismo, é inadmissível o alijamento do mercado em qualquer setor da vida social, como pretendia o movimento sanitário brasileiro quando da criação do SUS. (p. 265)

Outra causa que acreditamos contribuir para esta fragilidade no cuidado integral da saúde é um fenômeno que está ligado ao financiamento dos sistemas de saúde e que tem aumentado nos últimos anos no Brasil: a terceirização dos serviços de saúde. Ao definir a terceirização no âmbito jurídico, Ribeiro (2018) aponta que:

... a terceirização fica configurada se não existir vínculos de subordinação, pessoalidade e dependência, além de ter objeto determinado, limitado ao tempo, e assim mesmo só pode ser estabelecida nas hipóteses de: (i) trabalho temporário e, (ii) serviços atrelados a atividades-meio do empregador, em virtude da impossibilidade de haver terceirização para atividades-fim e serviços indeterminados. (p. 250)

Segundo a autora, mesmo diante das inúmeras dificuldades de controle e supervisão dos contratos firmados pelo Estado, continua aumentando o número de terceirizações. Como consequência, o Estado não consegue saber como “proceder nesses casos ante o prejuízo social, econômico e administrativo certo e enorme causado ao erário público” (p. 232).

(...) terceirização responde, em boa medida, pelas elevadas taxas de rotatividade do mercado de trabalho brasileiro. Os pontos negativos atinentes à rotatividade são diversos e atingem todos os participantes da relação de emprego: (i) com relação aos empregadores, representa um custo de seleção e treinamento que acaba sendo repassado ao preço final, atingindo todos os consumidores, (ii) no que diz respeito aos trabalhadores, “representa a incerteza de encontrar um novo emprego num curto espaço de tempo e o risco de ter que aceitar menores salários e benefícios, além de ter impactos no cálculo da aposentadoria; (iii) para o Estado, as despesas com seguro-desemprego tendem a aumentar com a alta rotatividade, ocasionando descapitalização do FGTS. (p. 240)

Segundo a autora, a terceirização é ciclo vicioso que só traz prejuízos a todos os envolvidos.

(...) esse ciclo torna-se vicioso: (i) serviços maus prestados ao Poder Público, (ii) remunerações inadequadas contrárias aos interesses do pessoal terceirizado, o que indica patente injustiça e (iii) preço cobrado pelo setor privado que não demonstra economia de recursos financeiros à máquina administrativa, nem prestação de serviço terceirizado prestado com eficiência. (p. 243)

POTENCIALIDADES DO FAZER COLETIVO

Durante os seis anos do PRMS-SM de Guarulhos constatamos uma intensa preocupação de seus gestores na implantação de atividades,

avaliação e replanejamento com foco a contemplar as diretrizes ministeriais das residências multiprofissionais, a política de educação permanente em saúde e as diretrizes do SUS.

O município é o 2º maior do estado de SP e o 13º maior do país, com uma área de 319,19km² e uma população de 1.291.784 segundo o censo do IBGE de 2022, logo, apresenta diversos cenários epidemiológicos e sociais ampliando a visão dos residentes sobre a realidade de saúde da população. Além disso, o fato de o PRMS-SM ser um programa de residência administrado diretamente pela SMS possibilita uma experiência intensa no SUS, vivenciando as potências e seus buracos assistenciais.

Duas ações consideradas importantes foram: a) a abertura das aulas do PRMS para servidores da SMS e conselheiros de saúde a fim de estimular uma reflexão sobre o SUS na perspectiva de uma “concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural” conforme Portaria Interministerial nº 1.077 de 2009 e b) aulas sobre educação em saúde e participação popular com participação em reunião do Fórum Municipal de Saúde.

O PRMS-SM de Guarulhos funciona a partir de espaços de diálogos horizontais em supervisões de residentes, de preceptores, participação dos residentes em algumas reuniões do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) e no dia a dia com escuta atenta da coordenação do programa às demandas de todos os atores envolvidos

(preceptores, docentes, preceptores, equipes dos campos de prática e gestão da SMS).

Como dito anteriormente, há dificuldades em propor um cuidado integral para a população e assim, as “estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar” (ME/MS, 2009) enfrentam desafios. Todavia, esperamos fortalecer o entendimento do residente em relação às linhas de cuidado através de atividades como: a) participação em reuniões de matriciamento dos Centros de Atenção Psicossociais com a Atenção Básica, outras especialidades e equipes dos hospitais gerais, b) participação em reuniões intersecretarias para discussão de casos e pactuações de gestão e c) possibilidade de estágios em diversos equipamentos ou serviços de saúde de Guarulhos e de outros municípios.

Um estágio considerado importante acontece na SMS junto ao Departamento de Assistência Integral à Saúde, incluindo a possibilidade de participação em reuniões da Rede Regional de Atenção à Saúde composta por 11 municípios o que estimula um olhar para a “descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde” (ME/MS, 2009).

Um ponto que gostaríamos de destacar é sobre o desafio de administrar um programa de residência diretamente ligado à SMS. Entendemos que o fato de não termos uma instituição de ensino parceira, como faculdades e universidades, impõe um cenário que

precisa ser olhado de uma maneira mais cuidadosa que é sobre o corpo docente das aulas que ofertamos.

Como foi apontado anteriormente, há uma questão na formação dos profissionais que atuam na ponta dos serviços de saúde na qual não é contemplado o exercício da docência e, ao permanecer no exercício da sua função, muitas vezes não consegue parar para refletir sobre seu trabalho, ou se atualizar. A maioria dos residentes que iniciam no nosso programa de residência são jovens na casa de seus 20 e poucos anos e que refletem uma cultura mais aberta e esclarecida em relação às questões de gênero e preconceitos (individuais e institucionais), bem como sobre os direitos de acesso a uma saúde mental de qualidade, pautados nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, observamos um choque entre a teoria defendida pelos residentes, e a teoria e prática da maioria dos profissionais que ocorrem tanto em sala de aula como no dia a dia dos serviços de saúde. Nossa hipótese é que o docente que é contratado por uma instituição de ensino focou seu caminho profissional para a docência e, neste sentido, estaria melhor “ferramentado” em relação às didáticas de ensino e atualização do conhecimento. Do outro lado da mesma moeda, teríamos um maior número de docentes com um conhecimento da prática de forma bastante representativa.

TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS...

Após estes seis anos de experiência na gestão de um programa de residência multiprofissional em Saúde com foco em saúde mental,

vimos como desafios as legislações que regem este tipo de pós graduação, principalmente no que se refere às condições de adoecimento dos residentes visto que, quando doentes, mesmo apresentando atestados médicos terão que compensar as horas perdidas. Esta situação tem levado residentes a comparecerem em seus campos de prática doentes e a não apresentarem seus atestados. Entendemos que a Constituição Federal assegura o direito à saúde e que a legislação dos programas de residência em SAÚDE, deveria ser a primeira a defender o amplo direito à saúde de seus estudantes e cidadãos brasileiros.

Outra questão que apontamos para ser revista é a carga horária dos programas de residência multiprofissionais em saúde que exige o cumprimento de 60 horas semanais de atividades (teóricas e práticas) o que implica, muitas vezes, em o residente permanecer de 10 à 11 horas diárias de segunda à sábado voltado às atividades da residência. Neste caso, além dos residentes não terem muito tempo para descanso e outras atividades da vida, prejudicando sua saúde mental, dificulta também o acesso e permanência de mulheres que são mães e precisam criar seus filhos.

O PRMS_SM de Guarulhos tem 6 anos e já é cúmplice de mudanças estruturais em processos de trabalho das equipes de saúde da Rede de Atenção Psicossocial do município, seja porque os residentes questionam e apresentam novas formas de fazer, como pelos próprios servidores (preceptores ou não) que são estimulados a pensar no seu fazer e concepções de saúde e vida em sociedade. No entanto, ainda há muito que se caminhar visto que identificamos uma dificuldade na

compreensão por parte de funcionários da SMS (incluindo gestores) sobre o que é um PRMS e, conseqüentemente, sobre o papel que os residentes devem desempenhar no dia a dia dos serviços.

A gestão do SUS é bastante complexa e caberá aos servidores e população em geral se apropriarem sobre suas diretrizes, incluindo aqui o entendimento sobre os PRMS e dar cada vez mais espaço e prioridade em suas agendas para a reflexão da práxis e o debate sobre a Educação Permanente em Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414p.

BRASIL. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. *Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde*. Brasília: Ministério da Educação, 2009.

- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. Physis [online]. 2004, vol.14, n.1, pp.41-65.
- DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. cap. 3. p. 39-63.
- NUNES, M; TORRENTÉ, M. de; PRATES, A. (orgs.). *O Otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental*. Salvador: EDUFBA, 2015. 507 p.
- NUNES, M. Refletindo sobre a prática de uma residência multiprofissional em saúde mental – produções epistemológicas e pedagógicas. In: NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de; PRATES, A. (orgs.). *O Otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 17-48.
- SOEIRO, E. et al. *Caderno do projeto: desenvolvimento da gestão de programa de residência e da preceptorial no SUS - DGPSUS 2018-2020*. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2019. 58p.
- RIZZOTTO, M. L. F. e CAMPOS, G. W. de S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI, in *Saúde Soc*. São Paulo, v.25, n.2, p.263-276, [2016]. Disponível em: link: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mpvFPWmh8cJcwrK86Szv3L/>. Acesso em: 06/11/2023.

CAPÍTULO 12

TECENDO ESCUTATÓRIAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: O LUGAR DE EN SINANTE DA ESCUTA SENSÍVEL NA CLÍNICA ARTESANAL

Silier Andrade Cardoso Borges

Ingrid da Silva Bitencourt

Shirley Gonçalves Amaral dos Santos

Catiane dos Santos Soares

Lavínia Maria Benício Dias

INTRODUÇÃO

Iniciamos este trabalho com algumas de nossas perguntas norteadoras: quais os aspectos que circundam o ensino-aprendizagem - chamaremos daqui em diante de “ensinagem”, seguindo os passos de Freire (2001) - da escuta sensível que caracteriza uma maneira especial de fazer uma clínica atenta às necessidades sociais em saúde? Quais as especificidades da formação e da supervisão em Psicologia e para os demais cursos de saúde, no que tange à ensinagem da escuta sensível dirigida para o cuidado implicado, na invenção de novos parâmetros ético-político-afetivos capazes de reorientar a formação profissional em saúde?

As experiências que aqui descrevemos dizem respeito àquelas desenvolvidas por meio do projeto de extensão “Escutatórias no Cajueiro: promoção da saúde e equidade em territórios de cuidado”, bem como ao conjunto de práticas desempenhadas durante o

componente curricular teórico-prático “Comunicação e Educação em Saúde”, desenvolvidas durante o ano de 2023. Compreendemos que nossa discussão se situa na região fronteira da Psicologia da Saúde, em articulação com um arquipélago de saberes diversos que configuram a nossa busca por uma formação transdisciplinar, principalmente a Educação Popular em Saúde, a Psicologia da Libertação e os estudos decoloniais.

Buscando ainda seguir os caminhos da transgressão epistêmica que uma formação anfíbia nos convoca a exercer, adicionamos nossas “heresias epistemológicas” às reflexões aqui apresentadas, a partir de contribuições teóricas diversas. Portanto, estamos neste trabalho efetuando bricolagens conceituais que deem conta da heterogeneidade de nossas experiências. Embora prossigamos entendendo que “os conceitos são ferramentas que possibilitam desemaranhar a rede que sustenta diferentes versões do real” (BORGES, 2015, p. 108), igualmente reconhecemos a impossibilidade da teoria capturar a riqueza do mundo. Luiz Rufino chamou a atenção disso a partir dos conceitos *rolê e ebó epistemológico*:

A noção de rolê epistemológico inspira-se nas sabedorias da capoeira para propor ações de desvio e avanço. [...] O rolê é ao mesmo tempo o movimento de desvio, de fuga, de ganho de espaço e de montagem de estratégias para a operação de golpes. A lógica do jogo não presume a aniquilação do outro com que se joga, mas permite a sedução, o destronamento, o drible e o golpe. [...] Assim, o conceito encarna as manhas do jogo de corpo para praticar no campo dos conhecimentos outras virações que potencializem a prática das frestas. Como se sobrevive preservando referências e negociando posições em meio a relações solapadas pelas violências, irregularidades e desproporções que colocam grande parte dos

saberes subalternos como alvos de extermínio? Arrisco dizer que isso só é possível incorporando as astúcias da ginga. Há de se jogar o jogo, afinal, o cotidiano colonial é um verdadeiro campo de batalhas e mandingas. Daí a necessidade dos rolés epistemológicos... (RUFINO JUNIOR, 2018, p. 79)

Entendemos que a formação em saúde exige a transdisciplinaridade como maneira de aprender e de ensinar. A despeito do conceito gasto, entendemos transdisciplinaridade como mais do que justaposição de disciplinas diversas, mas como radicalização praxiológica da interdisciplinaridade, irredutível à fragmentação pela somatória de conhecimentos diversos. Não se trata de propor a transdisciplinaridade como projeto epistemológico situado no campo das ideias abstratas, mas prático, não porque baseado na comunicação entre discursos, mas sim entre atores sociais situados na fronteira entre os campos (ALMEIDA FILHO, 1997; 2005).

Estamos com isso defendendo a transdisciplinaridade não apenas como projeto gnosiológico, mas como dispositivo pedagógico que viabiliza a produção de “sujeitos anfíbios”, capazes de acionar saberes diversos diante de objetos complexos e a transitar entre diferentes espaços, dispostos a ultrapassar fronteiras e atuar como agentes transformadores disponíveis à própria transformação (ALMEIDA FILHO, 2005).

Para Naomar Almeida Filho (2005), é diante do complexo fenômeno saúde-doença-cuidado que se identifica maior necessidade de operadores transdisciplinares, dado se tratar de objeto indisciplinado, não-linear, multifacetado e eivado de múltiplas determinações.

Ora, cabe sinalizar que se estamos a tratar do inacabamento e das ambivalências como caminhos possíveis, estamos necessariamente a tratar de Exu como princípio explicativo que reside nas fronteiras, movimentando-se com versatilidade, resiliência e demarcando sua presença transgressora como ferramenta pedagógica (RUFINO JUNIOR, 2018). Nós entendemos esse princípio educativo como uma espécie de Ajobó, assentamento que instaura uma forma de relação vincular e comunitária. Assim, talvez não estejamos falando, a rigor, de uma formação transdisciplinar, mas de uma pedagogia das encruzilhadas (cf. RUFINO JUNIOR, 2018; 2019) para a formação em saúde.

De maneira geral, entende-se que a atuação no campo da Saúde Coletiva e, em especial, na Atenção Primária, envolve baixa complexidade no lidar com pessoas com doenças e agravos. Ocorre que a ensinagem da escuta sensível do sofrimento subjetivo, que em muito ultrapassa a noção de doença, envolve exatamente o inverso: pois é quando o paciente é internado que a assistência é simplificada, seja por meio da contenção mecânica ou química (LANCETTI, 2014). O território nos lança para uma forma de exercer o cuidado profundamente complexa, porque seus operadores são convocados a intervir nos territórios existenciais, com os riscos que isso implica.

Com territórios existenciais nos referimos aos espaços onde acontecem os processos de subjetivação das pessoas, que se configuram a partir dos agenciamentos e relações entre pessoas e grupos que convivem neste espaço. Os territórios existenciais se referem não apenas

aos lugares que transitam aqueles que buscam por cuidados, mas àqueles que os exercem também, os profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

Assim, reiteramos que:

Efetivar tramas rizomáticas em saúde exige a subversão das relações pautadas na postura técnico-assistencial para noções que valorizem o encontro como propulsor da articulação de forças de potência coletiva. Reversão e criação conceitual como estratégias de agenciamento das potencialidades favoráveis à cidadania: teorização que acredita na composição estética e no compromisso ético dos territórios existenciais. (BORGES, 2015, p. 112)

É através dos territórios existenciais que efetuamos a Clínica Artesanal, compreendida como clínica que investe na autonomia e não na infantilização dos sujeitos, que busca suscitar o inédito-viável e, com ele, põe-se em movimento nos fluxos da cidade para habitar o limite e a tensão, desterritorializando em ato os contextos pedagógicos para insinuar uma clínica artesanalmente construída, visando superar sua marca histórica: etimologicamente, *kliniké* deriva de *klíno*, que diz respeito ao ato médico de se inclinar sobre o paciente prostrado em seu leito (LANCETTI, 2014).

Portanto, quando falamos de uma formação nas encruzilhadas, voltada à ensinagem da escuta sensível (cf. CERQUEIRA, 2006), estamos tratando de uma formação como combate, para utilizarmos uma expressão do Antônio Lancetti (2014). Assim entendemos porque envolve o risco de afetar e de sermos afetados, bem como (pior) o risco de nos assustarmos e nos fecharmos para toda e qualquer afetação. Ocorre que estes se deparam com um paradoxo: diante do medo de ser

afetado, não percebem que não há escuta possível sem a arriscada experiência corporificada de abertura à passagem de afetos.

Além disso, a formação em saúde é uma forma de combate porque não se reduz a sua faceta técnica, reconhecendo que não há formação ética apartada do compromisso político ao qual somos lançados, diante da realidade sociorracial profundamente injusta e desigual, circunstância que enseja os modos de vida e de adoecimento das populações subalternizadas.

Isso significa dizer que o profissional de saúde, aí incluído o(a) Psicólogo(a), deve compreender que sua tarefa é definida sobretudo em função das condições históricas de materialidade em que as pessoas vivem. Nesse sentido, considerando que as ferramentas do senhor jamais derrubaram a casa-grande (cf. LORDE, 2019), a produção da escuta sensível não passa pela ensinagem da compaixão e do compadecimento, sentimentos cultivados pela racionalidade eurocristã, mas pela experiência profunda da revolta, como afetação que nos mobiliza para assumir como nosso horizonte a conscientização, isto é, voltada para a emancipação, projeto coletivo onde as pessoas e grupos atuam na perspectiva da libertação das formas de opressão, discriminação e violência.

Sobre isso, já nos ensinou Audre Lorde (2019) sobre as potencialidades associadas aos usos da raiva diante dos silêncios e dos silenciamentos históricos, dos privilégios não questionados e das verdades estabelecidas, como forma de assumir o potencial reativo e

agregador entre grupos subalternos para o enfrentamento do racismo, da homofobia e do sexismo.

Ademais, entendemos que a experiência do afeto da raiva/revolta, que se dá diante do desembaraçar da conscientização da persistência histórica das injustiças, não se antagoniza a outras afetações necessárias para a formação voltada ao exercício do cuidado em saúde. Assim, a reorientação da formação dirigida à promoção de saúde junto às populações subalternizadas e aos profissionais que atuam nos serviços, demanda uma ética da libertação e da solidariedade que compatibilize a experiência da revolta como substrato para uma atuação orientada “nos valores da solidariedade, da amorosidade, do respeito à diversidade e aos saberes, da valorização da autonomia coletiva, da perseverança na construção de mudanças” (BATISTA; VASCONCELOS; COSTA, 2014, p. 1402).

Seguindo os caminhos apontados por Martín-Baró (1997), não estamos com isso insinuando que serão os técnicos de saúde dedicados à escuta justamente aqueles que assumirão para si a tarefa de solucionar e intervir diretamente nas estruturas reprodutoras de desigualdades e que ensejam, elas mesmas, as condições de possibilidade para a experiência do afeto da revolta, mas poderão, a partir da especificidade de sua atuação profissional, agir localmente visando implodir aos poucos os mecanismos de produção de subjetividades que justificam e sustentam essas estruturas injustas, reproduzidas no cotidiano das relações, na medida em que possibilitam, em conjunto com os sujeitos,

o desvelamento do emaranhado dos nós que sustentam essas iniquidades.

Essa perspectiva, insinuada pela Educação Popular, aponta para um *ethos* que ultrapassa a ética normativa profissional, orientada pela lógica do dever, ainda muito enfatizada na formação universitária (BATISTA; VASCONCELOS; COSTA, 2014).

Todavia, não é de agora que certas provocações vêm sendo tensionadas: desde o movimento de luta pela redemocratização e pela Reforma Sanitária no país iniciadas na década de 1970, educadores sociais e militantes reivindicam uma mudança na formação e na maneira pela qual os profissionais de saúde lidam com as comunidades, valorizando os saberes populares e fundamentando a potência do trabalho em saúde a partir do reconhecimento da “busca por ser mais”.

No entanto, neste mesmo período, entre as décadas de 1960 a 1970, a Psicologia encontra a sua “solução de compromisso” com as elites, à medida em que as classes médias e altas encontravam no divã da clínica privatista o lugar pela qual poderiam elaborar individualmente as contradições sociais da época; ao menos até a década de 1980, quando se depararam com um cenário de crise e esvaziamento dos consultórios. Tal fenômeno ensejou as condições de possibilidade para a posterior superação da tradição curricular bancária na formação de Psicólogos(as), de forma a buscar atender as demandas sociais concretas no campo da Saúde Pública (cf. SENNE, 2011; 2012).

A RECUPERAÇÃO DO PROCESSO VIVIDO: ENSINO-PESQUISA-EXTENSÃO NA ENSINAGEM DA CLÍNICA ARTESANAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nos dedicamos neste capítulo de livro a relatar a experiência vivida pelos ensinantes envolvidos nas atividades integradas de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas durante o segundo semestre de 2023, por meio do componente “Comunicação e Educação em Saúde”, bem como através das práticas desempenhadas pelo projeto de extensão “Escutatórias no Cajueiro: promoção da saúde e equidade em territórios de cuidado”, ambos vinculados ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/ UFRB).

O componente curricular obrigatório “Comunicação e Educação em Saúde” objetiva refletir a importância da comunicação em saúde, de modo a qualificar as relações entre os profissionais da área e os usuários, a partir dos pressupostos da educação popular e em consonância com os princípios do SUS, desenvolvendo a práxis da escuta na relação com o território e com os processos de trabalho, de maneira a transitar da consciência ingênua à consciência crítica a partir do agir na realidade. Dividido em duas turmas (T01 e T02), participou desta oferta estudantes vinculados ao curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) com terminalidade para os cursos de Psicologia, Medicina, Nutrição e Enfermagem.

Dada a necessidade de realizar a abertura de campo junto à comunidade do Cajueiro, localizado em Santo Antônio de Jesus, particularmente junto ao residencial Zilda Arns, comunidade

implementada através do programa Minha Casa Minha Vida, decidimos que a turma 01 do componente “Comunicação e Educação em Saúde” desenvolveria junto ao território práticas de Atenção Domiciliar, buscando o estabelecimento *in loco* de relações vinculares com a comunidade, enquanto que a turma 02 atuaria no papel de mediadoras das atividades intituladas “Rodas de Desabafo e Escuta Mútua”, abertas ao público e realizadas no pátio da Unidade Básica de Saúde (UBS) Zilda Arns, com a participação de estudantes do curso (com quase quarenta alunos). Estes estudantes elaboraram diários de campo individuais, viabilizando a textualização da experiência. Ao final, tanto discentes de ambas as turmas elaboraram relatos de experiência em equipes de aprendizagem, com vistas a estimular o exercício de reflexividade das afetações experimentadas ao longo das atividades.

Buscamos basear nossas práticas de Atenção Domiciliar a partir das contribuições acerca da Intensificação de Cuidados proposta por Marcus Matraga (SILVA, 2007), bem como em nossa experiência anterior com Extensão Universitária desenvolvida no sul da Bahia (cf. BORGES, 2022). Mais do que simples “visitas domiciliares”, a Atenção Domiciliar aposta na intensificação da presença como forma de descentrar o modelo médico-centrado focado em demanda espontânea, instituindo uma Clínica Artesanal capaz de incitar deslocamentos a partir do trânsito de seus agentes nos territórios existenciais.

O componente foi organizado em dois módulos: o primeiro, dedicado à discussão da produção bibliográfica sobre o campo da Comunicação e Educação em Saúde, em especial autores clássicos da

Educação Popular em Saúde (cf. VASCONCELOS, 2001; VALLA, 1996) adicionando a estes algumas produções mais amplas, advindas dos estudos sobre a micropolítica do trabalho e cuidado em saúde (cf. FRANCO; MERHY, 2012), bem como a crônica literária de Rubem Alves (2008). Para tanto, adotamos metodologias ativas de ensinagem, de maneira que as próprias estudantes, com a participação do professor, ficaram responsáveis pela mediação da discussão e pela adoção de estratégias lúdicas para abordagem dos temas em sala. O segundo módulo foi dedicado às referidas “Rodas de Desabafo e Escuta Mútua”, realizadas em três encontros na UBS.

As práticas de Atenção Domiciliar foram realizadas em duplas ou trios de discentes, que se dirigiam para realizar a escuta de pessoas e famílias em situação de sofrimento em suas próprias residências. Os casos foram previamente identificados por um técnico da unidade, morador do bairro e um importante informante-chave, nos acompanhando no território até então desconhecido. A cada encontro, realizamos uma reunião de supervisão com a turma em uma sala da unidade, de maneira a estabelecer parâmetros para as idas à campo.

As “Rodas de Desabafo e Escuta Mútua” foram abertas e contaram com a participação de discentes da turma 02, extensionistas e profissionais de saúde da UBS. Adotamos a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como base metodológica para a realização das rodas, uma Prática Integrativa e Complementar em Saúde (PICS) elaborada pelo prof. Adalberto Barreto (2008). As profissionais da unidade

participaram do primeiro encontro, enquanto as extensionistas colaboraram como co-mediadoras do último encontro.

Tais atividades se articularam ao projeto de Extensão “Escutatórias no Cajueiro”, que contou com a participação de uma estudante de Psicologia e três estudantes do BIS com terminalidade em Psicologia, co-autoras deste trabalho. O projeto em questão foi aprovado pelo Edital PIBEX n. 03/2023 e buscou promover espaços de cuidado e promoção à saúde de pessoas em sofrimento psíquico no território de abrangência do Cajueiro.

Através do projeto de extensão, realizamos uma roda de TCI na Universidade aberta à comunidade acadêmica, sob mediação das extensionistas. Igualmente, objetivando capilarizar as práticas desenvolvidas no território, realizamos três oficinas de dinâmicas de grupo com adolescentes em uma escola municipal (cf. AFONSO, 2006), a partir das demandas apresentadas pela direção da escola em uma aproximação anterior.

A realização das oficinas de dinâmicas de grupo, orientadas pela lógica freireana do “Círculo de cultura” (MONTEIRO; VIEIRA, 2010; HEIDEMANN et al., 2017), foram precedidas por um encontro de levantamento temático, de maneira a identificar o universo vocabular das participantes a respeito da maneira como significam saúde mental e adoecimento psíquico; os encontros posteriores tiveram por finalidade a tematização e a problematização a partir do compartilhamento de experiências, de modo a contribuir para uma visão crítica da realidade, por meio da consciência complexa do mundo vivido. Todas as atividades

desempenhadas pelo projeto foram planejadas, implementadas e avaliadas pelas próprias extensionistas, com a participação do professor orientador.

A realização das atividades foi antecedida por encontros semanais de discussão e reflexão da bibliografia selecionada, dedicada ao desenvolvimento de habilidades associadas à escuta afetiva e sensível.

Acessar e discutir essa produção bibliográfica teve por objetivo reforçar a necessidade da compreensão dos processos de subjetivação junto às populações em territórios vulneráveis, entendendo que a micropolítica do trabalho em saúde é mediada pelos diferentes modos de entendimento do mundo e das mais diversas realidades que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde. As linhas de cuidado são como “fluxos conectivos” que permitem a construção de um projeto terapêutico adequado à necessidade dos usuários e seus familiares.

De igual maneira, as discussões empreendidas possibilitaram que as extensionistas superassem desde o início do processo formativo as representações prescritivistas centradas na hegemonia do trabalho morto, evitando com isso que se constituam como profissionais que reduzem a práxis do cuidado exclusivamente aos afazeres burocráticos exigidos por certo modelo de operar a gestão do trabalho em saúde.

A dimensão da ação-reflexão-ação posta pelos encontros de discussão teórica, imersão em campo, textualização da experiência e avaliação processual em supervisão teve por finalidade fazê-las perceber que o espaço da micropolítica é dinâmico, permeado por forças, tensionamentos e linhas de ação que podem produzir o movimento do

cuidado nos serviços ou, pelo contrário, que podem ser capturadas por aquilo que chamamos de “desejos de colonialidade”. Para tanto, é necessário o investimento em itinerários formativos que reiterem certo grau de liberdade e autonomia de estudantes e extensionistas para a invenção de planos de cuidado, estabelecendo, assim, uma relação mais produtiva, pautada em tecnologias leves, isto é, em acolhimento, responsabilização e vínculo (FRANCO; MERHY, 2012).

EXPERIÊNCIA VIVIDA DA ESCUTA SENSÍVEL NA PERSPECTIVA DE QUEM APRENDE ENQUANTO ENSINA

O desenvolvimento das ações integradas de ensino, pesquisa e extensão em um território novo, o recôncavo baiano, me fez deparar com muitos desafios. Alguns deles foram assumindo a forma de questões que me acompanhavam, insistentes: como produzir deslocamentos nos itinerários formativos dos futuros profissionais de saúde, de modo que estejam abertos a uma forma de manejo clínico aberto aos afetos, à alteridade e ao inusitado, compreendendo que sem abertura não há ensinagem possível? Como encontrar espaço para a produção de ensinantes dispostos, disponíveis e comprometidos com um projeto que só faz sentido dentro do universo da luta coletiva por um outro mundo com mais “boniteza” (isto é, um projeto societário que reivindique a fundação de um pacto civilizatório contra-colonial), se o *ethos* em vigor se encarrega de lançar uns aos outros na arena das disputas individuais pela ascensão social e pelo sucesso individual, sabendo-se lá o que se queira dizer com “sucesso”? Qual lugar pode encontrar a Clínica Artesanal, quando muitos ensinantes, tanto aqueles

que aprendem enquanto ensinam quanto aqueles que ensinam enquanto aprendem, tomaram pelo caminho e desistiram de se engajar no “fazejamento” da formação como combate?

Essas são questões que retornavam insistentes à consciência do supervisor, mas que não poderiam ser apressadamente respondidas, se é que podem ser respondidas. Mais do que respostas, me convidaram ao exercício de esperar, verbo de ação. Todavia, elas se tornaram cada vez mais presentes diante de resistências diversas que enfrentamos no território e diante das dificuldades quanto à participação de usuários e de profissionais da unidade nas rodas de TCI.

Que bom! Mais do que as certezas, foram as dúvidas que nos mantiveram suficientemente inquietos e atentos, a ponto de continuar inventando inéditos-viáveis.

Contornamos, em parte, as resistências sutis da equipe de saúde através de nossa presença insistente e de nossa disponibilidade à escuta. Inclusive, foi durante uma de nossas rodas de TCI que, com a participação de praticamente toda a equipe, descobrimos, por meio do compartilhamento dos relatos, sobre os atrasos de salário dos servidores, sobre a frustração de todos diante da rotatividade de profissionais, sobre a mágoa e o ressentimento predominantes na relação com a comunidade e sobre as crises de ansiedade vivida por uma das técnicas, porta-voz do sofrimento da equipe.

A abertura afetiva ao aprendizado não se deu exatamente nos espaços de discussão de textos do componente curricular, como era de se esperar, mas quando as ensinantes se depararam nas rodas de TCI

com o sofrimento da equipe de saúde, percebendo-se que, ainda que por razões distintas, também compartilhavam de modos semelhantes de adoecer. As discentes também estavam adoecidas e sofriam de ansiedade associada à sobrecarga e às cobranças vividas na Universidade, além das dificuldades relacionadas à transição para a vida adulta e o distanciamento da família para poder empreender os estudos.

EXPERIÊNCIA VIVIDA DA ESCUTA SENSÍVEL NA PERSPECTIVA DE QUEM ENSINA ENQUANTO APRENDE

As experiências vividas e os aprendizados adquiridos durante o projeto de extensão “Escutatórias no Cajueiro” nos colocaram diante de uma rica reflexão teórica acerca da produção e promoção do cuidado em saúde, tendo em vista a relevância da escuta qualificada, do manejo clínico e das tecnologias leves no encontro terapêutico. Igualmente, nos possibilitaram, a partir das atividades práticas comunitárias, o reconhecimento da importância substancial que o fortalecimento de vínculos e o acolhimento adquirem nas relações da comunidade e para os sujeitos que dela pertencem. A aposta na potencialidade da própria comunidade possibilitou a abertura ao campo, tanto no que se refere ao território propriamente dito, quanto ao campo de possibilidades de nossas práticas.

No entanto, também é verdade que enfrentamos algumas resistências e obstáculos. Do movimento de percepção da realidade comunitária, evocado no presente trabalho através de nossas reflexões, percebemos o contexto de subalternização e estigmatização dos sujeitos, atravessados por complexos mecanismos de violências e negligências e,

no caso das profissionais de saúde, de precarização do trabalho. Nosso desafio medular se constituiu primeiro em desvendar formas de produção de vínculos e interação dialógica com os sujeitos, para só então ser possível o uso de ferramentas de cuidado próprias ao campo da saúde mental comunitária. Nossas intervenções buscavam, portanto, o acolhimento para além da queixa, daquilo que emerge superficialmente, para alcançar o emergente grupal.

Desse modo, nossa práxis se deu a partir dos pressupostos da escuta qualificada e do princípio basilar de que a própria comunidade possui os recursos necessários e a potencialidade para promover espaços de cuidado, considerando que todos são corresponsáveis por sua construção. Apesar da ansiedade inicial que surgiu por fazermos parte de um projeto com pretensões e objetivos complexos, frente a insegurança que surge devido a inexperiência discente e aos desafios inerentes ao cuidado em saúde, o entendimento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos do território foi responsável por reduzir nossas inquietações, permitindo viver experiências positivas no contato com o campo.

Essa horizontalidade e troca no processo relacional de coconstrução do cuidado, ainda que tenha se formado como uma ferramenta essencial no contato com a comunidade, também foi desafiadora na medida em que, por promover maior implicação e mobilização do grupo extensionista para com as intervenções, também contribuiu para que não só os sofrimentos escutados adquirissem espaço nas nossas próprias angústias, mas também conhecêssemos nossas

limitações enquanto extensionistas diante das imprevisibilidades do campo. No entanto, cabe ressaltar que esse fato contribuiu para o movimento de ajustes e diálogos exaustivos durante as supervisões, não apenas visando o acompanhamento das práticas, mas do acolhimento aos afetos envolvidos e das implicações éticas que deles surgem.

Éramos um grupo de quatro extensionistas que foram se aproximando a partir do anseio de contribuir com a execução do projeto. Ao longo de um semestre, embarcamos em uma jornada com a Extensão Universitária, onde a teoria se encontrou com a prática e se entrelaçou em uma experiência enriquecedora para nossa formação como futuras Psicólogas.

Após a fase inicial de leituras e discussões teóricas, transitamos para a prática. O coração do projeto, as rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), começaram a ganhar vida. A primeira delas foi uma experiência íntima entre os membros da extensão, permitindo aprender sobre o manejo e fortalecer nosso vínculo como equipe. Na sequência, abrimos nossas portas para a comunidade estudantil na nossa Universidade, realizando uma segunda roda na qual, mesmo com pequena adesão, nos permitiu experimentar a promoção da saúde que emerge quando nos dispomos a ouvir e a compartilhar, criando uma teia de conexões que potencializa a ação do grupo e nos fortalece no caminho.

Apesar das dúvidas e receios que surgiram próprias ao processo formativo, a nossa participação como coterapeutas numa roda de Terapia Comunitária Integrativa, inserida no componente curricular

Comunicação e Educação em Saúde, proporcionou uma experiência desafiadora e enriquecedora para nós, extensionistas.

A singularidade da escuta em TCI demandou o manejo de nossas próprias emoções para conduzir as rodas. A tarefa de se identificar nas falas dos participantes e a constante reflexão sobre a necessidade de se manter sensível à dor alheia, sem permitir que as próprias experiências se misturassem no processo, destacou-se como um aspecto relevante do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato com as vivências e experiências dos participantes gerou repercussões capazes de desencadear transformações tanto nos ouvintes quanto naqueles que compartilhavam suas histórias, seja por meio de uma conexão genuína que a abertura ao diálogo possibilita, seja por meio da escuta como catalisador do diálogo consigo próprio, evidenciando que ninguém permanece inalterado diante da experiência profunda de escuta sensível.

Não temos dúvidas de que a possibilidade de se deparar com aspectos de sua própria dor à medida que são confrontados com a dor do Outro, mas sem que ambas se confundam uma com a outra, diz respeito ao aprendizado da amorosidade durante o processo formativo, viabilizada através da prévia disponibilidade para o encontro como aspecto do trabalho do ensinante.

Mais do que um princípio freireano, o que reivindicamos como elemento fundamental para a formação da escuta sensível na Clínica

Artesanal é, de um lado, mantermos a capacidade de nos indignar diante da injustiça, e de outro, a capacidade de se esquivar em nossas práticas da escuta marcada pela colonialidade (cf. CARNEIRO, 2023), seja através da inscrição de indivíduos ou grupos subalternizados no âmbito da patologia, da anormalidade ou da desrazão, formas de reduzir as pessoas à esfera do Não Ser, negando-lhes o reconhecimento de sua condição humana.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Maria Lúcia Miranda. *Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 14, p. 30-50, 2005.
- ALVES, Rubem. *As melhores crônicas de Rubem Alves*. São Paulo: Papirus, 2008.
- BARRETO, Adalberto. *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: LCR, 2008.
- BATISTA, Patricia Serpa de Souza; VASCONCELOS, Eymard Mourão; COSTA, Solange Fátima Geraldo da. Ética nas ações educativas e de cuidado em saúde orientadas pela Educação Popular. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 1401-1412, 2014.
- BORGES, Silier Andrade Cardoso. Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 27, p. 107-113, 2015.
- BORGES, Silier Andrade Cardoso et al. Clínica ampliada em saúde mental na extensão universitária: o processo formativo para a escuta qualificada e o cuidado ampliado. In: Universidade Federal do Sul da

Bahia. Pró-Reitoria de Extensão e Cultura. Coordenação de Gestão da Extensão. *Extensão universitária para a vida: relatos de experiência na UFSB*. Itabuna: UFSB, 2022. p. 97-109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção básica – saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARNEIRO, Sueli. *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*. São Paulo: Zahar, 2023.

CERQUEIRA, Teresa Cristina Siqueira. O professor em sala de aula: reflexão sobre os estilos de aprendizagem e a escuta sensível. *Psic*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 29-38, jun. 2006.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus–Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. ág. 151-163, 2012.

FREIRE, Paulo. Carta de Paulo Freire aos professores. *Estudos avançados*, v. 15, p. 259-268, 2001.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 26, 2017.

LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

LORDE, Audre. *Irmã outsider*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

MARTÍN-BARÓ, Ignácio. O papel do psicólogo. *Estudos de psicologia* (Natal), v. 2, p. 7-27, 1997.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 63, p. 397-403, 2010.

RUFINO JUNIOR, Luiz. Pedagogia das encruzilhadas Exu como Educação. *Revista Exitus*, v. 9, n. 4, p. 262-289, 2019.

- RUFINO JUNIOR, Luiz. Pedagogia das encruzilhadas. *Periféria*, v. 10, n. 1, p. 71-88, 2018.
- SENNE, Wilson Alves. Psicologia e saúde: formação e profissão. *Mnemosine*, [S. l.], v. 7, n. 2, 2011.
- SENNE, Wilson Alves. Reforma universitária e diretrizes curriculares: a formação reativa da graduação em Psicologia. *Mnemosine*, v. 8, n. 1, 2012.
- SILVA, M. V. O. (Org.) Universidade Federal da Bahia. Departamento de Psicologia. PIC - Programa de intensificação de cuidados e pacientes psicóticos. *In-tensa. Ex-tensa* -clínica psicossocial das psicoses. Salvador: UFBA, 2007.
- VALLA, Victor Vincent. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educação & Realidade*, v. 21, n. 2, 1996.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 5, p. 121-126, 2001.

CAPÍTULO 13

LGBTQIA+FOBIA E VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: DA NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA À UM SUS EQUITATIVO E AFIRMATIVO

Beatriz Borges Brambilla

Luísa Brandão

Victoria das Graças Gomes

Lívia Oliveira Paciência

A defesa intransigente dos Direitos Humanos é um princípio orientativo da produção de saúde e da consolidação de um Sistema de Saúde que se pretende Universal, Equitativo e Integral. A Saúde Coletiva em suas diversas facetas (epidemiologia, planificação e nas ciências humanas e sociais em saúde) tem se dedicado a compreender e analisar a complexidade da produção e dos impactos da violência à vida. É desse encontro, entre a Saúde Coletiva e os Direitos Humanos, que analisaremos no presente capítulo a LGBTQIA+fobia como violência, sua notificação e subnotificação via SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e os manejos institucionais no âmbito da vigilância em saúde e seus desdobramentos na rede intersetorial.

A violência contra pessoas LGBTQIA+¹ é uma grave questão para o Brasil. O último anuário do Fórum Brasileiro de Segurança

¹ Faremos o uso da nomenclatura LGBTQIA+, considerando o Decreto 11.848/23, que estabelece a convocação para a 4ª Conferência nacional dos direitos das pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, intersexos, assexuais e outras (LGBTQIA+), em consonância com a Política Nacional de Direitos Humanos.

Pública explicita um problema político: os dados não informam os crimes de ódio de forma adequada.

Quanto aos dados referentes a LGBTQIA+ vítimas de lesão corporal, homicídio e estupro, seguimos com a altíssima subnotificação. Como de costume, o Estado demonstra-se não incapaz, porque possui capacidade administrativa e recursos humanos para tanto, mas desinteressado em endereçar e solucionar. Em função disso, permanece fundamental comparar os dados oficiais aos produzidos pela sociedade civil, nas figuras dos relatórios anuais da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e do Grupo Gay da Bahia (GGB), que seguem contabilizando mais vítimas que o Estado, mesmo dispondo de menos recursos que a máquina pública. A ANTRA contabilizou 131 vítimas trans e travestis de homicídio (BENEVIDES, 2023). O GGB contabilizou 256 vítimas LGBTQIA+ de homicídio no Brasil (MOTT et al., 2023). O Estado deu conta de contar 163, 63% do que contabilizou a organização da sociedade civil, demonstrando que as estatísticas oficiais pouco informam da realidade da violência contra LGBTQIA+ no país. (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2023, 116)

A sociedade civil não se furta da responsabilidade política de fiscalização do processo de produção de dados, denunciando a subnotificação que nos ronda no âmbito da violência contra pessoas LGBTQIA+. Destaca-se que a análise das violências, do ponto de vista estatístico, tem combinado bases do SUS (Sistema Único de Saúde) e do SUSP (Sistema Único de Segurança Pública); a Saúde costumeiramente qualifica a produção de dados, no entanto, ao se referir à violência contra pessoas LGBTQIA+, não se aplica essa máxima.

VIDAS LGBTQIA+ E A VIOLÊNCIA

LGBTQI+? Do que estamos falando? De quem? É sobre identidades? Política? É o identitarismo pós-moderno que nos assombra? Que significa falar sobre LGBTQIA+? Safadeza? Destruição da família? Ideologia de gênero? É possível homogeneizar as experiências LGBTQIA+? A orientação sexual e a identidade de gênero definem a vida de uma pessoa?

Essas inquietações nos ajudam a pensar sobre os sentidos e significações que rondam a categoria “LGBTQIA+”. São vidas em disputa, vidas não reconhecidas, vidas matáveis, vidas violáveis, vidas mercantilizadas, vidas fetichizadas, vidas violentadas. Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Pessoas Trans, Pessoas Intersexo e outras (Pessoas Assexuais, Queer, Não-Binárias) existem e são valiosas para nós ².

Sem sombra de dúvidas, estamos falando sobre orientações sexuais e identidades/performances de gênero; no entanto, estamos também discutindo politicamente o sentido histórico pela luta por direitos humanos numa sociedade cisheteropatriarcal.

Gaspodini e Jesus (2020) revisam as leituras teóricas em relação ao debate de gênero e sexualidade, retomando a ideia dos modelos de compreensão da sexualidade humana: (a) modelo do sexo único (sexo feminino como forma defeituoso ou incompleta do sexo masculino); (b) modelo do dismorfismo radical (sexo feminino como diferente do

² Na posse do Ministro dos Direitos Humanos em 2023, Silvio Almeida, o mesmo, afirmou contundentemente que a vida das mulheres, de pessoas LGBTI+, pessoas negras, indígenas e quilombolas, existem e são valiosas.

masculino, justificativa para inferiorização das mulheres); e (c) modelo da diversidade sexual (reconhecimento das diferenças entre sexos, gêneros e orientações sexuais como manifestações da diversidade humana). Atualmente, tem-se questionado o conceito de sexo e, a partir desse último modelo, tem-se instalado a perspectiva da compressão ampliada de diversidade, enfatizando orientação sexual e identidade de gênero.

É na carta de Princípios de Yogyakarta (2007), importante instrumento de legislação internacional de direitos humanos da população LGBTQIA+, que se define:

1) Compreendemos orientação sexual como uma referência à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. 2) Compreendemos identidade de gênero a profundamente sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos. (YOGYAKARTA, 2007, p. 7)

Assim, é dever do Estado e da sociedade afirmar a autodefinição e nomeação de cada pessoa em relação à sua orientação sexual e identidade de gênero, visto que constituem a identidade e os direitos humanos. Os princípios também rechaçam as formas de violência médica que pessoas LGBTQIA+ são submetidas face a cisheteronormatividade, como cirurgias de afirmação de gênero, esterilização ou terapia hormonal como requisito para o reconhecimento

legal da identidade de gênero. Afirma ainda a ideia de que “Nenhuma pessoa deve ser submetida a pressões para esconder, reprimir ou negar sua orientação sexual ou identidade de gênero” (YOGYAKARTA, 2007, p. 14).

Vale a pena destacar que os Princípios de Yogyakarta são uma resposta de especialistas das Nações Unidas para assegurar direitos humanos à população LGBTQIA+ que historicamente foi afetada com

(...) a violência, assédio, discriminação, exclusão, estigmatização e preconceito dirigidos contra pessoas em todas as partes do mundo por causa de sua orientação sexual ou identidade de gênero, com que essas experiências sejam agravadas por discriminação que inclui gênero, raça, religião, necessidades especiais, situação de saúde e status econômico, e com que essa violência, assédio, discriminação, exclusão, estigmatização e preconceito solapem a integridade daquelas pessoas sujeitas a esses abusos, podendo enfraquecer seu senso de autoestima e de pertencimento à comunidade, e levando muitas dessas pessoas a reprimirem sua identidade e terem vidas marcadas pelo medo e invisibilidade. (YOGYAKARTA, 2007, p. 10)

Observa-se que as formas de violência contra a população LGBTQIA+ são inúmeras, e afetam a existência, as condições de vida e saúde, na medida em que há uma ameaça constante à dignidade humano.

DE INTOLERÂNCIA À CRIME: LGBTQIA+FOBIA NO BRASIL

O movimento LGBTQIA+ no Brasil tem ocupado um lugar central na luta por igualdade, reconhecimento, dignidade e direitos. Quinalha (2022) historiciza o movimento em nosso país, associando a luta LGBTQIA+ no século XX a luta sindical e por liberdades

democráticas, considerando o contexto da ditadura civil-militar brasileira. Nesse período, grupos pioneiros começaram a emergir, desafiando as normas sociais vigentes e reivindicando visibilidade e direitos. A militância enfrentou hostilidade e perseguição; as históricas Operação Tarântula (que pretendia eliminar das ruas as ameaças à "família tradicional brasileira" e higienizar a cidade de tudo aquilo que a tornava "suja" - pessoas trans e travestis que trabalhavam nas ruas de São Paulo), Levante do Ferro's Bar (Stonewall brasileiro – liderado por mulheres lésbicas, que realizaram um manifesto contra a repressão e pelos direitos das mulheres lésbicas) e a primeira Parada do Orgulho Gay (realizada no final dos anos 90, inspirada nas “gay pride parades” realizadas desde 1969 nos Estados Unidos, reuniu em 1997, em São Paulo, cerca de 2 mil pessoas que protestaram contra a discriminação e a violência sofridas por gays, lésbicas e travestis) marcaram o percurso do movimento organizado contra a LGBTQIA+fobia no Brasil.

Desses anos e diante, o movimento LGBTQIA+ tem conquistado importante espaço na agenda política e de garantia de direitos historicamente negados, como o reconhecimento da união civil e a criminalização da homofobia pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Aqui, vale destacar o sentido do termo homofobia, e nosso posicionamento frente a LGBTQIA+fobia.

Pires, Mazza e Pires (2020) realizaram uma retomada histórica para conceituar homofobia e LGBTQIA+fobia; notou-se que o movimento LGBTQIA+ ocupou espaço político, diante da agenda do movimento homossexual, liderado por homens cisgêneros gays. A partir

da década de 1980, este passou a utilizar o termo homofobia, referindo a crimes de ódio por conta de uma orientação sexual dissidente. Os autores também apontam as transformações do conceito, atribuindo uma caracterização aos crimes de agressão verbal, física e/ou psicológicas, além do impedimento a vivências homossexuais devido a cristalização de estereótipos de papéis de gênero.

Para alguns autores, como Silveira (2020) a homofobia “engloba qualquer manifestação de rejeição ou ódio contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais” (SILVEIRA, 2020, p. 606); no entanto, o próprio movimento LGBTQIA+ tem reivindicado a visibilidade e a pluralidade das diferentes identidades políticas, afirmando e nomeando LGBTQIA+fobia, como nomenclatura que anuncia as violências contra a população LGBTQIA+.

Legalmente, em 2019, o STF decidiu que declarações homofóbicas e transfóbicas poderão ser enquadradas na tipificação do Crime de Racismo. Já em 2023, a pedido, a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT) argumenta que a equiparação ao crime de injúria racial é necessária para assegurar proteção à pessoa LGBTQIA+ (STF, 2023). A principal mudança é que, a partir dessa medida, o STF permite a criminalização da homofobia e transfobia, aplicando pena de 1 a 5 anos.

Embora, a luta pela criminalização de atos discriminatórios baseados na orientação sexual e identidade de gênero possa refletir a busca por uma sociedade mais justa e inclusiva, temos de discutir as consequências da criminalização numa perspectiva interseccional,

especialmente, a partir da criminologia e do abolicionismo queer (MARTINS, 2022).

Mombaça (2016) teoriza sobre uma nova organização social anticolonial e anticisheterobrancopatriarcal, enfatizando que as estratégias criminalizantes reforçam a lógica punitivista e violenta que marca e aprisiona, especialmente, corpos negros e trans. Vale ressaltar, inclusive, a LGBTQIA+fobia Institucional do Sistema de Justiça-Criminal.

(..) Quando o movimento LGBT brasileiro luta pela criminalização da homofobia, ele está lutando, no limite, por esse desejo. O desejo de ser protegido pela polícia e neutralizado pelo estado não importa a que preço. Não se considera, por exemplo, a dimensão racista estruturante do sistema prisional, cujo maior alvo segue sendo as pessoas pretas e empobrecidas, inclusive aquelas cujas posições de gênero e sexualidade poderiam ser compreendidas no espectro LGBT. A aposta nessas estruturas normativas como fonte de conforto e segurança para as comunidades agrupadas em torno da sigla LGBT é um sinal evidente da falta de imaginação política interseccional desses ativismos, que estão limitados a lutar no interior do projeto de mundo do qual temos sido reiteradamente excluídas. (MOMBAÇA, 2016, p. 6)

Ou seja, é importante ressaltar que a violência contra a comunidade e as pessoas LGBTQIA+ é uma realidade que exige respostas urgentes, mas, o enfrentamento da LGBTQIA+fobia não se dará apenas com sua criminalização; é necessário fazermos uma análise e pensar medidas práticas que sejam interseccionais, internacionalistas e anticapitalistas. Isso significa que, para apreender o fenômeno das sexualidades, das identidades de gênero e das orientações sexuais em sua

totalidade, é necessária uma análise a partir dos diversos marcadores de subalternidades que podem estar presentes nas experiências do sujeito.

É essencial não fazermos análises superficiais que se sustentam a partir da individualização e fragmentação do sujeito. Audre Lorde (2019), escritora preta e lésbica, teoriza sobre a interseccionalidade das opressões de gênero, raça e sexualidade, ao evidenciar que as mulheres negras lésbicas, por exemplo, vivem constante medo da represália dentro da comunidade negra pois a punição para uma mulher que se autoafirma como independente do homem é ser acusada de lésbica e, sendo lésbicas, são vistas como uma ameaça à nação negra, sendo, basicamente não-negras. Esses processos têm feito com que mulheres negras lésbicas fiquem encurraladas entre o racismo dos sujeitos brancos, a LGBTQIA+fobia da comunidade negra e o machismo dos homens (negros e brancos).

Compreender todas essas facetas é a base para construção de um giro afirmativo e inclusivo em todas as esferas da vida social, construindo estratégias para o combate das violências e para construção de vidas dignas à todas as pessoas, inclusive à comunidade LGBTQIA+.

VIOLÊNCIA, LGBTQIA+FOBIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A violência costumeiramente é interpretada como um problema de Segurança Pública, levando à criminalização e encarceramento da questão social, e, conseqüentemente, à mais desigualdade. Ao considerarmos a complexidade e multifatorialidade que caracteriza a

violência é necessário que se aporte uma compreensão plural e intersetorial. Minayo et al (2018) reconhece que a

violência afeta a saúde individual e coletiva, provoca mortes, lesões, traumas físicos e mentais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; coloca novos problemas para o atendimento médico e para os serviços; e evidencia a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada. No entanto, é recente a emergência do tema na área de conhecimento e de práticas do setor saúde. (MINAYO et. al, 2018, p. 2008)

A associação entre violência e impactos na saúde foi apontada desde a década 70 por reflexões acadêmicas e pelos movimentos sociais em saúde. Segundo D'avilla (2021), em meados dos anos 1990 muitos municípios, em parceria com organizações da sociedade civil, instituíram serviços de prevenção e assistência para tratar as consequências da violência. Nessa mesma época, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elegeu a prevenção de traumas e acidentes como mote de celebração do Dia Mundial da Saúde, e no ano seguinte, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) realizou a conferência sobre Violência e Saúde, ocasião em que a violência foi considerada endêmica na região, e reconhecida como questão de saúde pública.

No Brasil, foi em 2001 a entrada oficial da violência na pauta do setor saúde, quando o Ministério da Saúde (MS) promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). Até 2006 foram instituídas três importantes portarias: uma determinando a notificação obrigatória, pelos profissionais de saúde, das situações de suspeita ou confirmação de maus-tratos a

crianças e adolescentes; a segunda exigindo o registro e preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em casos de atendimento a “causas externas” (homicídios, suicídios e acidentes); a terceira incluindo a disponibilização de uma nova ficha de registro de entrada de pacientes no SUS, com a intenção de captar com mais qualidade os casos de acidentes e violência (D’AVILLA, 2021).

Vale ressaltar, que foi em 2005 que se instituiu uma agenda estratégica que priorizou a estruturação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA, da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS/MS. Implantada em 2006, a Rede de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes teve como objetivo conhecer a magnitude da violência a partir do atendimento pré-hospitalar e propor ações de prevenção e promoção da saúde articulando a vigilância à rede de atenção e proteção. em 2009, foi incorporado à notificação compulsória de violências registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), passando a ser denominado VIVA Sinan Net. O objeto de notificação compulsória de violência foi sendo ampliado, incorporando situações não previstas na legislação em função da necessidade de intervenções individuais e de acompanhamento dos casos, como nas situações de tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, efeitos da intervenção legal, população indígena entre outras. E em 2011, o sistema incorporou a notificação de violências de forma universal e compulsória em todos os serviços de saúde do país, passando a se chamar Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA (MINAYO et al, 2018).

Segundo as autoras, as principais violências registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), refere-se à: “violência contra a criança e adolescente; violência de gênero; violência contra a pessoa idosa; violência no trânsito; violência no trabalho e, mais recentemente, violência étnica, contra a população portadora de deficiências e LGBT” (MINAYO et. al, 2018, p. 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), através da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011. O Ministério da Saúde (MS) à época compreendeu a criação da Política Nacional como uma iniciativa de construção de um SUS mais equitativo, alinhado ao compromisso de redução das desigualdades como uma das bases do Programa Saúde – Direitos de todos. Uma conquista para a comunidade LGBTQIA+, a afirmação de uma “Saúde sem preconceito e sem discriminação”.

A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. (BRASIL, 2011, p. 08)

A noção de determinação social da saúde é fundamental para a leitura da saúde da população LGBTQIA+ e das implicações da LGBTQIA+fobia, na medida em que evidencia que o conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, históricos, culturais e ambientais

desempenham um papel crucial na saúde das populações. Essa abordagem reconhece que as condições de vida e as desigualdades sociais são determinantes fundamentais dos processos saúde-doença-cuidado. No contexto da população LGBTQIA+, a aplicação desse conceito implica considerar as experiências específicas enfrentadas por esses indivíduos, como o estigma, a discriminação e a marginalização. A saúde mental da população LGBTQIA+ é particularmente impactada, dada a prevalência de estressores relacionados à identidade de gênero e à orientação sexual, exigindo uma análise cuidadosa das influências sociais que contribuem para os desafios enfrentados por essa comunidade (DIMENSTEIN et al, 2017).

Ou seja, a determinação social é um processo dinâmico de produção de saúde-doença das pessoas e coletividades, e requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura, constituem, diretamente, a qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias, que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença.

Assim, a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT, prevê algumas diretrizes, como:

- Identificação, combate e prevenção de situações de preconceito, discriminação, violência e exclusão nos serviços de saúde;

- Qualificação da violência pela condição de orientação sexual e identidade de gênero no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), por meio de articulação com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), para dar visibilidade à violência sofrida pela população LGBT;
- Implementação do protocolo de atenção contra a violência, considerando a identidade de gênero e a orientação sexual.
- Respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;
- Eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;
- Promoção, juntamente com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS;
- Inclusão dos quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS;
- Promoção, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos.

Infelizmente, tais diretrizes, ainda não foram suficientemente eficazes, ao observarmos o número de óbitos e violências contra a população LGBTQIA+. É necessário que consideremos os anos obscuros de governo Temer e Bolsonaro, com uma perseguição à essa população, levando a produção de ainda mais violência. Apesar do aumento da violência, ao analisarmos o SINAN, a LGBTQIA+fobia ainda é subnotificada e muitas vezes pouco compreendida como um agravante ao processo de saúde-doença. Para isso, no trabalho em questão apresentaremos questões relativas à Ficha de Notificação Individual do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação).

LGBTQIA+FOBIA INSTITUCIONAL NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA

Os serviços de saúde trabalham com a Ficha de Notificação de casos de violência que complementam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Quando realizada a notificação, ela se transforma em comunicação obrigatória por parte dos serviços de saúde, a respeito da situação de violência – já que, a partir desse momento, é registrada no campo da vigilância em saúde. Destaca-se que cada Secretaria Municipal de Saúde tem construído fluxos próprios, mas, ainda assim, tendo como obrigatoriedade o registro via SINAN.

De acordo com as diretrizes sobre o trajeto com a efetivação de uma notificação de violência (SINANWEB, 2016), sua utilização eficaz autoriza a realização de um diagnóstico territorial levando em conta os atravessamentos e consequências das práticas que se referem ao

fenômeno da violência. Sendo assim, a promoção da notificação em casos de violência garante recursos para discussões e análises acerca dos movimentos da violência dentro de determinado território, bem como, sobre a população implicada e atravessada pelo fenômeno, "contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica" (SINANWEB).

Entretanto, quando se refere aos dados programáticos da ficha SINAN a serem preenchidos no movimento de notificação, fica evidente que a construção de estratégias de proteção e combate à violência, bem como, a produção de dados estatísticos a partir do uso dessa ferramenta, não são completamente integrais quando se pensa na população LGBTQIA+.

Tem-se utilizado a mesma Ficha de Notificação desde 2015, a qual menciona logo em seu cabeçalho: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBTQIA+.

Ainda que visibilize a violência contra a população LGBTQIA+, vale notar que a própria ficha é LGBTQIA+fóbica. Levantamos alguns pontos a serem observados:

1. Sexo (Afirma sexo como categoria, numa perspectiva biologizante e além disso, invisibiliza pessoas intersexo);
2. Orientação Sexual (Apresenta campo relativo a “não se aplica”, não oferece opção de assexual e pansexual);
3. Identidade de gênero (Desconsidera identidade cisgênera e a não binaridade);
4. Nome social (compreendido como dados complementares).

A Ficha, caracterizada como um instrumental para produção de informação e também de cuidado, evidencia uma compreensão em relação à orientação sexual e identidade de gênero em desacordo com protocolos e diretrizes que afirmam Direitos Humanos da população LGBTQIA+. Nota-se que ela reproduz leituras estigmatizadas e cristalizantes em relação a essa população, revitimizando, e, institucionalmente, produzindo violências na medida em que invisibiliza questões importantes, e mais, leva à deslegitimação da identidade de gênero.

O município de São Paulo, no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, pactuado com o Conselho Municipal de Saúde, que é referenciada enquanto meta para Área Técnica de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência, institucionalizou o Núcleo de Proteção à Violência (NPV), a partir da Portaria 1.300 de 2015-SMSG, em todos os serviços da rede de saúde. Ainda, em complemento, foi promulgado a elaboração de Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência (LC) e a previsão da promoção de Educação Permanente para as trabalhadoras.

De acordo com o documento Recomendação - Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência (SMS, 2020), o NPV refere-se à equipe de referência do serviço de saúde que é incumbido à articulação de ações e práticas na promoção da prevenção e superação da violência e desenvolvimento da cultura de paz - além de fortalecer o sistema em saúde através da notificação de casos.

Sendo assim, é cabido ao NPV: a criação de estratégias de fortalecimento das formas de cuidado ampliado e integral às população em risco ou já em situação de violência, em articulação com a rede de serviços do território, ONGs, entre outros; promoção de reuniões e discussões com a rede local, objetivando a prevenção da violência e a incitação de saúde e cultura de paz; aprimoramento dos profissionais de cada serviço, considerando que toda a rede é responsável pela promoção de saúde; garantir o fluxo de encaminhamento da população na rede; realizar o movimento de questionar as bases que orientam as formas de alavancar os processos de proteção da população em situação de violência, em uma perspectiva de melhoria e acessibilidade; promover a notificação de casos de violência.

Recentemente, em 2023, o município de São Paulo, que diante do ultra sucateamento da Saúde na Cidade, estabeleceu metas para pagamento de bonificação por resultados das Organizações Sociais de Saúde. Entre elas, o preenchimento correto da Ficha de Notificação Individual estabeleceu-se como um critério; desta forma, o NPV passou a dedicar-se à capacitação dos profissionais da rede para preenchimento da ficha.

As pesquisadoras em questão acompanharam as reuniões gerais do NPV de uma macrorregião de saúde do município, marcada pela violência doméstica e por um território desigual. Na reunião geral estavam presentes trabalhadoras dos diferentes serviços de Saúde, Assistência Social, Educação, Direitos Humanos, Universidade e Organizações da Sociedade Civil. Na ocasião, a área técnica da Saúde foi questionada sobre os pontos apontados acima, e sobre questões do manejo do atendimento às pessoas, e a resposta foi: “Aprendam a preencher direitinho, coloquem as informações que estou dizendo, não fui eu que elaborei a ficha”. A afirmação demonstra a burocratização do trato com a violência, e, ao questionarmos questões relativas à LGBTQIA+fobia institucional presente na ficha, não obtivemos elucidações ou previsões de adequação.

De acordo com MASON et al. apud CARVALHO & MENEZES (2021, p. 34) "Mason (2002) faz uma relação entre sistemas de conhecimento e de visibilidade, afirmando que tornar algo visível é tornar algo conhecido de uma determinada maneira". Ao levar em conta que o Brasil segue no topo da lista mundial de países que reproduzem a violência de extermínio de pessoas trans, fica nítido que há uma produção de conhecimento e de informação estritamente associada a vivências violentas desta população enquanto. Sendo assim, ao se considerar um sistema unificado de acesso aos serviços de uma rede territorial, como o SINAN, como e, a partir de quais pressupostos e dados, é possível criar processos de promoção em saúde, de proteção

e de cuidado à uma população que tem suas vidas invisibilizadas pelo próprio procedimento técnico de notificação?

Morais (2020) aponta que as dinâmicas sociais impactam a constituição da subjetividade; se entendemos que a cisheteronormatividade³ é transversal na vivência subjetiva, ela impacta, também, o acesso aos serviços. Desse modo, pode-se considerar que as políticas públicas são espaços centrais de formação de sujeitos e suas experiências subjetivas, de modo que a atuação profissional em serviços públicos deve partir da realidade dos sujeitos. Assim, desconsiderar os efeitos que a cisheteronormatividade possui na constituição das subjetividades é deixar de dar importância à parte significativa das dinâmicas que estão postas no cotidiano dos sujeitos.

As violências institucionais à população LGBTQIA+ implicam diretamente na manutenção de permanência dessa população nos serviços da rede e em seu acesso à saúde. Essa não pertença afeta de maneira direta a não adesão aos projetos terapêuticos, e, principalmente, vão na contramão da visão de sujeito enquanto protagonista do seu processo de construção de saúde. A urgência na transformação da realidade cisheteronormativa que encontramos nos espaços das políticas públicas fica evidente quando pensamos que, se nas políticas públicas o acesso não é qualificado, considerando as especificidades da população atendida (PAIVA, 2008), ele acaba por promover violência, de modo que as subjetividades são desconsideradas. Assim, o modo como a

³ Relações de poder instituídas culturalmente que normatizam e naturalizam as relações afetivo-sexuais entre pessoas cisgênero e heterossexuais, produzindo, desde a infância, punições e violências para quem a subverte.

notificação de violência do NPV é feita, aponta que o sujeito para quem as políticas são pensadas é aquele que está dentro dos padrões estabelecidos pela cisheteronormatividade.

Outro ponto essencial é considerar e questionar as bases de uma educação continuada dos profissionais da rede - leia-se SUS, SUAS, Educação, Justiça e todos os outros - no que se refere às temáticas de gênero e sexualidade. Uma das bases da educação continuada aos profissionais dos dispositivos da rede de políticas públicas é a garantia de um atendimento humanizado, longe de abordagens estigmatizadas e que de alguma forma constringam e humilhem a/o/e usuária/o/e em seu movimento de inserção na rede. Há um caráter político na atuação dos trabalhadores das políticas públicas, para além de seus aspectos técnicos. Dessa forma, é imprescindível se atentar aos impactos da cisheteronormatividade e as reverberações que possui no trabalho com a violência, para, assim, reforçar um compromisso com a garantia de acesso aos direitos dos usuários das políticas públicas.

POR UM SUS EQUITATIVO E AFIRMATIVO

Ao longo deste artigo, exploramos as intrincadas teias da LGBTQIA+fobia institucional, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e suas implicações na saúde, destacando o impacto devastador que a discriminação tem sobre as possibilidades de existir da população LGBTQIA+. Observamos que essa forma de LGBTQIA+fobia aponta para um cenário de dor, sofrimento, estigma,

isolamento e preconceito que, infelizmente, se manifesta como barreiras significativas para o acesso pleno e digno à saúde.

As experiências de LGBTQIA+fobia institucional revelam um paradoxo preocupante: enquanto o SUS é concebido como um instrumento de inclusão e promoção da saúde para todos, a realidade enfrentada pela comunidade LGBTQIA+ demonstra que há lacunas a serem preenchidas e desafios a serem superados. O sofrimento causado pela discriminação nas instituições de saúde - desde a notificação até violência física, verbal e psicológica explícita - não apenas compromete o bem-estar físico e mental, mas também mina os princípios fundamentais de equidade e universalidade que o SUS deveria garantir.

Nesse contexto, é imperativo reconhecer a urgência de transformações substanciais e afirmativas no SUS e em outras políticas públicas. A criação de um SUS verdadeiramente equitativo implica em modificar estruturas profundamente enraizadas, desafiando atitudes discriminatórias, investindo em capacitação profissional e promovendo uma cultura institucional inclusiva. Evidencia-se, então, a importância de revisar a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, tanto no âmbito conceitual epistemológico, quanto nos manejos de cuidado e promoção de vida e saúde.

Somando-se a isso, a importância da implementação de políticas públicas afirmativas não pode ser subestimada. É essencial que haja uma abordagem integrada e intersetorial que considere as particularidades da população LGBTQIA+, proporcionando um ambiente seguro e

acolhedor, mas nunca dissociado das outras opressões. Ainda nos deparamos com alguns desafios

Ao defender a necessidade e possibilidade de um SUS afirmativo, reafirmamos o compromisso com a construção de uma sociedade que valoriza a diversidade e respeita os direitos humanos. A equidade no acesso à saúde não é apenas uma aspiração ética, mas um requisito fundamental para a construção de um sistema de saúde verdadeiramente democrático. À medida que avançamos, é imperativo que as políticas públicas promovam uma mudança cultural, assegurando que todos tenham acesso não apenas à saúde, mas a uma sociedade livre de preconceitos, discriminação e LGBTQIA+fobia institucional.

Para isso, é necessário construir uma base teórica crítica para compreender como a sexualidade nos impõe modos de vida, uma organização social e subjetiva; interseccionar sexualidade e modos de vida com raça, classe, gênero, normocorpo funcionalidade, idade, território e religião, entre outras formas de exploração; sistematizar práticas de cuidado em rede e territorializadas possíveis para ser possível construir políticas e práticas emancipatórias de cuidado em saúde com a população LGBTQIA+; implementar iniciativas que visam à conscientização, educação e desconstrução de estigmas para mudar a narrativa e construir pontes entre a comunidade LGBTQIA+ e os serviços de saúde. Somente assim podemos construir um futuro em que a saúde seja verdadeiramente para todas as pessoas, sem exceção.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: Ficha de Notificação*. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Notificacao_Individual_v5.pdf>
- BRASIL. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Decreto territorializada Nº 11.848, De 26 De Dezembro De 2023. Convoca para a 4ª Conferência nacional dos direitos das pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, intersexos, assexuais e outras. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11848.htm>. Acesso em 04 jan 2024.
- BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 5 dez 2023.
- D'AVILA, Cristiane. *Como a violência passou a ser vista como um problema de saúde pública após a redemocratização* (Artigo). In: Café História. Publicado em 31 maio de 2021. Disponível em: <<https://www.cafehistoria.com.br/a-violencia-como-questao-de-saude-publica/>>. Acesso em: 5 dez 2023
- GASPODINI, Icaro Bonamigo; DE JESUS, Jaqueline Gomes. *Heterocentrismo e ciscentrismo: crenças de superioridade sobre orientação sexual, sexo e gênero*. Revista Universo Psi, v. 1, n. 2, p. 33-51, 2020.
- LORDE, Audre. *Irmã Outsider: Ensaios e Conferências*. 1. ed. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. Tradução de Stephanie Borges.

- MARTINS, Alexandre Nogueira. *A criminologia 'queer' e o abolicionismo penal transviado*. Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, v. 15, p. 693-714, 2022.
- MOMBAÇA, Jota. *Rumo a uma redistribuição desobediente de gênero e anticolonial da violência*. São Paulo: Fundação Bienal de São Paulo, p. 1-20, 2016.
- MORAIS, E. S. Subjetividade e Serviço Social: desafios multidimensionais para a prática do assistente social na contemporaneidade. 2020. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/23836>>. Acesso em: 06 dez. 2023.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2007-2016, 2018.
- PAIVA, Vera. *A psicologia redescobrirá a sexualidade?*. Psicologia em Estudo, v. 13, p. 641-651, 2008.
- PIRES, Anderson Moraes; MAZZA, Selene Regina; PIREZ, Jacia Hellen Sobreira. *“É crime sim!”: uma netnografia sobre a criminalização da LGBTQIA+ fobia no Brasil*. Revista Brasileira de Estudos da Homocultura, v. 3, n. 12, p. 108-131, 2020.
- QUINALHA, Renan. *Movimento LGBTI+: uma breve história do século XIX aos nossos dias*. Autêntica Editora, 2022.
- SILVA, Jonatan Willian Sobral Barros da et al. *Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social*. Espaço saúde (Online), p. 140-149, 2017.
- SILVEIRA, Davi. *A criminalização da LGBTIfobia*. RJLB - Revista Jurídica Luso-brasileira, v. Ano 6, p. 599-618, 2020.

CAPÍTULO 14

***“PARECE SER ALGO DISTANTE E NÃO MUITO IMPORTANTE”*: PUBLICIDADE DE UTILIDADE PÚBLICA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Mírian Rique de Souza Brito Dias

Isabelle Diniz Cerqueira Leite

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), calcula-se que haja uma transmissão diária global de mais de um milhão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) curáveis entre pessoas com idades entre 15 e 49 anos. De acordo com dados do mesmo órgão, considera-se a incidência a nível mundial de 376,4 milhões de. Destas, 127,2 milhões são infecções por clamídia, 86,9 milhões por gonorreia, 6,3 milhões por sífilis e 156 milhões por tricomoníase. Há ainda a suposição de 417 milhões de infecções do vírus da herpes e 291 milhões de papilomavírus (Rowley et al, 2019; Brasil, 2021).

No caso do HIV, dados mundiais mostram que até o final de 2020 houve 1,5 milhões de novos casos, totalizando cerca de 37,7 milhões de pessoas com diagnóstico positivo para HIV (OMS, 2021). Com a finalização do ano de 2020 e, conseqüentemente, da meta 90-

90-90¹, a UNAIDS contabilizou que em torno de 84% das pessoas soropositivas tinham conhecimento de sua condição sorológica, 87% estavam em tratamento e 90% se encontravam com o vírus suprimido. A nova meta para 2030 é que se atinja 95% em cada uma das três categorias previamente citadas (National Institute of Health [NIH], 2020; UNAIDS, 2021).

No entanto, devido à pandemia de Covid-19, calcula-se que há uma chance de se alcançar, no pior cenário possível, a marca de 7,7 milhões de mortes relacionadas a infecções de HIV nos próximos 10 anos (OMS, 2021). Isso se deve às interrupções de funcionamento nos serviços de saúde e aos impactos na saúde pública relativas às políticas de atenção voltadas para o HIV, dentre as quais a testagem, ausência de tratamento adequado, diminuição acentuada nos diagnósticos e nos devidos encaminhamentos e na continuidade do cuidado adequado a pessoas que vivem com HIV (UNAIDS, 2021). A subnotificação de casos aconteceu de modo geral, impactando também no diagnóstico de demais IST.

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um papel fundamental em fornecer o acolhimento necessário aos usuários do serviço, assim como a realização de atividades de educação em saúde, consultas, testagem rápida e/ou coleta de sangue para exames como sífilis, HIV, hepatites B e C. Em episódios em que há o resultado positivo para alguma IST, cabe aos/às profissionais de saúde da ESF

¹ Meta instituída pela UNAIDS (2016) que estipulava que até 2020 90% das pessoas soropositivas deveriam estar cientes da condição de soropositividade, 90% deveriam estar em tratamento e 90% deveriam estar com o vírus suprimido.

fornecerem o tratamento adequado, incluindo as(os) parceiras(os) sexuais da pessoa em questão. Em casos específicos de soropositividade para HIV, realiza-se a prevenção da transmissão vertical - em que há o risco de transmissão entre mãe e feto e que pode ocorrer durante a gestação, parto ou amamentação -, como também é feito nos casos de sífilis e hepatites virais. Por fim, cabe também a realização das notificações e o referenciamento dos casos que necessitam de acompanhamento em alguma unidade de saúde especializada (Gomes; Galindo, 2017).

A partir dos anos 70 houve o surgimento da Psicologia da Saúde (PS), que iniciou como um novo campo de atuação para os psicólogos no campo da saúde, como forma de compreender os fatores de saúde e doença. a partir de aspectos psicossociais. A PS possui quatro abordagens, a Psicologia da Saúde Clínica, que envolve a intervenção nos cuidados voltados à saúde, de modo a considerar fatores biopsicossociais; a Psicologia da Saúde Pública, mais multidisciplinar, com interesses voltados à Saúde Pública; a Psicologia da Saúde Comunitária, que integra a dimensão comunitária e intervenção social; e por fim, a Psicologia da Saúde Crítica, que considera aspectos macrossociais e econômicos em relação à saúde (Marks, 2002; Ribeiro, 2011; Barros de Carvalho, 2013).

Assim, apesar de serem áreas diferentes, tanto a Psicologia da Saúde como a Publicidade de Utilidade Pública (PUP) voltada para o campo da saúde têm um objetivo em comum que consiste em promover saúde e prevenir doenças. Ambas se propõem a fazer com que as pessoas

alcancem uma melhor qualidade de vida por meio de mudanças nos seus hábitos e comportamentos (Castro; Bornholdt, 2004; Almeida; Malagris, 2011). No caso da PUP, isso acontece por meio de campanhas publicitárias sobre temas voltados à saúde. Na maioria das vezes, ocorre através de campanhas educativas e informativas, por meio de material publicitário produzido para essa finalidade pelo Ministério da Saúde (MS) (Duarte, 2012; Sobrinho, 2012).

Considerando o que foi previamente apresentado, buscou-se, no presente estudo, compreender o conhecimento dos profissionais da ESF sobre a publicidade de utilidade pública de IST e como ela contribui nas ações de prevenção dessas infecções.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, em que se buscou aprofundar na compreensão dos/as participantes acerca do tema proposto pela pesquisa, considerando seus valores e crenças, e se pautando na subjetividade de cada um (Minayo, 2014).

Participaram da pesquisa nove profissionais de saúde, que se identificaram como homens e mulheres cisgênero, provenientes de seis Unidades de Saúde da Família (USF). O critério de inclusão foram profissionais de saúde com curso superior, que no momento da coleta estavam em atuação nas USF onde a pesquisa foi realizada. Foram excluídos/as profissionais que fossem residentes, bem como profissionais que estavam em algum tipo de licença ou afastamento.

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: um questionário sociodemográfico, para compreender o perfil dos profissionais de saúde e um roteiro de entrevista, com questões semiabertas relacionadas aos objetivos da pesquisa. A coleta dos dados se deu entre os meses de março e abril de 2021 com profissionais da ESF de um Distrito Sanitário de Recife/PE. Os/as participantes aceitaram contribuir com a pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi disponibilizado por meio de link do *Google Form*.

A coleta foi feita por amostragem por bola de neve e o tamanho amostral foi definido por saturação, tendo havido a suspensão de novos/as participantes, a partir do momento em que, na avaliação das pesquisadoras, começou-se a perceber redundância nas falas dos/as participantes (Minayo, 2017).

Devido à pandemia de Covid-19 a entrevista ocorreu na modalidade *online* através da plataforma criptografada de reuniões *Google Meet*, que foi a mais solicitada pelos participantes quando questionados sobre qual preferiam utilizar.

As entrevistas foram audiogravadas, transcritas integralmente e analisadas de acordo com a análise de conteúdo temática de Minayo (Minayo, 2012). Preservou-se o anonimato dos/as participantes durante a entrevista e a análise de dados, optando-se por utilizar nomes fictícios, seguidos pelo gênero, idade e profissão, como forma de identificação.

Das falas dos/as participantes emergiram quatro categorias empíricas que foram separadas por temas: 1) Prevenção de IST: “um

grande impacto na saúde pública”; 2) Desafios para os/as profissionais: “parece ser algo distante e não muito importante”. As categorias visam abranger tanto informações referentes à atuação profissional frente à prevenção de IST, como explorar a interface entre a atuação dos profissionais e as campanhas de IST.

Os aspectos éticos em pesquisa foram respeitados seguindo as normas e diretrizes da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 35637920.3.0000.5569.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As idades dos participantes variaram entre 32 e 51 anos. Houve o mesmo número de participantes pardas e brancas, com apenas uma pessoa que se identificou como preta. A maioria referiu ser da religião católica, seguidos por duas pessoas que não têm religião, uma que é protestante e uma espírita. Em relação ao estado civil, uma pessoa se declarou solteira, uma divorciada e uma em união estável; as demais estão todas casadas.

Sobre o nível de formação entre as/os participantes, cinco afirmaram ter especialização, dois relataram ter mestrado e 1 tem apenas graduação, destes, dois eram médicas(os) e sete enfermeiras. Os anos de atuação na saúde pública variaram entre 3 e 27 anos, com média de 14,4 anos.

Acerca do consumo de informação para se manterem atualizados, todos/as referiram fazer uso da internet. Além da internet,

cinco pessoas afirmaram que também consultam livros, duas jornal e apenas uma utiliza a TV como fonte de informação. Com relação ao tempo médio que utilizam para se atualizarem nas informações, cinco participantes afirmaram dedicar duas horas por dia à busca de informação, duas pessoas dedicam uma hora, uma pessoa de uma a duas horas e uma referiu destinar menos de uma hora.

PREVENÇÃO DE IST: “UM GRANDE IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA”

A primeira categoria é referente às orientações de prevenção durante a consulta junto às/aos usuárias/os do serviço. Os recortes de fala a seguir oferecem alguns exemplos de como são feitas essas orientações:

Um grande número de IST são encontradas em mulheres quando ela inicia o pré-natal, então no pré-natal se consegue identificar um grande número de doenças, das IST. Principalmente hoje, eu acho que não só no estado de Pernambuco, é, como na cidade do Recife, é, a sífilis tá muito predominante. (Igor, 50 anos, enfermeiro)

Minha atuação na Atenção Básica geralmente atende à demanda espontânea, passo atividade educativa em outras situações a gente identifica, quem tem risco pra DST pré-natal, por exemplo. Tenta sensibilizar os parceiros... enfim, eu vou ter acho que o tempo todo que eu tô atendendo adulto, que a gente entra em contato com as pessoas, a gente identifica, né, e tenta... rastrear. (Amanda, 39 anos, enfermeira)

De acordo com as falas acima, as ações de prevenção ocorrem durante a atuação desse/as profissionais no serviço de saúde, no decorrer de consultas de pré-natal, por exemplo, quando são feitas atividades

educativas preventivas e de sensibilização. Nessas consultas também é identificada a presença de uma infecção já presente, como a sífilis, o que reflete dados recentes da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2021), que contabilizou 61.644 casos de sífilis em gestantes no Brasil (Brasil, 2021; Portela et al., 2021).

Vale salientar que essas ações não se restringem a consultas de pré-natal, mas também são feitas em visitas domiciliares, consultas de rotina, em grupos de educação em saúde e outras ações coletivas, e incluem outros profissionais da ESF como os/as Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Gomes; Galindo, 2017). Deste modo, são realizadas orientações de prevenção a todas as IST e à Aids, como ilustrado nos recortes abaixo:

Mas em qualquer consulta, é, sempre fazemos ação educativa pras IST porque nós sabemos que essas doenças têm um grande impacto na saúde pública e a gente faz nas consultas individuais né, e nós abordamos também nas nossas reuniões administrativas com os ACS e os profissionais multidisciplinares porque cada, cada, é, visita domiciliar, né, e cada consulta que o técnico de enfermagem sempre aborda as IST de uma forma direta. (Igor, 50 anos, enfermeiro)

Sim, a gente sempre realiza ações, inclusive em dias oportunos, de acordo com o nosso planejamento em fazer uma testagem numa proporção maior. Aberto a um público maior. Certo? E aí nesse momento é feito um pré-aconselhamento, é feito uma orientação sobre o uso dos preservativos tanto feminino quanto masculino. (Gabriela, 43 anos, enfermeira)

Geralmente, a investigação por IST parte dos/as profissionais ao questionarem às/aos usuárias/os do serviço, durante as consultas de rotina, sobre a última vez que fizeram exames de HIV e sífilis e se tem

interesse em realizá-los. Aproveitam então para procurar saber as informações que os pacientes têm sobre as IST, se utilizam preservativos, quantos parceiros sexuais tem e se há a presença de algum sintoma através da escuta e exame físico, conforme apontaram alguns estudos (Gomes; Galindo, 2017; Lima et al., 2021).

Essas orientações de aconselhamento podem ser feitas em vários momentos, por profissionais devidamente capacitados. Um modo possível de fazer intervenções educativas em saúde e que não foi citado pelos participantes deste estudo é discutir sobre o tema na sala de espera, de forma a atingir as pessoas que estão ali presentes, geralmente com tempo ocioso (Becker; Rocha, 2019; Silva et al. 2019). No entanto, como não se pode considerar que qualquer ambiente é propício para esse tipo de atividade, já que é imprescindível fazer adaptações, quando necessário. É importante entender se esse é o motivo pelo qual tal atividade não foi mencionada pelos participantes.

Os/as profissionais de saúde têm liberdade para usufruir de espaços que extrapolam a Unidade Básica de Saúde, nos quais a relação com os/as usuários/as se dá através do diálogo, de forma a estimular a autonomia desses (Pinno et al., 2019). Cabe aos/às profissionais identificarem os usuários/as que estão em situação de maior vulnerabilidade em relação a riscos e necessidades de saúde, de modo a oferecer um atendimento humanizado e resolutivo (Brasil, 2012). Nesse sentido, os/as participantes deste estudo parecem fazê-lo, conforme os recortes de fala acima apresentados, seja em visitas domiciliares, ou em dias oportunos de acordo com o planejamento da equipe.

Cabe salientar que, apesar da possibilidade de ofertar as diversas ações baseadas na Prevenção Combinada, tais como a testagem e o aconselhamento sobre os testes diagnósticos, para o público geral e para gestantes no pré-natal; a profilaxia pré e pós exposição; a redução de danos, para indivíduos que fazem uso prejudicial de drogas atividades educativas tendo em vista a promoção à saúde e prevenção; a disponibilidade de preservativo feminino, masculino e gel lubrificante, como forma de reduzir o risco de lesões; em geral, os participantes da pesquisa mencionaram apenas a testagem, o pré-aconselhamento, e a orientação ao uso de preservativo, como ilustrado pelo segundo recorte de fala acima (Brasil, 2014; Brasil, 2015; Gomes; Galindo, 2017; Melo et al., 2018, UNAIDS, 2018). Isso pode se apresentar como um reflexo de um desconhecimento de todas as possibilidades de ações da Prevenção combinada por parte desses/as profissionais.

DESAFIOS PARA OS PROFISSIONAIS: “PARECE SER ALGO DISTANTE E NÃO MUITO IMPORTANTE”

Essa categoria está relacionada às inquietações das/os profissionais de saúde frente às dificuldades na sua atuação profissional, bem como aos desafios sentidos pelas/os mesmas/os, inclusive relacionados ao uso de materiais de campanhas publicitárias de IST/Aids, como relata a participante 1:

Não. Não recebe não. A gente teve, geralmente fica lá no distrito e a gente recebe quando pede, a gente teve essas campanhas, a gente solicitou e aí veio. (Camila, 32 anos, médica)

As participantes Natália e Jéssica confirmam também a escassez de material publicitário nos serviços de saúde:

A gente usa panfletos, basicamente, impressos, cedidos pela prefeitura. Ultimamente não tem chegado tanto, mas a gente tem aqui uma reserva que fala de IST. É... eu busco também na internet quando eu vou apresentar algo em slide eu procuro apresentar algum cartaz, algum filme, um curta metragem que fale da doença nos grupos. Eu uso esses recursos. (Natália, 37 anos, enfermeira)

Principalmente relacionado à questão dos insumos. Seja medicamentoso ou seja de insumo mesmo pra poder trabalhar ... (Sobre material publicitário) Recebemos às vezes, de maneira pouca, mas algumas vezes sim. Principalmente quando a gente pede alguma coisa aí às vezes mandam, mas é em pouca quantidade. Quando tem. (Jéssica, 40 anos, enfermeira)

Em relação à estrutura e disponibilidade de materiais, pode-se perceber que os materiais relativos a campanhas publicitárias de IST/Aids, tais como panfletos ou outros materiais impressos, que, segundo os participantes relataram, não chegam às USF. É necessário que as/os profissionais solicitem ao Distrito Sanitário correspondente ou tenham a iniciativa de procurar na Internet por cartazes virtuais, filmes, curtas-metragens ou outros recursos que sirvam para suas ações de prevenção. Mas as dificuldades também se estendem à falta de insumos, como medicamentos e material para testagem rápida, entre outros.

A aparente falta de material impresso, educativo e informativo, apontada por esses participantes, aconteceu ao mesmo tempo em que foi destinado um menor orçamento de investimento em Publicidade de Utilidade Pública (PUP) pelo Ministério da Saúde nos últimos anos,

conforme demonstrado no gráfico abaixo. Apesar das campanhas e materiais publicitários serem uma ferramenta utilizada com o intuito de prevenir e promover a saúde da população, os profissionais de saúde acusam a escassez de material na sua atuação profissional.

Em 2019, o Ministério da Saúde foi responsável pelo investimento de R\$105.500.379,38 em publicidade de utilidade pública, representando 76,30% dos gastos neste setor. No ano de 2018 o orçamento foi maior, em torno de R\$201.252.288,99; ainda representando o maior percentual em comparação aos outros órgãos, totalizando 70,38%. De uma forma geral, o investimento em campanhas publicitárias registrou queda entre os anos de 2014 e 2019: em 2014 os gastos totais foram de R\$360.738.028,09; já em 2019 foi de R\$138.704.463,83. No entanto, em 2020 o investimento apresentou aumento para R\$175.705.545,77, e em 2021 foi de R\$174.266.360,42 (Portal da Transparência, 2021).

Pode-se considerar a possibilidade de que o aumento a partir de 2020 no valor investido em PUP coincida com o início da pandemia no Brasil e a existência de campanhas e materiais produzidos voltados para a Covid-19. Sobre isso, ao serem questionados/as sobre a última campanha envolvendo IST/Aids que lembram de ter visto, os/as participantes afirmaram:

Até porque o foco agora acaba sendo outro, né?! Então a gente acaba falhando. Corona, Corona, Corona, Covid e aí a gente tá até esquecendo que, um pouco que as pessoas, mesmo com a Covid, namoram, se expõem... (Daniele, 44 anos, enfermeira)

Tem recebido, tipo, no momento a gente tem recebido direcionado pro Covid, mas não pra outros assuntos. (Gabriela, 43 anos, enfermeira)

Eu tô aqui trabalhando faz um ano e até agora não vi nada ... Tudo está voltado para o COVID, né?! (Alexandre, 33 anos, médico)

Os/as profissionais de saúde também citam dificuldades que se referem ao público atendido. A participante Daniele pontua sobre a necessidade de desconstrução de certos entendimentos que a população atendida tem para conseguir cuidar adequadamente da mesma, como se vê abaixo:

Desafio, a questão assim, cultural, de que pra você conseguir o seu objetivo que é prevenir pra ter saúde, tratar, você precisa desconstruir aquilo ali pra poder trabalhar. (Daniele, 44 anos, enfermeira)

A participante Camila relata outros pontos que dificultam as ações de prevenção, como se pode perceber no recorte abaixo:

E você nota sim que aquele olhar que, você, por mais que tente usar um vocabulário o mais acessível possível, por mais que tente contemplar e alcançá-lo com a sua explicação, mas existem tantas intempéries, tantas adversidades do hoje, que é aquela questão de prevenir aquela doença que parece ser algo distante e não muito importante, sabe? Tem, porque assim, a gente lida mais na atenção primária com o público que é mais vulnerável socialmente, financeiramente, emocionalmente, então existem outras demandas comumente, é... os mais aparentemente urgentes que comprometem mais o seu bem estar, sua saúde como um todo, sua saúde global. Então assim, a gente alerta sobre isso e você nota um desdém, assim, do paciente. (Camila, 32 anos, médica)

Essas falas refletem a percepção que esses/as profissionais de saúde parecem ter, de que, por trás das dificuldades em fazer a

prevenção de IST/Aids e de engajar o usuário na corresponsabilidade por essas ações, há os determinantes sociais da saúde, que extrapolam e interferem na efetividade de tais ações e tendem a tornar a prevenção algo secundário na vida do usuário. A vulnerabilidade social dos usuários da Atenção Primária, que torna urgente a busca de soluções para a fome, violência, questões de moradia, enfim, para a sobrevivência imediata, parece levar esses usuários a subestimar as ações de prevenção realizadas pelos profissionais da USF, dificultando sua adesão às propostas terapêuticas.

Como foi apresentado particularmente no segundo recorte de fala acima, esses/as profissionais de saúde parecem ter a consciência de que para que as ações de prevenção sejam eficazes, é preciso também realizar ações de promoção da saúde. Não basta fazer ações educativas para divulgar informações científicas e recomendar mudança de comportamentos a fim de evitar ou controlar a transmissão de doenças e outros agravos; é preciso também que haja estratégias para transformar as condições de vida que concorrem para os problemas de saúde. E estas devem estar vinculadas a ações dos demais setores da sociedade e também a políticas públicas efetivas, o que extrapola o limite da competência do campo da saúde e da atuação do profissional da ESF (Czeresnia, 2009; Melo et al., 2018; UNAIDS, 2018).

No sentido de promoção de saúde e prevenção eficaz, foram pensadas estratégias que abrange diferentes camadas da sociedade: a produção de um relatório técnico direcionado à gestão municipal; a criação de uma cartilha para que os profissionais de saúde possam fazer

uso da maneira que preferirem, digital ou online; e a veiculação de cards com conteúdos específicos relativos à alguma IST e direcionados a públicos geralmente negligenciados em grandes campanhas publicitárias.

PRODUTOS RESULTANTES DA PESQUISA

Relatório Técnico: Entregue à gestão municipal de Recife com os principais resultados da pesquisa, além de conter orientações e sugestões sobre ações de prevenção às IST's e ao uso dos materiais produzidos abaixo.

Cartilha de Prevenção: Foi elaborada em linguagem clara e acessível, destacou diferentes IST e diferentes públicos, buscando fazer uma relação entre os dados epidemiológicos de números de casos e grupos populacionais mais afetados por cada IST. Objetivou ainda incentivar as pessoas a realizarem os testes preventivos, por meio de informações sobre dados de prevalência, diagnóstico, sintomas e tratamento. O formato da cartilha foi recorrente, sempre dando destaque a uma IST e/ou público em específico. Sugere-se aqui a produção e distribuição dessa cartilha tanto no formato impresso quanto no formato digital para ser utilizada pelos profissionais de saúde junto aos usuários da ESF.

Cards: Outro produto resultante do estudo consistiu em cards digitais destinados ao público geral. Nesses cards, também foi utilizada linguagem clara e acessível, fazendo uso de uma comunicação mais dinâmica, visando o compartilhamento de informações relevantes sobre

públicos específicos e determinadas IST. A produção e distribuição desses cards também podem ser feitas nos formatos impressos e digitais. Nesse último caso, sugere-se que eles sejam compartilhados pelos profissionais de saúde e Agentes Comunitários de Saúde por meio de *WhatsApp* e *Instagram* aos usuários dos serviços.

Sugeriu-se que o envio do material produzido seja feito através de uma *newsletter* destinada aos profissionais da Estratégia Saúde da Família com informações atualizadas de órgãos oficiais sobre IST no mundo, no Brasil, em Pernambuco e em Recife. A *newsletter* pode conter ainda informações sobre ações de prevenção realizadas nos diferentes Distritos Sanitários e em outras cidades e até países, como forma de possibilitar um repertório para possibilidades de ação.

Por meio da Newsletter pode haver também o compartilhamento de estudos sobre a temática, com destaque para artigos publicados pelos próprios profissionais de saúde da Atenção Básica, pela FIOCRUZ e por instituições de ensino de Pernambuco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contatou-se que os/as profissionais de saúde realizam intervenções de prevenção em diversos momentos junto aos/às usuários/as: consultas de pré-natal e de demanda espontânea, reuniões administrativas junto aos ACS, visitas domiciliares e ações abertas ao público.

A ausência de materiais, incluindo insumos medicamentosos, testes rápidos e material publicitário de prevenção de IST chamou a

atenção. Em específico, sobre material publicitário, os/as participantes não citaram nenhuma campanha sobre IST nos últimos dois anos. Considera-se o impacto da pandemia de Covid-19, que foi o foco neste período, com publicidade voltada para informações e orientações de combate ao vírus.

A pesquisa teve limitações, em especial devido ao período da Covid-19. Entre essas, pode-se citar que os/as participantes estavam, em sua maioria, trabalhando na linha de frente da pandemia, de modo que o tempo disponível para realização foi restrito, assim como a frequência de campanhas sobre IST no período. Ainda, cabe pontuar a escassez de literatura sobre o assunto, o que dificultou o aprofundamento teórico e a articulação com artigos nacionais e internacionais sobre o tema.

Vale a pena salientar a importância da ação em conjunto de intervenções de prevenção e promoção de saúde, e da integração no cuidado entre serviços de saúde e usuários, de modo que a responsabilidade pela saúde seja compartilhada.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A. de; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. *Rev SBPH*, [s. l.], v. 14, 2011.
- BARROS DE CARVALHO, D. *Psicologia da Saúde Crítica no contexto hospitalar*. *Psicol. ciência e profissão*, [s. l.], v. 33, 2013.
- BECKER, A. P. S.; ROCHA, N. L. da. Ações de promoção à saúde em sala de espera: contribuições da psicologia. *Rev. Interinst. Psicol.*, [s. l.], v. 12, n. 1, 2019.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Pública. *Boletim epidemiológico: Sífilis 2021*. [s. l.], 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Pública. *Caderno de boas práticas em HIV/Aids na Atenção Básica*. [s. l.], 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Pública. *O manejo da infecção pelo HIV na atenção básica: Manual para profissionais médicos*. [s. l.], 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Pública. *Política Nacional de Atenção Básica*. [s. l.], 2012.
- CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicol. cienc prof*, [s. l.], v. 24, 2004.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. [s. l.]: Editora FioCruz, 2009. v. 2, p. 1–7.
- DUARTE, J. Comunicação pública: Estado, Mercado, Sociedade e Interesse Público*. São Paulo: Editora Atlas, 2012.
- GOMES, E. S. S.; GALINDO, W. C. M. Family Health Teams facing the testing and counseling on STI, HIV-AIDS. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [s. l.], v. 41, n. 3, p. 628-649, 2017.
- LIMA, M. C. L. de et al. *Percepção dos enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV/Aids: testagem rápida*. Escola Anna Nery, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1-6, 2021.
- MARKS, D. F. *The Health Psychology Reader*. London: SAGE Publications Ltd., 2002. 388 p.
- MELO, E. A.; MAKSDUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? *Rev Panam Salud Publica*, [s. L.], v. 42, p. 1–5, 2018.

- MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 1–12, 2017.
- MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos, fidedignidade. *Ciência e Profissão*, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. *AIDSinfo*: offering information on HIV/AIDS treatment, prevention and research. HIV/Aids: The Basics. [s. l.], 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. HIV/AIDS Fact Sheets. [s. l.], 2021.
- PINNO, C.; BECKER, B.; SCHER, C. R.; MOURA, T. H. M. *Educação em saúde*. [s. l.]: SAGAH, 2019.
- PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. *Publicidade de Utilidade Pública* [Internet]. Brasília; 2022.
- PORTELA, L. M. D. S. R. et al. Assistência de enfermagem no pré-natal de soropositivas: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 1–11, 2021.
- RIBEIRO, J. L. P. A Psicologia da Saúde. In: *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 23–64.
- ROWLEY, J. et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ*, [s. l.], v. 97, n. 8, p. 548–562, 2019
- SILVA, T. N. R. et al. Sala de espera: uma possibilidade de intervenção em Saúde do Trabalhador. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, [s. l.], v. 27, n. 4, 2019.
- SOBRINHO, A. B. F. Healthy advertising in public communication. *ORGANICOM*, [s. l.], v. 9, 2012.

UNAIDS. 90-90-90 *An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. [s. l.], 2014.

UNAIDS. *Global HIV and Aids statistics* - Fact sheet 2021. [s. l.], 2021.

UNAIDS. *Prevenção combinada do HIV*. [s. l.], 2018.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

André Moreira é psicólogo pela Universidade Cruzeiro do Sul UNICSUL (2006). Mestre pela Universidade Federal de São Paulo pesquisando sobre a prevenção ao consumo abusivo de drogas no ambiente escolar, docente na Universidade Cruzeiro do Sul atuando nas disciplinas e estágios do eixo de Psicologia Social, atuou como psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto e Infante Juvenil. Docente na Pós-graduação em Saúde Mental e Coletiva (UNICSUL). Possui experiência na formação de educadores e profissionais do campo social no âmbito da prevenção e promoção de saúde.

Andreia Maria da Silva é psicóloga no CAPS IJ, Mestra em Psicologia Social (PUC SP), docente no curso de Psicologia (Fundação Santo André). Especialista em Queixas Escolares e no Atendimento à família no campo da saúde mental (USP). Atuante no campo do SUS e SUAS há 15 anos.

Barbara Cristina Mello é terapeuta ocupacional do CAPSij, Mestre em Ciências da Saúde pela UNIFESP, especialista em Saúde Mental na Atenção Básica (Einstein), Inclusão Escolar de Pessoas com Deficiência Intelectual (PUC-APAE) e em Terapia Ocupacional Dinâmica em Neurologia (FAMESP), e atuante nos campos da Assistência Social e Saúde Pública há 20 anos.

Beatriz Borges Brambilla é professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da PUC/SP e Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas

Carla Beatriz Góes Cabral é psicóloga, especialista em neuropsicologia- Pós-graduação em Saúde Pública com ênfase em saúde da família- Trajetória profissional com atuação em serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial- Centro de Atenção Psicossocial- nas modalidades CAPS Álcool e outras Drogas e CAPS Adulto, Unidade Básica de Saúde.

Carla Rafaela Donegá é médica pela USCS, médica de família e comunidade pelo PRMMFC-SMSGRU, mestranda do mestrado profissional em inovação no ensino superior em saúde pela USCS. Atualmente médica preceptora do PRM-MFC da SMS-GRU e médica do Ambulatório do Índio da Unifesp.

Carolina Donato da Silva é terapeuta ocupacional do CAPSIJ, Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP, militante da saúde mental infantojuvenil há 19 anos.

Cynthia Mayumi Saito Corrales é terapeuta ocupacional especialista em Educação em Saúde para Preceptores do SUS e mestre em Ciências da Reabilitação. Percurso no SUS na Saúde Mental da Infância e Adolescência (CAPSij).

Claudio Jose Cobianchi possui mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000); é especialista em saúde mental pelo Instituto Sedes Sapientiae (1988). Atualmente, é professor e supervisor nos cursos de especialização em Saúde Mental e Fenomenologia na Universidade Cruzeiro do Sul; e Supervisor e Professor do Núcleo de Estudo e Pesquisa do Caps Itapeva. Psicólogo concursado do Estado de São Paulo. Psicólogo Social com atuação em Instituições de Saúde Mental e Comunidades, Supervisão, Comportamento Social e Luta Antimanicomial.

Denilson Rodrigues de Souza é residente em Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Psicólogo pela Universidade Cruzeiro do Sul, onde também atua como assistente administrativo no Laboratório de Avaliação Psicológica e Análise de Comportamento, e no Núcleo de Estudos e Atendimento Psicológico. Interessado nos temas referentes à Psicologia Social, Saúde Pública, Psicologia Histórico-Cultural e Redução de Danos.

Helena Saroni é coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Saúde Mental (PRMS-SM) da Secretaria de Saúde do município de Guarulhos. e-mail: hsaroni@gmail.com.

Mestre em Saúde Coletiva. Atuou como coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Isabelle Diniz Cerqueira Leite é psicóloga. Mestre e doutora em Psicologia Cognitiva pela UFPE (conclusão em 2004 e 2010, respectivamente). Psicóloga da Saúde no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) da Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife (SESAU/PCR). Docente Permanente do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF - SESAU/PCR). Preceptora de Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde na Estratégia de Saúde da Família (Atenção Básica/SUS). Membro do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde da FPS.

Juliana Leite Godoy Veneziani Silva é psicóloga, psicanalista, especialista em Saúde Pública e Gestão em Saúde, trajetória profissional no Campo da Saúde Mental e das Políticas Públicas na defesa do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Kátia Varela Gomes é psicóloga, doutora em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Pesquisadora na área das dependências e gênero. Professora da graduação e pós-graduação na Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL). Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em

Saúde - Saúde Mental (PRMS-SM). e-mail: kspvarela@gmail.com.
Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5130750824413405>

Leila Dias Chianezzi é enfermeira especialista em Saúde Mental, reforma psiquiátrica e clínica da loucura. Trajetória no SUS como Preceptora de residência Multiprofissional em Saúde Mental e trabalhadora (ESF, CAPS Adulto, CAPSij).

Lívia Oliveira Paciência é graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; E-mail paciencialivia@gmail.com. Link de acesso ao Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6666812647172284>.

Luísa Brandão é graduanda em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Bolsista de Iniciação Científica (CNPq-IC). E-mail para contato: luisabrandao750@gmail.com. Link de acesso ao Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5056625152550070>.

Ney Luiz Picado Alvares é graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1987), Especialização em Gestalt-terapia pelo Instituto Sedes Sapientiae (2000), Treinamento Avançado em Terapia de Casais e Família pelo Centro Gestáltico de Montevideo (2004). Atualmente é psicólogo - Secretaria da Saúde do Município de São Paulo integrando equipe de Supervisão Técnica de Território de Saúde. Coordenação de Áreas Técnicas, programas de saúde. Preceptor na Residência em PICS no Município

de São Paulo. Supervisor Clínico Institucional em consultório particular e na UNICSUL.

Mírian Rique de Souza Brito Dias é psicóloga. Doutoranda em Psicologia Clínica pela UNICAP (2022-2026). Especialista em Psicologia Analítica com ênfase em Clínica e Saúde (2023). Mestra em Psicologia da Saúde pela FPS (2021). Graduada em Psicologia (2019) e Publicidade e Propaganda (2009). Membro da Linha de Pesquisa Família, Interação Social e Saúde (UNICAP).

Patricia Crucello da Silva é fonoaudióloga do CAPS IJ, mestre em Ciências da Saúde (Programa de Pós-graduação Secretaria de Estado da Saúde- SP), Especialista em Gestão da Saúde (Universidade São Camilo), docente no curso de Pós-graduação de Fonoaudiologia (Unyleya).

Rafael Nunes da Silva é médico pela FMUSP, médico de família e comunidade pela SBMFC, MBA em Gestão de Negócios em Saúde pela FPL. Atualmente coordenador do PRMMFC-SMSGRU.

Renan Vieira de Santana Rocha é psicólogo sanitarista (UFBA). Doutor e mestre em Saúde Coletiva (UFBA). Especialista em Saúde Coletiva (UFBA); em Gestão em Saúde (UNEB); e em Estudos Étnicos e Raciais (IFBA). Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista (CBS), Instituto

de Saúde e Sociedade (ISS). Membro-Pesquisador do Laboratório de Estudos sobre a Desigualdade Social (LEDS), no âmbito do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (PPGICS/UNIFESP); e do Núcleo de Estudos Reflexos de Palmares (NERP), no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais (PPGSSPS/UNIFESP).

Renan Souza de Oliveira é psicólogo formado pela Universidade Cruzeiro do Sul. Pós-graduado no curso de Saúde Mental e Coletiva na Perspectiva da Clínica Ampliada pela mesma Universidade. Especialista em Atenção Psicossocial pelo CAPS Luís da Rocha Cerqueira (Itapeva) com formação teórica e prática. Experiência de atuação com grupos, clínica particular, saúde público-coletiva e também dentro do campo da Assistência Social. Foi voluntário do Projeto de Acompanhamento Terapêutico da Universidade por quatro anos, também realizou pesquisas relacionadas à arte e saúde mental e Reabilitação Psicossocial.

Ricardo Jonathan Feldman é médico pela FCMSCSP, psiquiatra pela ISCMSP. Atualmente psiquiatra do núcleo de medicina psicossomática e psiquiatria do HIAE.

Silier Andrade Cardoso Borges é professor adjunto-A da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal

da Bahia (ISC/ UFBA). Mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA). Especialista em Saúde Coletiva (ISC/ UFBA). Especialista em Saúde Mental pela Universidade Católica do Salvador. Graduado em Psicologia pela Universidade Salvador.

Tamires de Lima Campos é psicóloga. Pós-graduanda em Psicologia Hospitalar. Psicóloga educacional na Universidade Cruzeiro do Sul, atuando como Responsável Técnica do Laboratório Psicológico e do NEAP - Núcleo de Estudo e Atendimento Psicológico.

Victoria das Graças Gomes é psicóloga e membro da UNAS - União de Núcleos, Associações dos Moradores de Heliópolis e Região;. E-mail para contato: vgagomes36@gmail.com; Link de acesso ao Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/2087627462256139>.

Vitória Souza Mendes de Jesus é psicóloga. Pós-graduanda em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Universidade Cruzeiro do Sul. Atuando como Psicóloga Clínica.

Viviane Batista da Silva-Autora é psicóloga formada pela Universidade Cruzeiro do Sul, pós-graduada pela mesma universidade na especialização Saúde Mental e Coletiva na Perspectiva da Clínica Ampliada. Experiência na área social com a população em situação de rua visando a garantia de direitos para a população atendida, atuando com atendimentos de média e alta complexidade, articulação em rede,

escuta, orientação, atendimento e acompanhamento de casos individuais e familiares, uso abusivo de álcool e outras drogas, redução de danos, coordenação de grupos e atendimentos clínicos.

SOBRE OS ORGANIZADORES

André Moreira é psicólogo pela Universidade Cruzeiro do Sul UNICSUL (2006). Mestre pela Universidade Federal de São Paulo pesquisando sobre a prevenção ao consumo abusivo de drogas no ambiente escolar, docente na Universidade Cruzeiro do Sul atuando nas disciplinas e estágios do eixo de Psicologia Social, atuou como psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto e Infante Juvenil. Docente na Pós-graduação em Saúde Mental e Coletiva (UNICSUL). Possui experiência na formação de educadores e profissionais do campo social no âmbito da prevenção e promoção de saúde.

Kátia Varela Gomes é psicóloga, doutora em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Pesquisadora na área das dependências e gênero. Professora da graduação e pós-graduação na Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL). Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Saúde Mental (PRMS-SM). e-mail: kspvarela@gmail.com. Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5130750824413405>

Renan Vieira de Santana Rocha é psicólogo sanitaria (UFBA). Doutor e mestre em Saúde Coletiva (UFBA). Especialista em Saúde Coletiva (UFBA); em Gestão em Saúde (UNEB); e em Estudos Étnicos e Raciais (IFBA). Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista (CBS), Instituto de Saúde e Sociedade (ISS). Membro-Pesquisador do Laboratório de

Estudos sobre a Desigualdade Social (LEDS), no âmbito do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (PPGICS/UNIFESP); e do Núcleo de Estudos Reflexos de Palmares (NERP), no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais (PPGSSPS/UNIFESP).

