

Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade

Study of a Psychosocial Care Network: Paradoxes
and effects of insecurity

Estudio de una Red de Atención Psicossocial:
Paradojas y Efectos de la Precariedad

**Lilian Miranda,
Thaíssa Fernanda
Kratochwill de Oliveira &
Catia Batista Tavares
dos Santos**

Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro

<http://dx.doi.org/10.1590 / 1982 - 3703001662013>

Artigo



* Estudo desenvolvido com apoio financeiro da Faperj (bolsa de Auxílio Instalação e bolsa de Iniciação Científica) e CNPq (bolsa PIBIC – Iniciação Científica).

Resumo: Este estudo objetiva compreender a organização da assistência psicossocial em uma cidade de médio porte. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, baseada no paradigma construtivista e apoiada em produções teóricas do campo da saúde coletiva e saúde mental. As estratégias metodológicas foram grupos focais, entrevistas em profundidade e pesquisa documental. Participaram 80 sujeitos, representados por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como por usuários deste último. Identificaram-se paradoxos e impasses produzidos pela escassez de recursos, pelo lugar que o CAPS assume na atenção psicossocial da cidade e por uma incorporação da política nacional de saúde mental dissociada das reflexões críticas, da história e do constructo conceitual que a produziram. O CAPS assume lugar de referência e confiança para os pacientes, mas se mantém isolado e responsabilizado pelo mandato social sobre a loucura e o louco. Na ESF, os pacientes são identificados por meio dos signos da periculosidade e carência, enquanto que o remédio assume função de agente de apaziguamento, constituindo a principal estratégia terapêutica. Imersa no imaginário da precariedade, a rede estudada ilumina vários riscos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial. Programa de Saúde da Família.

Abstract: This study aims to understand the organization of psychosocial work in a medium-sized town. To this end, we developed a qualitative research, based on constructivist paradigm and supported by theoretical productions in the field of public health and mental health. The methodological strategies were focus groups, in-depth interviews and documentary research. Eighty subjects participated, represented by Family Health Strategy (FHS) professionals, the Nucleus of Support to Family Health and Psychosocial Attention Center (CAPS), as well as by users of the latter. Paradoxes and production dilemmas were identified by the scarcity of resources, by the place that CAPS takes on psychosocial care in the city and by incorporating national policy on mental health critical of dissociated from critical reflections, the history and conceptual construct that produced it. CAPS takes a place of reference and confidence for patients, but remains isolated and is held responsible for social mandate on insanity and the insane. In FHS, patients are identified by signs of dangerousness and need, while the medicine takes on the function of appeasement agent, constituting the main therapeutic strategy. Immersed in the imaginary of precariousness, the network studied illuminates several risks to consolidating the Brazilian Psychiatric Reform.

Keywords: Psychiatric Reform. Mental Health. Center for Psychosocial Attention. Family Health Program.

Resumen: Este estudio objetiva comprender la organización de la asistencia psicossocial en una ciudad de medio porte. Para tanto, se desarrolló una pesquisa cualitativa, basada en el paradigma constructivista y apoyada en producciones teóricas del campo de la salud colectiva y salud mental. Las estrategias metodológicas fueron grupos focales, entrevistas en profundidad y pesquisa documental. Participaron 80 sujetos, representados por profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia y del Centro de Atención Psicossocial (CAPS), así como por usuarios de este último. Se identificaron paradojas e impases producidos por la escasez de recursos, por el lugar que el CAPS asume en la atención psicossocial de la ciudad y por una incorporación de la política nacional de salud mental dissociada de las reflexiones críticas, de la historia y del constructo conceitual que la produjeron. El CAPS asume lugar de referencia y confianza para los pacientes, pero se mantiene aislado y responsabilizado por el mandato social sobre la locura y el loco. En la ESF, los pacientes son identificados a través de los signos de la peligrosidad y carencia, mientras que el remedio asume función de agente de apaciguamiento, constituyendo la principal estrategia terapéutica.

Inmersa en el imaginario de la precariedad, la red estudiada ilumina varios riesgos para la consolidación de la Reforma Psiquiátrica brasileña.

Palabras clave: Reforma Psiquiátrica. Salud Mental. Centro de Atención Psicossocial. Programa de Salud de la Familia.

No Brasil, a atual política pública de saúde mental garante que a maior parte dos recursos financeiros seja destinada à estruturação de programas e serviços alinhados às propostas de desconstrução do modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, dentre outros (Brasil, 2007). Essa realidade se deve às conquistas da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, cuja continuidade e, sobretudo, consistência, requer permanente atenção para grande quantidade de fatores, entre os quais se destacam seu caráter complexo e a exigência da consideração às dimensões epistemológica, social, cultural, jurídica (Amarante, 2007) e clínica que o envolvem, assim como sua função instituinte, a qual deve impor constantes questionamentos acerca do lugar social designado ao louco (Furtado & Onocko Campos, 2005).

Pesquisas mostram que um dos maiores desafios dos CAPS hoje se situa na sua articulação com outros serviços e setores (Onocko Campos *et al.*, 2009). Ele deve ser um lugar de referência e acolhida, onde os sujeitos encontrem sustentação para criar uma existência pessoal, situada em uma comunidade com a qual se relacionam de modo singular (Ribeiro, 2005), mas ao substituir o manicômio, não pode se colocar no lugar dele, assumindo o mandato social pela loucura ou pela totalidade da vida de cada paciente (Dias, 2011). Para tanto, o CAPS precisa contar com parcerias com outros equipamentos capazes de compreender as múltiplas facetas que compõem as demandas dos usuários, caracterizadas por aspectos (inter) subjetivos, psíquicos, sociais, culturais, educacionais, dentre outros, e dispostos a colaborar com o enfrentamento da complexa problemática que se impõe nesse cenário (Jimenez, 2011).

Essas parcerias exigem que o território seja bosquejado por pontes, construídas com materiais sólidos e, ao mesmo tempo, permeáveis às diferentes formas de circulação da população.

Em sintonia com essas questões, há alguns anos, o Ministério da Saúde brasileiro discute a necessidade de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde (AB), reconhecendo a necessidade de investimentos em capacitação e viabilização de uma rede de cuidados articulada ao território, que conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para suporte às questões de saúde mais específicas e às relações entre serviços (Brasil, 2008).

A esse respeito, Nunes *et al.* (2007) ressaltam que a consolidação da RP em vários países do mundo se deu com ênfase na construção de uma rede de cuidados que contempla a AB, partindo-se do princípio que uma grande quantidade de problemas de saúde pode ser resolvida nesse nível, sem a necessidade de recorrer a especialistas. Os autores lembram que, já nos anos de 1970 e 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecia a impossibilidade dos serviços de saúde mental ficarem a cargo exclusivo de especialistas e preconizava a descentralização dos serviços, sua incorporação em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade. No contexto brasileiro, levantamento feito em 2003, constatou que os profissionais da AB se deparam cotidianamente com problemas de “saúde mental”, sendo que 56% das equipes de Saúde da Família (ESF) investigadas referiram realizar “alguma ação” nesse campo (Brasil, 2008).

Verifica-se, entretanto, que a maior parte das pesquisas em saúde mental investiga as redes das grandes cidades (Onocko Campos *et al.*, 2009; Kantorski *et al.*, 2009), o que é problemático quando consideramos que mais da metade da população brasileira reside em municípios de pequeno e médio porte, com características sociodemográficas e políticas bastante distintas daquelas observadas nas metrópoles (Luzio & L'Abbate, 2009). Contrastando com essa realidade, o presente trabalho apresenta um estudo sobre os serviços e estratégias de atenção em saúde mental desenvolvidos por um município de médio porte. Pretende-se apresentar o modo como a atenção em saúde mental é organizada nessa cidade, bem como as representações que profissionais dos diferentes serviços fazem dos pacientes, suas demandas e estratégias adequadas de atenção. Destacar-se-á as avaliações que os trabalhadores e usuários fazem da rede de saúde em que estão inseridos, apontando paradoxos, impasses e problemas produzidos pela precariedade dos diversos tipos de recursos disponíveis e as respostas que vêm sendo produzidas.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sustentada no paradigma construtivista (Denzin & Lincoln, 1994; Minayo, 2006). Desenvolvido entre junho de 2012 e julho de 2013, o estudo envolveu cerca de 80 sujeitos, representados por profissionais e usuários do CAPS, de oito unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do NASF. As estratégias metodológicas desenvolvidas foram: (1) entrevistas preliminares com as coordenadoras do CAPS e da AB; (2) pesquisa documental; (3) duas (2) seções de grupos focais com a equipe do CAPS e oito (8) com equipes de ESF; (4) entrevista com duas profissionais do NASF e com cinco pacientes do CAPS.

A condução dos grupos focais e da entrevista com profissionais do NASF baseou-se em um roteiro de questões semi-dirigidas que abordava

todo o processo de trabalho do CAPS, ESF e NASF, bem como questões concernentes à relação com a rede, interação entre profissionais e formação. Já o roteiro das entrevistas com pacientes abordou as temáticas: vida familiar e relacionamentos amorosos e sociais; vida laboral e sustento financeiro; vivências de crise, relação com sintoma e busca pelo tratamento, avaliação do CAPS; relação com outros serviços de saúde.

Para as seções de grupo desenvolvidas no CAPS, foram convidados todos os profissionais do serviço, havendo efetiva participação de dois (2) psicólogos, um (1) terapeuta ocupacional, um (1) nutricionista, duas (2) técnicas de enfermagem e uma (1) assistente social (coordenadora do serviço). Na ESF, foram realizados grupos com as equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)¹, já que se tratava daquelas que assumiram responsabilidade pela atenção às demandas de saúde mental. Solicitamos que participassem dos encontros todos os profissionais da equipe, mas na maioria deles compareceram apenas os agentes de saúde, o assistente de odontologia e a enfermeira, sob alegação de que os demais estavam em horário de consulta ou ausentes da unidade. Em relação ao NASF, foram entrevistadas, conjuntamente, as profissionais responsáveis pelo apoio em saúde mental, cuja formação era em farmácia e nutrição.

Os pacientes entrevistados foram indicados pela equipe do CAPS, sendo previamente solicitado que todos residissem em áreas com cobertura de ESF e que pelo menos um deles fizesse tratamento em regime intensivo e um em regime não-intensivo². Participaram do estudo três mulheres e dois homens, que possuíam entre 33 e 45 anos e se tratavam no CAPS há mais de 05 anos. Uma delas possuía segundo grau incompleto e os demais não concluíram o primeiro grau escolar. Dentre os cinco, apenas uma estava em regime não intensivo e possuía diagnóstico de transtorno do pânico. Os demais se tratavam em regime intensivo, sendo que

1 O PMAQ se estrutura a partir da pactuação entre as três esferas de governo de metas a serem cumpridas pela atenção básica, com avaliação contínua, executada por um grupo de pesquisadores designados pelo Ministério da Saúde. Seu objetivo principal é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica.

Entre as metas do PMAQ estão o acesso e o acompanhamento nas unidades de atenção básica de pessoas com demandas relacionadas à saúde mental. Para maiores esclarecimentos, ver: BRASIL. Saúde mais perto de você - acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). Manual instrutivo. Brasília/DF: Ministério da saúde, 2012.

2. Regime intensivo consiste em tratamento diário, voltado para casos mais graves. Regime não intensivo é oferecido às pessoas que não precisam de suporte tão frequente, podendo contar com o serviço até três vezes por mês (Brasil, 2004).

três (3) possuíam diagnóstico de esquizofrenia e uma de transtorno mental orgânico, segundo a equipe que os acompanhava.

A análise documental teve como material básico o "Livro de Acolhimento", no qual são registradas informações de todos os pacientes que chegam ao serviço. Estudamos os registros dos usuários recebidos entre 24/11/2010 e 22/03/2012 (16 meses). Pesquisaram-se também os prontuários dos pacientes, mas estes continham apenas informações acerca da medicação destes.

O material empírico foi trabalhado a partir de análise de conteúdo, desenvolvida, primeiramente, por meio de sucessivas leituras flutuantes de todas as transcrições e relatos dos procedimentos adotados. Em seguida, construímos categorias empíricas, pautadas na relevância, intensidade e recorrência dos argumentos dos sujeitos de pesquisa (Minayo, 2006; Bardin, 1977).

O referencial teórico utilizado na discussão dos resultados baseou-se na psicossociologia francesa, especialmente no que diz respeito ao conceito de imaginário, desenvolvido por Enriquez (1997; 1994). Entre outros aspectos, essa abordagem permite que as instituições sejam compreendidas em sua complexidade, já que tomadas como sistemas que envolvem dimensões simbólicas e imaginárias, ancoradas nas relações intersubjetivas e intrapsíquicas de seus membros. Outro referencial utilizado foi a produção teórica dos campos da saúde coletiva e saúde mental.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) (Protocolo nº 181/2011) e cumpre todas as determinações da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos receberam informações acerca das fases da investigação e seus objetivos e assinaram Termo de Consentimento Livre-Esclarecido.

Resultados

Com cerca de 80.000 habitantes, o município estudado situa-se na baixada fluminense, região que vem passando por significativo crescimento no setor de serviços, mas que apresenta os menores índices de desenvolvimento humano do estado do Rio de Janeiro, além de evidente precariedade de saneamento básico, transporte público, habitação, segurança e saúde. Durante o desenvolvimento da pesquisa, a rede de saúde era composta por 19 postos de saúde, 01 hospital maternidade, 01 CAPS II, 01 residência terapêutica e 01 serviço móvel de emergência - (SAMU), sendo que 03 postos de saúde, bem como o hospital, oferecem atendimento 24 horas. Contava ainda com 16 equipes de saúde da família, entre as quais 8 oito (8) participavam do PMAQ-AB.

O trabalho desenvolvido pelo CAPS - caracterização da demanda

Entre 2010 e 2012, em um período de 16 meses, o CAPS recebeu 645 casos, realizando uma média de 40 atendimentos de novos pacientes por mês, sendo que a maioria deles (63%) procuraram o serviço por demanda espontânea, enquanto os demais foram encaminhados de Instituições Psiquiátricas ou Comunidades Terapêuticas, unidades da AB e outros serviços de saúde.

Como mostra a tabela abaixo, os profissionais registram que a maior parte dos pacientes apresentavam queixas relacionadas a vivências depressivas e ansiosas, ou uso de substâncias psicoativas. Há ainda registros de solicitações de atestados ou receitas médicas, ou de acompanhamento de crianças, cujos pais se queixam de problemas comportamentais ou dificuldades de aprendizagem. Uma parcela menor dos registros aponta sintomas que sugerem quadros psicóticos ou síndromes orgânicas e demenciais. Não há registro sobre a vida familiar, social ou laboral das pessoas recebidas.

Tabela 1.

Distribuição dos agrupamentos de queixas/demandas do pacientes

Agrupamentos de queixas/demandas	No.	%
Síndromes Depressivas e/ou ansiosas	255	39%
Dependência Química (em uso e em abstinência de substâncias)	133	21%
Solicitação receitas médicas/ atestados diversos	107	17%
Síndromes Psicóticas	56	9%
Síndromes orgânicas	44	7%
Sem informação	28	4%
Síndromes relacionadas à infância	22	3%
Total	645	100%

Fonte: Miranda (2013), p. 6 Pesquisa intitulada “Estudo da rede de saúde mental de uma cidade da Baixada Fluminense: uma interlocução entre saúde mental, saúde coletiva e psicopatologia psicanalítica”

Organização do trabalho no CAPS, vivência da dinâmica institucional e suas repercussões para a vida cotidiana dos pacientes

Reconhecendo que atendem mais pacientes do que é preconizado, os profissionais do CAPS explicam que estes são sempre acolhidos, independentemente do dia e horário em que cheguem. Todos os membros da equipe se dividem nessa tarefa, com exceção dos médicos. Costumam consultar uns aos outros sobre os encaminhamentos dos casos de que têm dúvida, entretanto não há discussões clínicas regulares nas reuniões de equipe. O serviço não trabalha com técnico ou equipe de referência e não formaliza, por escrito, os projetos terapêuticos dos pacientes. Com exceção da usuária que faz psicoterapia há 05 cinco anos e delega ao psicólogo a condução do seu percurso terapêutico, os demais pacientes não se referem a nenhum profissional em específico que os ajude a compreender como se estrutura seu tratamento.

A coordenadora do serviço informou que cerca de 30 pacientes frequentam o CAPS diariamente. A equipe diz que faz atendimentos individuais, “grupoterapia” e diversas oficinas, mas não descreve ou nomeia nenhuma delas, com exceção da oficina de teatro e do grupo de família. Também realiza festas e passeios e enfatiza a importância destes, na medida em que os poucos locais de entretenimento da cidade costumam ser desconhecidos pelos pacientes. Entretanto, a frequência dessas atividades é pequena, em função da ausência de transporte e outros recursos, muitos dos quais acabam sendo providenciados por meio da “boa vontade” dos profissionais, que se organizaram, por exemplo, para fazer doações dos alimentos necessários para a festa junina. Nesse sentido, afirmam que “desistiram de pedir [recursos]” à secretaria de saúde, mas “não desistiram de fazer” festas e passeios.

De modo geral, a equipe considera que trabalha para a “melhoria da qualidade de vida dos pacientes”, nomeando sua função como um “trabalho muito assistencial”, que envolve a observação do cotidiano dos usuários, a realização de orientações diversas, inclusive relacionadas à higiene pessoal e à alimentação. Os profissionais destacam que trabalham com as famílias,

ajudando-as a reconhecer as necessidades de autonomia e algumas potencialidades dos usuários, além de se manterem atentos aos destinos dados aos benefícios recebidos por estes.

Em sintonia com essas considerações, em seus relatos, os pacientes parecem não conseguir se imaginar menos dependente do CAPS, cujas representações estão mais associadas à prestação de cuidados do que de construção de possibilidades mais autônomas para a vida. Reconhecem que a presença no serviço lhes proporciona melhora na forma de viver o cotidiano e criticam as pessoas que o denominam como “lugar de louco”. Tal melhora é associada, principalmente, ao fato de o CAPS se mostrar como o lugar onde podem passar o dia, sentindo-se à vontade e contando com suporte para a realização de afazeres básicos, como o autocuidado, sem as cobranças ou dificuldades de relação que possuem com os familiares. Nesse sentido, uma delas diz:

“Elas [suas irmãs] diziam que o CAPS era um lugar de maluco. Ai eu dizia assim: Pô, se o CAPS é um lugar de maluco, aonde vive os malucos então é pior que um troço de maluco, eu hein. Eu não acho que o CAPS é um lugar de maluco. Lá pra mim é um lugar de tratamento, de recuperação... Como eles falam. (...) é o único lugar onde me sinto bem, por que aqui eu posso fazer minhas terapias [trabalhos manuais]. (...) E eles me tratam muito bem. Melhor do que minha família. Eu tenho certeza que do jeito que eu estava com dor de cabeça lá em casa, se eu tivesse aqui eles estariam dando atenção a mim, não iam me deixar ficar sem tomar banho. Iam me dar banho e também ia me dar remédio pra melhorar”. (trecho da entrevista feita com uma paciente).

Os pacientes valorizam bastante o aprendizado de alguns trabalhos artesanais, embora se queixem de que o serviço, no momento das entrevistas, estivesse contando com poucas atividades, oficinas e grupos. Já a equipe não relata o desenvolvimento regular

de nenhuma atividade voltada à socialização ou vida laboral, mas destaca o caso de duas usuárias que conseguiram se organizar no CAPS para ter uma fonte de renda, por meio da venda de doces e salgados. Ressaltam o desejo de fazer uma barraquinha em frente ao serviço, para que contassem com uma melhor estrutura e pudessem oferecer outros produtos, porém afirmam que não contaram com o apoio necessário e não têm recurso para viabilizar isso.

Com exceção de uma paciente, todos os entrevistados moram com algum membro familiar e dependem deste para seu sustento. Apenas um deles foi aposentado por invalidez, enquanto que os demais não têm qualquer tipo de benefício financeiro concedido pelo Estado. Tal dependência parece ser fonte de sofrimento, na medida em que são raras as situações em que se sentem valorizados, ou podem contribuir com o sustento familiar. Uma paciente afirma: *“Aí eu me sinto assim uma pessoa insegura (...), por que a pessoa quando não tem o direito de nada é como se não tivesse nenhum valor.”.*

As instituições religiosas foram os únicos lugares citados como espaços de encontro com amigos. A vida social de todos se restringe aos contatos com colegas da igreja, familiares, profissionais e pacientes do CAPS. Em relação aos últimos, os encontros são no próprio serviço.

Recursos necessários ao trabalho no CAPS e relação entre serviços

A equipe descreve uma série de problemas de recursos, que se estendem desde a falta de espaço físico para atividades grupais e a ausência de apoio de outras secretarias (como educação e esporte), até a precariedade dos vínculos trabalhistas. Para a coordenadora, o problema mais grave é a falta de estabilidade profissional, pois as mudanças de governo costumam acarretar modificações na estrutura da equipe. A maior parte dos profissionais trabalha por meio de cooperativas, sendo que os contratos estão su-

jeitos a interrupções, provocadas por interesses políticos. Todos se mostram descontentes com essa realidade e enfatizam que ela é incoerente com um tipo de trabalho que exige a construção de vínculo e relação de confiança com pacientes.

Quando interrogada acerca das relações do serviço com a AB, a equipe se mostra muito ressentida com o “grande preconceito” para com os pacientes de saúde mental, advindo, inclusive de profissionais de saúde. Enfatiza a ausência de protocolos e fluxogramas que regulem encaminhamentos e afirma inexistir qualquer forma de trabalho sistemático em parceria com outros serviços de saúde. Reclama que costuma enfrentar dificuldades para conseguir vagas de internação para pacientes com intercorrências clínicas e que, por outro lado, muitas vezes o serviço pré-hospitalar e os postos de saúde encaminham pacientes ao CAPS sem fazer uma avaliação prévia, obrigando-os a receber pessoas que precisariam de outro tipo de intervenção. Porém, a coordenadora pondera que o NASF se estruturara há pouco tempo e está se aproximando do CAPS para estabelecer protocolos de referência e contrar-referência.

Embora avaliem que a falta de parceria com outros serviços é problemática, os profissionais não descrevem nenhum esforço para qualquer tipo de aproximação com estes. Por outro lado, demonstram estranhamento diante do fato de o CAPS estar “tão isolado, numa cidade tão pequena”. Atribuem essa situação às dificuldades políticas e à precariedade do vínculo trabalhista, explicando que, “como não são concursados, não se sentem à vontade em se expor”. O compartilhamento de trabalho é sentido como uma exposição que pode gerar riscos.

Sobre a atenção aos pacientes em crise, a equipe se refere à internação psiquiátrica e ao encaminhamento a dois serviços de pronto atendimento, onde os usuários podem passar algumas noites ou fins de semana. As internações costumam durar meses e são acompanhadas pelos profissionais do CAPS, por

meio de ligações para o hospital. Não foi mencionada nenhuma outra estratégia de atenção à crise, além desses encaminhamentos e do uso da medicação.

O trabalho de saúde mental desenvolvido pelas equipes de ESF

No período do desenvolvimento dos grupos focais, havia cerca de dois meses que as unidades de ESF estavam trabalhando com saúde mental, o que consistia em uma mudança na rotina assistencial. Anteriormente, qualquer pessoa com dificuldades emocionais ou sofrimentos psíquicos, independentemente da qualidade ou intensidade destes, era encaminhada para o CAPS. Tanto a farmacêutica do NASF, quanto a maioria das equipes de ESF, relataram que o atendimento a pacientes de saúde mental foi acordado com a secretaria de saúde, em função do excesso de usuários do CAPS. Apenas em uma unidade, explicitou-se a necessidade de adaptação às exigências do PMAQ-AB e em nenhuma delas houve referência à saúde mental como um trabalho inerente à missão da ESF.

Foi pactuado que o CAPS encaminharia para a unidade de ESF o prontuário dos pacientes estabilizados e, esta, após visita aos mesmos, se responsabilizaria pela dispensação dos remédios, mediante a receita do psiquiatra do CAPS. Tal receita seria repetida por até seis meses pelo clínico da unidade, que passaria a atender os pacientes de saúde mental mensalmente. Depois desse período, todos os pacientes voltariam a ser avaliados pelo psiquiatra do CAPS, reiniciando um novo ciclo. Os remédios psicotrópicos não ficam armazenados na unidade, sendo encaminhados para lá, mediante envio da receita. Segundo a farmacêutica do NASF, é de sua responsabilidade orientar os profissionais da ESF acerca dos medicamentos e dosagens de cada paciente.

Ela comenta que essa mudança gerou, inicialmente, resistência dos médicos e enfermeiros, que alegavam não estarem preparados para esse tipo de assistência. No seu enten-

dimento, essa reação é compreensível, na medida em que a própria equipe do NASF também ficou temerosa com a ideia de atender a demanda de saúde mental. Nesse novo contexto de atendimento, para a farmacêutica, “o NASF está no meio”. Sua função é fazer o “link” entre a ESF e o CAPS, ajudando em situações de crise, de abandono de tratamento ou casos especiais.

Na avaliação de algumas unidades, a mudança só dificultou a vida dos pacientes, que estavam acostumados a pegar o remédio diretamente no CAPS e gostavam de frequentar o serviço para participar das festinhas e atividades artesanais. Já para outras equipes, a rotina dos pacientes foi facilitada, pois não precisam mais percorrer longa distância até o CAPS, nem gastar dinheiro com o transporte. Além disso, sugerem que frequentar a ESF tende a gerar menos preconceito.

Uma profissional da ESF conta que os familiares dos pacientes têm dificuldade de entender a demora que, frequentemente, ocorre para a chegada dos remédios na unidade, chegando a acusar a equipe de roubo de seus medicamentos. Já as profissionais do NASF comentam que tais famílias são, em geral, “mal estruturadas” e sobrecarregadas, o que lhes deixa com “tolerância zero” para com os agentes de saúde que, frequentemente, encontram dificuldades para desenvolver seu trabalho (sendo impedidos de entrar nas casas, por exemplo). Elas consideram que esses familiares precisariam de “suporte psicológico”, mas não têm nenhum plano para providenciá-lo.

Algumas equipes também comentaram que os médicos, muitas vezes, não se sentem à vontade para repetir a receita do psiquiatra. Já uma profissional do NASF entende que, embora sejam contratados como generalistas, eles têm certa resistência no atendimento aos casos de saúde mental, assim como de Pediatria, o que, no seu entendimento, se deve à “falta de conhecimento” dos médicos sobre questões ligadas à Psiquiatria. Nesses casos, afirma que precisa intervir para que o

paciente não fique sem sua medicação. Diante dessas dificuldades e da insegurança para com casos mais complexos ou situações de crise de pacientes, a principal intervenção, seja do NASF ou da própria equipe de ESF, é “chamar o CAPS”, o qual costuma responder prontamente.

Outras equipes afirmaram que a inclusão dos pacientes do CAPS não alterou em nada suas rotinas, pois são pessoas já tratadas na unidade. Um dos enfermeiros afirmou, por exemplo, que o trabalho da unidade “é mais clínico” e as ações de saúde mental se restringem a “acompanhar a receita azul”. Um desafio relatado por uma profissional diz respeito à dificuldade de manter o controle do tratamento dos pacientes em casa, pois a preocupa-a muito a impossibilidade de ter certeza de que tomarão os remédios na hora correta.

A maior parte das unidades realiza poucas atividades de promoção de saúde. Algumas enfermeiras alegam que preferem esperar a passagem do ano eleitoral para iniciar qualquer trabalho novo, porque a mudança de governo costuma ser acompanhada de troca de profissionais, gerando grande frustração. Já a nutricionista e a farmacêutica justificam que o NASF vem sofrendo certo desmonte - estão sem psicóloga, ginecologista e pediatra - o que lhes impede de incentivar novas formas de trabalhos na ESF.

Principais representações que os profissionais da ESF fazem sobre os pacientes de saúde mental

Foi consenso entre as equipes a avaliação de que a maior demanda dos pacientes de saúde mental é por “atenção”: são pessoas que “falam muito e às vezes choram”. Destacam que se trata de pessoas que exigem que os agentes lhes dispensem um momento para ouvi-las, não sendo possível passar por elas rapidamente, o que “compromete” a agenda das agentes de saúde. Mencionam também o intenso uso de medicação, mostrando-se assustadas com a quantidade de pessoas que

tomam remédios para dormir e com o crescente número de pedido de receitas de ansiolítico. É unânime, ainda, a associação entre periculosidade/ urgência/imprevisibilidade/forças demoníacas e doença mental.

Algumas agentes de saúde chegaram a comentar que se surpreenderam ao saber que certos usuários eram “Pacientes CAPS”, pois sempre os viam convivendo tranquilamente no bairro. Nesse sentido, é interessante notar que a representação de periculosidade coexiste, paradoxalmente, com a avaliação de que os pacientes costumam ser “tranquilos” (desde que medicados), sentindo-se aliviados “só de conversar” com as agentes. Relatos de situações mais graves, como crises e suicídio, são feitos com certo distanciamento afetivo e a explicação de que o CAPS se responsabilizou-se por lidar com estas.

Por outro lado, houve agentes que chegaram a se emocionar diante de alguns relatos, desabafando que, às vezes, é angustiante não saber como ajudar os pacientes. De todo modo, o afeto mais referido foi o medo diante de possíveis episódios de agressividade ou urgência. É notável ainda a denominação que os profissionais atribuíram às pessoas que fazem uso de medicação psicotrópica (independentemente do tipo e da quantidade da mesma): são chamados de “Paciente CAPS”, embora já estejam inseridos na ESF, sob responsabilidade desta.

Estratégias de capacitação para o trabalho em Saúde Mental nas equipes de ESF

Somente o médico e o enfermeiro passaram por um processo de capacitação para o trabalho de saúde mental. Este consistiu numa em uma conversa com as coordenadoras do CAPS e da ESF acerca da necessidade e forma de encaminhamento de alguns pacientes. As equipes não contaram com nenhum tipo de suporte para expressar e elaborar representações e sentimentos despertados pela possibilidade de contato com pessoas que vivem graves sofrimentos psí-

quicos. A demanda do trabalho lhes foi apresentada de forma objetiva, destacando o excessivo número de pacientes do CAPS e o suporte que este daria por meio das consultas psiquiátricas e do envio das receitas.

Em alguns grupos, as agentes de saúde mostraram grande interesse em contar com um processo de capacitação. Perguntaram sobre como lidar com pessoas que vivem quadros de depressão e ansiedade, bem como sobre os motivos das crises, o que as pessoas doentes podem continuar fazendo e o que devem parar, quais são os cuidados familiares mais adequados, como “funciona a mente de pessoas com problemas”, noções básicas de Psicologia e Psiquiatria. Uma enfermeira comentou que, muitas vezes, a equipe se sente desesperada porque percebe que “algo está errado” com o paciente, mas não sabe o que fazer. Uma agente ressaltou que gostaria de saber como identificar os sinais de uma crise e preveni-la, lembrando que a prevenção é parte da missão do ESF e ponderando que costuma perguntar sobre a carteira de vacinação e marcar consultas com o pediatra, mas não sabe o que fazer em relação à saúde mental.

Discussão

Função e lugar do CAPS

A realidade estudada é complexa e exige a discussão de uma gama de fatores que se entrelaçam, mantendo o CAPS numa em uma posição central. Este tem cumprido um de seus papéis garante o acesso à população, o que se verifica pelo grande contingente de novos pacientes recebidos mensalmente, pela atenção aos chamados de urgência e mesmo pela manutenção das consultas psiquiátricas semestrais aos pacientes encaminhados à ESF. Os pacientes entrevistados, embora se queixem da falta de atividades no cotidiano institucional, reconhecem o CAPS como um espaço de acolhimento, onde gostam de passar o dia.

Essa realidade não nos exime, entretanto, de lembrar que a ampliação da cobertura de serviços e o acesso a eles, não garante, por si mesma, a superação de práticas calcadas no modelo “queixa-conduta” que, em geral, privam os sujeitos da possibilidade de acesso a cuidados baseados no vínculo e na participação da construção de seus projetos de tratamento, o que gera dependência aos serviços e inchaço destes. Portanto, coloca-se em questão a qualidade da assistência prestada por esses equipamentos e sua competência para ajudar os pacientes a ampliar possibilidades de auto-cuidado (Onocko Campos & Campos, 2006).

Tal questionamento se faz contundente quando partimos da ideia de saúde como capacidade normativa, potencial para resignificação do vivido e realização de trocas mútuas com o meio social, de modo que o sujeito se modifique ou realize algumas adaptações, mas também possa interferir em processos de transformação de elementos que o circundam (Canguilhem, 1978; Coelho & Almeida Filho, 1999). Nessa perspectiva, a função do CAPS não é proporcionar a seus pacientes uma terapêutica capaz de restabelecer certa normalidade, ou ajudá-los a submeterem-se a um padrão sócio-sociocultural pré-estabelecido, mas sim disponibilizar suporte e recursos diversificados para lidarem com seu sofrimento, podendo aumentar a capacidade normativa ou restabelecê-la, sempre em relação com o social, mas garantindo certa singularidade.

No CAPS estudado, vários elementos denotam a predominância do modelo “queixa-conduta”, pautado pela ideia de que cada sofrimento pode ser corrigido por uma medicação. Entre eles estão a inexistência de projetos terapêuticos singulares registrados e discutidos pela equipe e a escassez de dispositivos clínicos que envolvem algum tipo de organização coletiva. Diante de realidades semelhantes, alguns autores alertam para o risco de que a Reforma Psiquiátrica brasileira se restrinja à desospitalização, assinalando que ainda precisamos superar práticas que esquadrinham

o sujeito e seu sofrimento no modelo biomédico, cuja forma legitimada de tratamento é a medicamentosa, permanecendo em segundo plano uma abordagem integral daquele que procura cuidados (Dalla Vecchia & Ferreira, 2009; Rodrigues & Moreira, 2012).

No estudo que aqui apresentamos, encontramos problemas no delineamento disso que seria uma visão integral também nos registros sobre as primeiras demandas dos pacientes, na medida em que estes são construídos, predominantemente, a partir da descrição de sintomas que conformam transtornos mentais. A esse respeito, vale destacar reflexões propostas por Leal (2007) acerca da psicopatologia comumente utilizada nos CAPS que, sendo principalmente descritiva, culmina em concepções que tomam a ideia de adoecimento mental como “(...) um evento que acomete o sujeito demandando correção imediata e rápida, e nada disso [sustentado] sobre o seu modo de ser e estar no mundo (...)” (p. 75). Tais concepções geram práticas disciplinares, padronizadas e normatizantes, que pouco dialogam com a experiência vivida pelos sujeitos, deixando-lhes de oferecer suporte para provocar modificações não só no modo como percebem o mundo, mas também em alguns elementos da realidade vivida.

Esse problema parece se acentuar no contexto estudado, já que os pacientes reclamam da falta de atividades no dia-a-dia do CAPS, indicando que o serviço, embora seja sentido como um local de acolhimento, tem contribuído pouco para alguma mudança em suas relações sociais. Nestas, ocupam, predominantemente, o lugar de doente, com poucas oportunidades de trocas afetivas e materiais. Dias (2011) chegou a resultados semelhantes em seu estudo sobre a experiência social da psicose junto a pacientes de um CAPS, mostrando que o tratamento contribuiu para que as famílias dos pacientes passassem a considerá-los “inofensivos, livres de alguns aspectos da doença”, mas sem destituí-los do lugar de doente, ainda que “sob controle”. Para o autor, a inserção no CAPS ainda é vivida

como “desqualificação social”, o que podemos comparar com a nomeação de “lugar de louco”, de que os pacientes que entrevistamos tanto se ressentem.

Vale lembrar que os CAPS realmente são uma espécie de “carro-chefe” da RP, tendo a incumbência não apenas de tratar das pessoas com transtornos mentais graves, mas também regular a rede no que se refere aos atendimentos de saúde mental e oferecer suporte para que os serviços desenvolvam ações psicossociais (Brasil, 2004). Entretanto, tal como Leal e Delgado (2007) ressaltam, o cumprimento dessas funções exige a consideração de que o sofrimento e o próprio sujeito que sofre sempre se constituem na relação com o social. Nessa perspectiva, o que diferencia o CAPS do manicômio é a qualidade das suas respostas, inevitavelmente dependente da configuração de redes.

Um dos problemas que se acenam no contexto estudado é a pobreza de serviços de saúde, educação e cultura que possam configurar uma rede de promoção de saúde. Assim, o lugar de centralidade do CAPS se configura não apenas em função das suas dificuldades em compartilhar trabalhos e estabelecer relações com outras instituições, mas pela escassez destas. Assim, se concordamos que o CAPS não pode se isolar, responsabilizando-se, sozinho, pelo mandato social da loucura, há que reconhecermos que ele também não pode ser isolado e superdimensionado pela gestão municipal.

A esse respeito, é interessante notar ainda que as profissionais do NASF reconhecem que sua função é de fazer a ligação entre CAPS e Atenção Básica. Porém, todos os exemplos dados se referem aos momentos em que o CAPS fora chamado a intervir ou apoiar a ESF. O CAPS parece ser representado como o detentor do saber sobre a loucura, ocupando o lugar daquele que pode sempre prover, sem nunca precisar. Nesse cenário, ele responde enclaustrando-se e buscando autossuficiência, traduzida pela expressão “desistimos de pedir, mas não desistimos de

fazer”. Os profissionais se assustam com o isolamento e ressentem-se da falta de recursos para fazer atividades importantes à ressocialização dos pacientes, mas parecem imobilizados, impotentes, vitimados pelo preconceito. A impotência se alterna com a onipotência: o serviço tenta responder sozinho a todas as necessidades dos pacientes e tais respostas reforçam a sensação de impotência e imobilização.

Efeitos da precariedade

Para compreender esse cenário de aparente prostração, é necessário lembrarmos que as instituições se configuram como um sistema complexo, marcado não apenas por elementos racionais, alinhados à missão assistencial, como também por pilares culturais, simbólicos e imaginários (Sá & Azevedo, 2010). Por meio de Enriquez (1994), entendemos que todo grupo se forma em torno de um projeto compartilhado, o qual se apoia num em um sistema de valores que, por sua vez, para existir, precisa estar ancorado num em um “imaginário social comum”.

O imaginário comum representa “(...) aquilo que somos, aquilo que queremos vir a ser, aquilo que queremos fazer e em que tipo de sociedade ou organização desejamos intervir (...)” (Enriquez, 1994, p. 57). Ele não é racionalmente estruturado, constituindo-se como um conjunto de representações que são afetivamente construídas e investidas. Assim, “(...) Não se trata unicamente de querer coletivamente, trata-se de sentir coletivamente, de experimentar a mesma necessidade de transformar um sonho ou uma fantasia em uma realidade cotidiana (...)” (Enriquez, 1994, p. 57). Segundo Enriquez (1997), nenhuma organização pode existir sem um sistema imaginário, sobre o qual se produzem os sistemas simbólico e cultural. Esse conceito nos leva a questionar quais seriam os sonhos compartilhados pelos profissionais do CAPS. As narrativas de pacientes e trabalhadores expressam muito mais a falta de recursos, a inércia e o preconceito, do que uma causa comum, um desejo mobili-

zador. A precariedade de recursos estaria se sobrepujando e dominando todo o imaginário institucional?

A essa pergunta, somam-se indagações acerca dos efeitos da Reforma Psiquiátrica. A regulamentação dos serviços substitutivos teria institucionalizado o próprio movimento, desprovido-o de sua força instituinte, de sua capacidade de questionar e transformar (Furtado & Onocko Campos, 2005)? Na realidade pesquisada, o discurso reformista se restringe à identificação do preconceito para com a loucura, sendo pouco potente para agenciar o sonho comum, o anseio pela sociedade sem manicômio, que implicaria na conquista do direito a cuidados dignos e ao exercício pleno da cidadania. Assim, perguntamo-nos se, *ao desistir de pedir recursos à prefeitura, a equipe também teria desistido de sonhar.*

Enriquez (1997) explica que o sistema imaginário se divide em dois: o “imaginário enganador” e o “imaginário motor”. O primeiro deles se constrói a partir da tentativa de ocupar a totalidade do espaço psíquico dos membros da organização, à medida que responde aos apelos narcísicos desses membros, bem como às suas mais arcaicas angústias e desejos. Por meio do imaginário enganador, a organização

(...) se exprime, assim, de um lado, como uma organização-instituição divina, todopoderosa, única referência que nega o tempo e a morte, de um lado mãe englobadora e devoradora e ao mesmo tempo mãe benevolente e nutriz, de outro lado, genitor castrador e ao mesmo tempo pai simbólico (...). (Enriquez, 1997, : p. 35)

O imaginário enganador provê às pessoas certa segurança não apenas em relação à instituição, como também a elas mesmas. Ele transmite à organização e a seus membros a sensação, ainda que ilusória, de estabilidade e firmeza, sendo graças a ele que um grupo social pode se reconhecer como uma comunidade e assim se mostrar ao outro (Enriquez, 1997).

O preço da segurança e da estabilidade que se ancoram no imaginário enganador é a impossibilidade de mudança. Tendo em vista que ocupa todo o espaço psíquico de seus membros, a organização os impede de pensar e sonhar, o que inviabiliza a constituição de projetos de transformações da vida institucional. Trata-se de um “(...) excesso de sentido, que tem como efeito matar a invenção e a criatividade. Tal contexto engendraria o conformismo e a negação da autonomia dos sujeitos (...)” (Azevedo, 2010, p. 979).

Esse cenário se mostra diferente quando a organização não funciona exclusivamente sob a égide do imaginário enganador, podendo, em alguma medida, permitir que as pessoas exerçam sua imaginação criativa no trabalho, sem se sentirem reprimidas pelas regras institucionais. Enriquez (1997) contrapõe ao imaginário enganador um imaginário motor, aquele que:

(...) oferece às pessoas a possibilidade de criar uma fantasmática comum que autoriza uma experiência com os outros, continuamente reavaliada e refletida e não caindo jamais no inerte e no compacto. Ele preserva pois a parte do sonho e a possibilidade de mudança (...). (Enriquez, 1997, : p. 36)

Apoiado no conceito de espaço transicional da psicanálise winnicottiana, Enriquez (1997) esclarece que essa forma de imaginário exige que a organização conte com espaços permeáveis à troca intersubjetiva e à criatividade, dispositivos que facilitem a expressão das diferenças e a criação que advém do embate entre elas.

Cada serviço deve criar os espaços transicionais que mais sintonizam com suas características. Entretanto, vale ressaltar que alguns dispositivos vêm sendo experimentados com êxito pelos CAPS, tais como reuniões de equipe, supervisões clínico-institucionais, elaboração e monitoramento contínuo de projetos terapêuticos singulares para os pacientes,

assembleias, oficinas de planejamento, dentre outros destinados a colocar em cena e análise os mais diferentes e conflitantes desejos, intenções e necessidades de todos os atores que compõem o serviço (Onocko Campos *et al.*, 2009, e Albert & Palombini, 2012). Não é uma tarefa fácil sustentar o funcionamento desses dispositivos e a consequente exigência de se lidar com diferenças, embates e contato com demandas bastante arcaicas. Mas, como sabemos, quando não falados e analisados, os sintomas tendem a nos adoecer.

A valorização de encontros mobiliza a equipe do CAPS em alguns momentos, como na elaboração de festas e passeios. Nestes, certa força criativa parece emergir, levando os profissionais a se organizarem para garantir que o evento coletivo seja prazeroso. Entretanto, não identificamos nenhuma instância que funcionasse regularmente, catalisando discussões sobre a dinâmica institucional, as necessidades e projetos dos diferentes pacientes ou as questões inerentes às relações interprofissionais.

Nesse aspecto, a precariedade de recursos novamente se impõe: o CAPS nunca teve um supervisor clínico-institucional que, como sabemos, corresponde a um apoio externo fundamental para a sustentação de processos de análise das relações dos profissionais entre si e com os pacientes, bem como para a construção coletiva dos casos (Figueiredo, 2004). Mas esse não é o problema de que se queixam, pois o que lhes sobressai no discurso é a precariedade dos vínculos trabalhistas, que impõe, sobretudo à gestora, as seguintes questões: Como apostar em projetos coletivos quando não se sabe quem permanecerá na instituição em médio prazo? Como exigir a presença nas reuniões quando a carga horária contratada é restrita, assim como os salários pagos?

De fato é bastante difícil pensar na sustentação de espaços que exigem a conformação de uma grupalidade, forte o suficiente para lidar com diferenças e embates, quando não se

pode contar com alguma estabilidade dos vínculos formais. Diante desse cenário, a sobrepunção da precariedade novamente se coloca, parecendo imobilizar os profissionais, impedindo-os de arriscar a construção de parcerias, sustentadas por algum tipo de sonho, como o seria, por exemplo, a construção de um projeto terapêutico singular. É possível supormos que o medo de acordar na realidade precária e insegura esteja impedindo os profissionais de sonharem, de modo que o imaginário motor parece agonizar nesse serviço, encontrando poucas brechas para se fazer atuante.

Entre tais brechas, destacamos os projetos de geração de renda que a equipe construiu para duas das pacientes que entrevistamos. Para elas, a venda das guloseimas no CAPS permite a aquisição de algum dinheiro. Já para os profissionais, expressa a possibilidade de fazer algo diferente, ainda que a alusão aos limites permaneça salientada quando se queixam da dificuldade em conseguir uma “barraquinha” para que as vendas sejam feitas fora do serviço.

Sair do CAPS parece ser o grande desafio para usuários e profissionais. Houve, porém, um gesto de ruptura com esse isolamento quando se buscou equipes de ESF para encaminhar os pacientes estabilizados, sem se desresponsabilizar por eles. Poderíamos vislumbrar nesse processo a emergência de um imaginário motor, cujas marcas principais seriam a busca pela integralidade do cuidado, pela parceria e pelo aumento das ofertas assistenciais.

Nesse sentido, Jimenez (2011) defende que a ESF e a RP possuem em comum uma compreensão da doença que abarca também fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, requerendo abordagens terapêuticas que não se centram na medicalização e, tampouco, reduzem-se à busca pela remissão dos sintomas, já que colocam o sujeito, seus familiares e a comunidade como agentes fundamentais do processo de tratamento.

A aproximação entre CAPS e ESF, entretanto, não se deu nessa direção e acabou por reforçar a centralidade do primeiro, expressa, por exemplo, no fato de os agentes de saúde denominarem todos os usuários de medicamentos psicotrópicos de “Pacientes CAPS”. Não é difícil de encontramos a principal causa desse paradoxo: o CAPS busca parceria, mas o faz regido exclusivamente pelo saber biomédico, representado pela demanda de que as equipes de ESF se responsabilizassem pela distribuição dos remédios dos pacientes. Não houve discussão comum sobre a psicodinâmica dos sujeitos encaminhados ou da realidade sociocultural que os envolve, a qual, em tese, seria bastante conhecida da ESF. Se o CAPS sai um pouco do centro, o faz-se dando o lugar quase que exclusivo ao remédio. Esse lugar é reforçado pelo apoio matricial realizado por uma farmacêutica, cuja principal atividade é elucidar questões ligadas às receitas médicas e acionar o CAPS nas emergências. Novamente, o imaginário motor parece agonizar, nesse momento adormecido pelo poder simbólico da medicação.

O trabalho de saúde mental na ESF

O CAPS estudado encaminhou os prontuários dos pacientes e suas demandas por medicação, mas não levou consigo as discussões acerca da loucura e seu lugar social. Contudo, considerando os princípios que regem a ESF, poderíamos esperar que fossem desenvolvidas abordagens do sofrimento psíquico pautadas em outras dimensões, além da médica, o que não se verificou no momento da realização dos grupos. Como vimos, além de “acompanhar a receita azul”, entre as poucas ações de saúde mental predominam as conversas entre agentes e usuários. Estas, porém, não são discutidas ou planejadas. Não o foram quando a parceria com o CAPS se iniciara e continuam não o sendo. Conseqüentemente, o instrumento terapêutico mais utilizado são as vivências pessoais dos trabalhadores, muitas vezes, sustentadas em uma cultura que adjetiva a loucura como perigosa e imprevisível.

Problemas semelhantes foram encontrados por outros estudos que identificaram restrita inclusão da saúde mental enquanto campo de ação da ESF. Entende-se que tal restrição se deve ao desconhecimento da RP pelos profissionais da AB, bem como carência de recursos operacionais e teóricos para lidar com o sofrimento psíquico e falta de entrosamento com os serviços de saúde mental existentes. Além disso, foram percebidas dificuldades em lidar com problemas mentais mais graves e realização de práticas moralizantes, de cunho discriminatório, ou apoiadas no modelo biomédico e hospitalocêntrico. Nesse contexto, formas de abordagem baseadas na escuta e no acolhimento são escassas (Tanaka & Ribeiro, 2006; Brêda & Augusto, 2009; Silveira & Vieira, 2009; Nunes, Jucá, & Valentim, 2007).

Em consonância com tais observações, no nosso campo de pesquisa, diante da crise ou das expressões de agressividade dos pacientes, o CAPS é chamado e intervém. Mas, o faz levando o paciente consigo e, em geral, internando-o num em uma hospital fora da cidade. A irrupção mais intensa do sofrimento não tem lugar no território. Note-se que não apenas o paciente é levado, mas também a própria situação, que não é discutida com a equipe de ESF, ou *por* ela.

Dalla Vecchia e Ferreira (2009) nos ajudam a discutir essas questões advertindo que a incidência da RP na AB exige a discussão crítica acerca do compromisso dos profissionais com a loucura enquanto um processo vivido por pessoas concretas. O reconhecimento desse compromisso tende a ser difícil em função das representações que o louco foi adquirindo ao longo dos últimos três séculos. Entretanto, parece-nos que o modo como o processo aqui estudado se dera, acentua grandemente tal dificuldade, na medida em que as equipes da ESF foram levadas a assumir o cuidado com a medicação e não com os sujeitos.

A medicação, e não o sujeito, foi colocada no centro da cena assistencial. Apenas ela é alvo de alguma discussão ou apoio do NASF

e é com seu controle que os agentes se preocupam, manifestando desconforto por não poder garantir que os pacientes a tomem corretamente em casa. Apenas ela também parece ser garantia de que “Pacientes CAPS” sejam “pacatos”, precisando apenas de “atenção”. Esse cenário nos indica que a ESF, contrariando seus próprios princípios, acabou por contribuir para o que alguns autores advertem, como o “risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental”, representado pela medicalização como estratégia assistencial isolada e pela desconsideração dos complexos problemas sociais e dos conflitos subjetivos que envolvem o sofrimento psicossocial (Dalla Vecchia & Ferreira, 2009).

É interessante notar o quão paradoxal é esse quadro, na medida em que os mesmos profissionais que exibem a medicação como recurso terapêutico exclusivo, também dizem preocupar-se com o excesso de psicotrópicos utilizados pela população e reconhecem que a maior necessidade dos pacientes de saúde mental é por atenção. Inevitavelmente, somos levados a supor que, para além do descompromisso com os sujeitos que vivenciam graves sofrimentos psíquicos, os trabalhadores da ESF expressam a carência de capacitação e recursos para compreenderem esse sofrimento e com ele lidarem.

Nunes *et al.* (2007) auxiliam-nos a entender essa situação lembrando que a área de saúde mental desenvolveu teorias e métodos de compreensão e abordagem do sujeito, as quais raramente foram incorporadas por outras clínicas. Pode-se supor que, atualmente, as consequências desse exílio recaem sobre a AB, campo de necessária confluência das diversas disciplinas da área da saúde. Consequentemente, as autoras verificam que os profissionais da AB já lidam no seu cotidiano com os “portadores de transtorno mental”, mas desejam se qualificar para esse trabalho, pois, em sua maioria, sentem estar descumprindo uma “ética de cuidado”, sem saber como agir de modo diferente, ou percebendo-se angustiados e despreparados para lidar com situações afetivamente exigentes.

No contexto pesquisado, todos os agentes de saúde falaram da necessidade de capacitação técnica. Porém, vale ressaltar, que tal capacitação exige, além dos conhecimentos acerca da crise ou da depressão, como eles requerem, o reconhecimento e a legitimação das dimensões (inter)subjetiva e sócio-sociocultural do processo saúde-doença, bem como a discussão crítica do lugar dado aos familiares no cuidado do doente mental. Diante das representações que os sujeitos de nossa pesquisa fazem das famílias dos pacientes, vale lembrar a advertência de Dalla Vecchia e Ferreira (2009), para os quais é necessário superar concepções que culpam as famílias pelos problemas dos pacientes, qualificando-as como “desestruturadas”, sem considerar as características socioculturais do território, e depositando nessa suposta desestruturação a responsabilidade por um problema, cuja complexidade é pouco refletida.

Outro aspecto que deve envolver o processo de capacitação é uma leitura histórica acerca da forma como a loucura foi sendo compreendida e tratada, de modo que representações a ela associadas possam ser discutidas e, talvez, desconstruídas. Ao pesquisar as representações associadas ao sofrimento mental entre agentes de saúde, Jucá, Nunes e Barreto (2009) identificaram material semelhante ao nosso: os signos mais recorrentes foram periculosidade, risco, urgência, comportamentos bizarros, violência, retraimento e isolamento. Desprovida de discussão crítica e descontextualizada de sua história de produção, representações como essas podem ser mais um dos elementos que contribuem para que as abordagens ao sofrimento mental desconsiderem o sujeito que expressa os sintomas.

Nesse sentido, vários autores defendem a formação técnica permanente e lembram que o tema saúde—doença envolve grande mobilização de questões emocionais no profissional que, sem capacitação técnica adequada, muitas vezes, realiza diagnósticos apressados e condutas extremamente técnicas

e desumanas. Por outro lado, tendem também a proporcionar uma abertura muito grande ao sofrimento vivenciado pelo usuário, de forma a deixar-se invadir pelo problema, não conseguindo manter uma distância que lhes permita certo discernimento a respeito da situação. Nesse caso, perdem a potência de sua intervenção, evidenciando não conseguirem desenvolver uma clínica: tendem a dispensar um “cuidado” parecido com aquele que um parente angustiado poderia oferecer (Valentini *et al.*, 2004, Onocko Campos & Gama, 2008).

Conforme mostramos, muitas dessas questões são vislumbradas em nossa pesquisa, seja pelo medo que os agentes possuem dos pacientes e a associação dos mesmos com “forças demoníacas”, seja pela angústia causada pela dificuldade de ajudá-los, ou pela crença de que “apenas conversar” os alivia. O distanciamento afetivo também se fez presente nos detalhados relatos de crises, cuja solução foi acionar o CAPS, sem que os profissionais se corresponsabilizassem ou se implicassem com as pessoas envolvidas nessas situações, fossem os pacientes ou seus familiares.

Acerca da corresponsabilização, vale lembrar que o CAPS é o serviço de referência, mas os dispositivos de gestão também devem cumprir seu papel, levando a discussão sobre a integralidade da assistência aos diferentes equipamentos e oferecendo-lhes suporte para a compreensão e intervenção sobre as situações vividas pelos pacientes. Cabe aqui destacar que a gestão não deve ser entendida apenas como administração de pessoas, bens e processos, mas, sobretudo, como forma de produzir articulações clínico-políticas naquilo que, cotidianamente, escapa ao controle das equipes, não funciona, surpreende ou frustra (Onocko Campos, Massuda, Valles, Castano & Pellegrini, 2012).

Nesse sentido, Jucá *et al.* (2009) asseveram que o trabalho de saúde mental na AB, para além da capacitação técnica, exige que a gestão invista no desenvolvimento de habili-

dades para conformação de parcerias, de trabalho conjunto, seja dentro das próprias equipes, seja entre serviços. Como sabemos, parceria não se prescreve ou indica, mas se constrói por meio de encontros, compartilhamento de problemas, responsabilidades e convivência. Na realidade que estudamos, o desenvolvimento da habilidade para parcerias carece, antes de tudo, da construção de espaços de confiança, para que estas não sejam sentidas como riscos de exposição. A nosso ver, essa é função mais urgente a ser exercida pela gestão, com protagonismo do NASF.

Conclusões

A realidade estudada apresenta problemas bastante complexos e vastos. De modo geral, podemos afirmar que o imaginário institucional, sobretudo no que diz respeito ao CAPS, está dominado pelo símbolo da precariedade. Este parece fortalecer o imaginário enganoso, que impera no funcionamento do serviço, amortecendo a capacidade criativa dos profissionais e perpetuando a sensação de imobilização e cronificação entre todos os sujeitos envolvidos.

Entretanto, não podemos nos deixar dominar por tal imperativo simbólico. Acreditamos que processos de capacitação acerca de sofrimento psíquico e tudo o que o envolve, necessariamente, levariam os profissionais a pesquisarem sobre o território de vida de seus pacientes, bem como sobre as limitações e potencialidades inerentes às estratégias que adotam para lidar com as dificuldades da vida. Voltar a atenção para os sujeitos e os territórios pode ressuscitar o desejo de sonhar, aparentemente adormecido, e, por consequência, deve despertar práticas de promoção de saúde destinadas a toda a comunidade e não apenas aos ditos “Pacientes CAPS”.

É que se espera na aproximação do CAPS ou da saúde mental com a AB: mobilização de processos de resignificação acerca do sofrimento psíquico e da loucura, mas uma

resignificação que traga para o centro da cena o sujeito e todo o arcabouço social no qual se sustenta, uma mobilização que produza possibilidades de aumento da capacidade normativa das pessoas e, de algum modo, cause impacto sobre a própria organização comunitária. Acreditamos que a loucura, desde que vista em sua complexidade, tem o efeito do encanto, da fertilização, podendo gerar desvios em trajetórias marcadas pela inércia e a impotência, vividas por pacientes e também pelos profissionais.

Seja no CAPS, nas equipes de ESF ou entre esses serviços, não é possível supor que tais processos de resignificação e aproximação da complexidade que envolve o sofrimento humano se desenvolva por “geração espontânea”. Há que se ter dispositivos que se construam na base da confiabilidade, podendo facilitar, estimular e sustentar possibilidades de encontros entre profissionais e destes com os pacientes. Isso requer um esforço de contínua criação e recriação, a ser protagonizado por profissionais, gestores, educadores e sociedade civil em geral.

Lilian Miranda

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Prof^ª Dr^ª do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ).

Thaíssa Fernanda Kratochwill de Oliveira

Graduanda do Curso de Psicologia da UFRRJ.
Bolsista de Iniciação Científica – Programa PROIC da UFRRJ

Catia Batista Tavares dos Santos

Graduanda do Curso de Psicologia da UFRRJ.
Bolsista de Iniciação Científica – Faperj.

Endereço para envio de correspondência

Instituto de Educação. Departamento de Psicologia. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Br.465/Km.07. Seropédica. RJ.
Fone: 21-34951463
E-mail: limiranda78@hotmail.com

Recebido 02/08/2013, 1ª Reformulação 03/11/2013, Aprovado 12/12/2013.

Referências

- Alberti, S., Palombini, A. (2012). Supervisão em Caps: uma abordagem psicanalítica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 716-729. doi: 10.1590/S1414-98932012000300015
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Azevedo, C. da S. (2010). A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Suppl.1), 977-986. doi: 10.1590/S1413-81232010000700004
- Bardin, L. (1977). *Análise do Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Portaria No154, de 24/01/2008, Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, D.F: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. (2007). *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório da gestão 2003-2006*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Brêda, M. Z., & Augusto, L. G. S. (2009). O cuidado ao portador de sofrimento psíquico na Atenção Básica de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 471-80. doi: 10.1590/S1413-81232001000200016
- Canguilhem, G. (1978). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Coelho, M. T. .A. D., & Almeida Filho, N. (1999). Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 9(1):13-36. doi 10.1590/S0103-733119990-00100002
- Dalla Vecchia, M., & Ferreira, S. T. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface (Botucatu)*, 13(28), 151-164. doi: 10.1590/S1414-32832009000100013
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Dias, M. K. (2011). A experiência social da psicose no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(4), 2155-2164. doi: 10.1590/S1413-812320110-00400015
- Enriquez, E. (1994). O vínculo grupal. In M. N. M. Machado, E. M. Castro, & J. N. G. Araújo (Orgs.), *Psicossociologia: análise social e intervenção* (pp. 61-74). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Enriquez, E. (1997). A organização como sistema cultural, simbólico e imaginário. In: E. A. Enriquez. *A organização em Análise* (p.p. 33-37). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Enriquez, E. O vínculo grupal. In: M. N. M. Machado, E. M. Castro, & J. N. G. Araújo (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção* (pp. 61-74). Petrópolis: Vozes, 1994.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à Saúde Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75-86.
- Furtado, J. P., & Onocko Campos, R. T. (2005). A transposição das políticas públicas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(1),109-22. Recuperado de http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume08/n1/a_transposicao_da_s_politicas_de_saude_mental_no_brasil_para_a_pratica_nos_novos_servicos.pdf
- Jimenez, L. (2011). Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. *Psicologia & Sociedade*. 23(Spe), 129-139. doi: 10.1590/S0102-71822011000400016.
- Kantorski, L. P., Jardim, V. D., Wetzel, C., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Heck, R. M. et al. (2009). Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 43(Supl.1), 29-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800006>

- Jucá, V. Nunes, M. O., & Barreto, S. G. (2009). Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 173-182. doi: 10.1590/S1413-81232009000100023
- Leal, E. M. (2007). Psicopatologia do senso comum: uma psicopatologia do ser social. In: J. F. Silva Filho. (Org),. *Psicopatologia hoje* (pp. 63-81). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Leal, E. M., & Delgado, P. G. G. (2007). Clínica e cotidiano. O Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In: R. Pinheiro, A. P. Guljor AP, A. G. Silva Jr. & R. A. Mattos (Orgs), . *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (pp. 137-154). Rio de Janeiro: CPESC: IMS/LAPPIS:ABRASCO.
- Luzio, C. A, & L'Abbat, S. (2009). A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105- 116. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100016>.
- Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde* (9a. ed. revista e aprimorada). São Paulo: Hucitec.
- Miranda, L. (2013). *Estudo da rede de saúde mental de uma cidade da Baixada Fluminense: uma interlocução entre saúde mental, saúde coletiva e psicopatologia psicanalítica*. (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. (Relatório de Pesquisa).
- Nunes, M., Jucá, V. J., & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2375-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>.
- Onocko Campos, R., Campos, G. W. S. (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In C. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Jr., & Y. M. Carvalho (Orgs), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 669-688). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Onocko Campos, R. T., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. N., Miranda, L., & Gama, C. E. P. (2009). Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental. *Revista de Saúde Pública*, 43(Supl 1), 16-22. doi: 10.1590/S0034-89102009000800004.
- Onocko Campos, R., & Gama, C. P. (2008). Saúde mental na Atenção Básica. In G. W. S. Campos, & A. V. P. Guerrero (Orgs). *Manual de práticas de Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada* (pp. 221-246). São Paulo: Editora Hucitec.
- Onocko Campos, R., Massuda, A., Valles, I., Castano, G., & Pellegrini, O. (2012). Saúde Coletiva e Psicanálise: entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes. In R., Onocko Campos. *Psicanálise & Saúde Coletiva: interfaces* (pp. 17-38). São Paulo: Hucitec Editora.
- Ribeiro, A. M. (2005). Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicologia USP*, 16(4), 35-56. doi: 10.1590/S0103-65642005000300003
- Silveira, D. P., & Vieira, A.L. (2009). Saúde Mental e Atenção Básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 139-148. doi: 10.1590/S1413-81232009000100019
- Rodrigues, E. S., & Moreira, M. I. B. (2012). A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 599-611. doi: 10.1590/S0104-12902012000300007
- Sá, M. C., & Azevedo, C. S. (2010). Trabalho, sofrimento e crise nos hospitais de emergência do Rio de Janeiro. In: M. A. Ugá, M. C. Sá, M. Martins, & F. C. Braga Neto, F. C. (Orgs),. *A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro* (pp. 299-331). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Tanaka, O. Y., & Ribeiro, L. (2006). Desafio para a Atenção Básica da assistência em Saúde Mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9): 1845-1853. doi: 10.1590/S0102-311X2006000900015
- Valentini, W. Itzhak, L., Kohn, R., Miranda, C. T., Mello, A. B. F., Mello, M. F. et al. (2004). Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Revista de Saúde Pública*, 38(4), 523-528. doi: 10.1590/S0034-89102004000400007