UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

LÍVIA PENTEADO PINHEIRO

A construção compartilhada do cuidado em saúde mental entre Atenção Básica e Atenção Especializada

Campinas
2023

LÍVIA PENTEADO PINHEIRO

A construção compartilhada do cuidado em saúde mental entre Atenção Básica e Atenção Especializada

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, na área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador: Bruno Ferrari Emerich

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA LÍVIA PENTEADO PINHEIRO, E ORIENTADA PELO
PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH.

Campinas
2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

P655c

Pinheiro, Lívia Penteado, 1993-
A construção compartilhada do cuidado em saúde mental entre Atenção Básica e Atenção Especializada / Lívia Penteado Pinheiro. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Bruno Ferrari Emerich.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 3. Assistência à saúde mental. 4. Colaboração intersetorial. 5. Ciência da implementação. I. Emerich, Bruno Ferrari, 1983-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: The shared construction of mental health care between Primary care and Specialized Care
Palavras-chave em inglês:
Mental health
Primary health care
Mental health assistance
Intersectoral collaboration
Implementation science
Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde
Titulação: Mestra em Saúde Coletiva
Banca examinadora:
Bruno Ferrari Emerich [Orientador]
Carlos Alberto Pegolo da Gama
Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Data de defesa: 05-09-2023
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)
- ORCID do autor: https://orcid.org/0000-0003-0406-6704
- Currículo Lattes do autor: http://lattes.cnpq.br/4657052893823501

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

LÍVIA PENTEADO PINHEIRO

ORIENTADOR: PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH

2. PROF. DR. CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA

3. PROFA. DRA. LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 05/09/2023

AGRADECIMENTOS

A experiência transformadora que vivi ao longo do processo formativo que o mestrado em Saúde Coletiva me proporcionou foi construída coletivamente e sustentada por uma rede de preciosas relações. O trabalho em saúde, o exercício da pesquisa e a produção do conhecimento não se fazem sozinhos. São construídos a partir do som de muitas vozes, das trocas de saberes, de movimentos despertados pelos encontros e de muito suporte afetivo de uns para com os outros. Aproveito este espaço para agradecer a todos aqueles sem os quais essa experiência não teria sido possível.

Ao Bruno Ferrari Emerich, meu orientador, pela disponibilidade a todo momento, pelo enriquecedor compartilhamento de saberes e por todo o cuidado e generosidade com que me acompanhou ao longo de todo esse percurso.

A Prof.ª Rosana Onocko Campos por me receber de braços abertos, por toda a confiança e por todos os brilhantes ensinamentos.

A todos os pesquisadores parceiros que compuseram a equipe de trabalho do projeto "Entre Redes" pela dedicação, pelo suporte e acolhimento em todos os momentos. Agradeço a Carlos, Michelle e Rodrigo por todo suporte e pela sustentação do campo. A Sulamita e Kaleb por todas as contribuições. E a Maria Fernanda, Ana Laura e Rosa por todo o companheirismo, cooperação e solicitude nessa etapa final do projeto.

Ao grupo de pesquisa Interfaces pela possibilidade de construção plural do conhecimento e da possibilidade de potentes trocas e abertura ao exercício reflexivo.

A Prof.ª Luciana Surjus e ao Prof.º Carlos Gama pelas formidáveis contribuições teóricas e observações perspicazes tão fundamentais ao pleno desenvolvimento deste trabalho e feitas com tanta gentileza.

Aos trabalhadores e gestores do município parceiros que bancaram junto conosco todas as etapas da pesquisa. E meu mais sincero agradecimento aos trabalhadores que tão generosamente se dispuseram a participar dos grupos focais avaliativos finais. Obrigada pela coragem, pela contribuição com a minha formação e pelo compromisso com o SUS e com a qualificação do cuidado em saúde mental.

Não poderia deixar de agradecer a toda equipe do CAPS AD III de Indaiatuba, por toda compreensão e flexibilidade frente aos ajustes que se mostraram necessários ao percurso do mestrado, assim como pelo suporte afetivo nos momentos de cansaço. Minha profunda gratidão a minha coordenadora Mychele Taguchi, a quem tanto admiro e respeito, por tornar esse percurso formativo possível.

Muito obrigada também ao Alef, meu parceiro de vida, aos meus pais e a todos os meus familiares e amigos queridos por todo o acolhimento e carinho. Agradeço por bancarem junto comigo a minha escolha por ingressar no mundo da pesquisa e pela paciência com o tempo que precisei dedicar a ela.

E por fim, mas não menos importante, gostaria de agradecer aos usuários, aos trabalhadores e gestores da saúde, aos pesquisadores do campo que, comprometidos com a qualificação do cuidado em saúde mental e com a defesa do SUS, resistem diariamente e encontram brechas para a produção de saúde. É esse movimento que traz significado e inspiração para que pesquisas como essas possam existir.

Destaco ainda que esse trabalho não teria sido possível sem o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) que por meio do processo nº 2018/10366-6 financiou o projeto maior do qual essa pesquisa faz parte. Também pelo financiamento ao projeto maior agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Resumo

A Reforma Psiquiátrica brasileira propõe o rompimento com as instituições asilares e a construção de uma rede substitutiva. Em conjunto com as especificidades da Reforma Sanitária neste país, o Brasil passa a constituir um cenário único nas suas possibilidades de superar o paradigma biomédico hegemônico e experimentar uma radicalidade da desinstitucionalização com a capilaridade do SUS no território. Desde seu início até os dias de hoje, os trabalhadores da saúde têm desempenhado um papel fundamental e estratégico nas reformas no campo da saúde. Desse modo, para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, é fundamental que se considere a natureza do trabalho em saúde e o grau de integração da Rede de Atenção Psicossocial. A presente pesquisa objetiva analisar a percepção dos trabalhadores sobre a produção do cuidado compartilhado em saúde mental em um município de médio porte. Insere-se em uma pesquisa ampliada que pretendeu implementar e avaliar o impacto da implementação de dispositivos de integração de rede na qualificação do cuidado em saúde mental. Constitui-se como uma pesquisa qualitativa, guiada pela abordagem hermenêutica e para a coleta de dados foram realizados grupos focais narrativos-hermenêuticos com trabalhadores da Atenção Básica e da Atenção Especializada. Observou-se uma devolutiva positiva no que se refere aos Encontros de Educação Permanente promovidos, assim como debates sobre a formação profissional. Foi amplamente trazida a importância central do relacionamento entre as unidades de Estratégia Saúde da Família com os Centros de Atenção Psicossocial na promoção do cuidado em saúde mental, embora tenham sido apontadas dificuldades no acesso aos demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Um ponto de destaque foi a emergência da saúde mental do trabalhador como um aspecto necessário a ser considerado, tendo-se em vista a complexidade e os desafios que a realização do cuidado compartilhado representa em um contexto de desmonte das políticas públicas de saúde. Mostra-se imperativo que o campo da Saúde Mental seja priorizado como um dos pilares da saúde e que haja condições e recursos para que, cada vez mais, as práticas estejam orientadas ao Paradigma Psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Básica; Assistência à Saúde Mental; Integração dos Serviços de Saúde; Ciência da Implementação.

Abstract

The Brazilian Psychiatric Reform proposes a construction of a substitutive network as a replacement of asylum institutions. Together with the specificities of the Sanitary Reform in this country, Brazil starts to build a unique scenario in its possibilities of overcoming the hegemonic biomedical paradigm and experiencing a radical deinstitutionalization with the capillarity of the SUS in the territory. From its inception to the present day, health workers have played a fundamental and strategic role in health reforms. Thus, for the implementation of the Psychiatric Reform, it is essential to consider the nature of health work and the degree of integration of the RAPS. This research aims analyze the perception of workers about the production of shared care in mental health in a medium-sized city. It is part of an expanded research that intends to implement and evaluate the impact of the implementation of a network integration device in mental health care qualifications. It constitutes a qualitative research, guided by the hermeneutic approach and for data collection, narrative-hermeneutic focus groups were carried out with Primary Care and Specialized Care workers. There was positive feedback regarding the Permanent Education Meetings promoted, as well as debates on professional training. The central importance of the relationship between the ESF and the CAPS in promoting mental health care was widely mentioned, although difficulties in accessing the other points of the RAPS were pointed out. A highlight was the emergence of workers' mental health as a necessary aspect to be considered, bearing in mind the complexity and challenges that carrying out shared care represents in a context of dismantling public health policies. It is imperative that the field of Mental Health is prioritized as one of the pillars of health and that there are conditions and resources so that practices are increasingly guided by the Psychosocial Paradigm.

Keywords: Mental Health; Primary Health Care; Mental Health Assistance; Intersectoral Collaboration; Implementation Science.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Grupo Focal AB - Trabalhadores da Atenção Básica por Profissão…….p.35
Tabela 2 - Grupo Focal AE - Trabalhadores da Atenção Especializada por Profissão…….p.35
Tabela 3 - Grupo Focal AE - Trabalhadores da Atenção Especializada por Serviço…….p.36

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB (Atenção Básica)

ACE (Ambulatório Central de Especialidades)

ACS (Agente Comunitário de Saúde)

AE (Atenção Especializada)

AM (Apoio Matricial)

APS (Atenção Primária à Saúde)

CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher)

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

CEP (Comitê de Educação Permanente)

CGP (Comitê Gestor de Pesquisa)

DSM (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais)

ESF (Estratégia Saúde da Família)

GF (Grupo Focal)

GF-AB (Grupo Focal com os trabalhadores da Atenção Básica)

GF-AE (Grupo Focal com os trabalhadores da Atenção Especializada)

MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental)

OSS (Organização Social de Saúde)

PPHM (Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador)

PSF (Programa Saúde da Família)

RAPS (Rede de Atenção Psicossocial)

RAS (Rede de Atenção à Saúde)

SAMU (Serviço Móvel de Urgência)

SM (Saúde Mental)

SUS (Sistema Único de Saúde)

UBS (Unidade Básica de saúde)

UPA (Unidade de pronto Atendimento)

SUMÁRIO

1. Introdução **12**
1.1 Interlocuções entre Saúde Mental e Saúde Coletiva: o Paradigma Psicossocial. 12
1.2 O Trabalho em Saúde e a Organização das Redes Assistenciais. 18
1.3 O Apoio Matricial e o Cuidado Compartilhado. 22
1.4 As Pesquisas de Implementação e suas Contribuições. 25
2. Justificativa **28**
3. Objetivos **29**
3.1 Objetivo Geral. 29
3.2 Objetivos Específicos. 29
4. Método **30**
4.1 Contextualização da Pesquisa Ampliada. 30
4.2 Pesquisa Qualitativa e a Saúde Coletiva. 32
4.3 Caracterização do Campo. 33
4.4 Sujeitos da Pesquisa. 34
4.5 Colheita de dados: Grupos Focais Narrativos-Hermenêuticos. 37
4.6 Contribuições da Abordagem Hermenêutica-Dialética na Compreensão de Dados. 39
4.7 Aspectos éticos. 41
5. Resultados **42**
5.1 Percepções sobre o Processo de Educação Permanente e sua Sustentabilidade. 42
5.2 A Formação para o Trabalho em Saúde Mental. 44
5.3 O Olhar para a Saúde Mental na Atenção Básica. 46
5.4 Relações entre os CAPS e a Atenção Básica : como anda o Apoio Matricial? 49
5.5 Outros Pontos de Atenção na RAPS: Vazio Assistencial? 52
5.6 A Rede Assistencial e o Lugar da Saúde Mental. 55
5.7 Percepção sobre trabalho em saúde e considerações sobre a saúde mental do trabalhador: o cuidado passa por nós. 57
6. Discussão **62**
6.1 Educação Permanente, Sustentabilidade e Formação. 62
6.2 A Saúde Mental na Atenção Básica. 68
6.3 Os desafios do Apoio Matricial e na Relação entre AB e SM. 73
6.4 Considerações sobre a Rede de Atenção Psicossocial. 81
6.5 O trabalho em Saúde e a Saúde do Trabalhador. 89
7. Considerações Finais **96**
8. Referências Bibliográficas **99**
9. Apêndices **107**
9.1 Apêndice I: Roteiro dos Grupos Focais. 107
9.2 Apêndice II: Narrativas. 108
9.2.1 - Grupo Focal da Atenção Básica. 108
9.2.2 - Grupo Focal da Atenção Especializada. 115
10. Anexos **122**
10.1 Anexo I: Parecer Consubstanciado. 122
10.2 Anexo II: TCLE. 129

1. Introdução

1.1 Interlocuções entre Saúde Mental e Saúde Coletiva: o Paradigma Psicossocial

Ao longo das últimas décadas, o Brasil vem passando por uma série de transformações no modo de compreender e de promover a saúde mental. A Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária representam movimentos sociais e políticos com fundamental importância para a promoção de avanços ligados à legislação, à clínica e à gestão nesse campo. O campo da Saúde Mental nasceu de um enfrentamento a modelos assistenciais hegemônicos e introduziu o Paradigma Psicossocial, pautado numa ressignificação do sofrimento e orientado à defesa da vida e da cidadania.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve suas origens em movimentos internacionais que promoviam a crítica ao manicômio e à psiquiatria tradicional. Basaglia[1] (2005), psiquiatra italiano, compreendeu que o isolamento, a exclusão, a desterritorialização, a dessingularização, a padronificação e o foco na doença, ofertados pelos dispositivos clássicos da psiquiatria tradicional, colocam-se a serviço da segregação do doente mental, como se sobre ele a sociedade pudesse descarregar simbolicamente agressividades e violências para supostamente ter garantia de uma certa manutenção da ordem. Postula que o hospital psiquiátrico "não passa de uma instituição carcerária, encarregada de administrar os elementos do distúrbio social" (Basaglia[1], 2005, p.137). Ele desvela o adoecimento provocado pelas instituições manicomiais e propõe que cuidar se trata de colocar a doença "entre parênteses", romper com o lugar de doente construído e considerar a pessoa em sofrimento na sua humanidade e no seu contexto social.

Rotelli[2] (1990) vem endossar a discussão suscitada por Basaglia e afirma que o objeto da psiquiatria não deve ser a "doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa) e sim a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social" (Rotelli[2], 1990, p.90). De modo que o autor irá considerar que a finalidade do cuidado em saúde mental não é a cura, mas a emancipação, o processo de singularização e a reprodução social das pessoas. De maneira que considera o trabalho no território, com o deslocamento das intervenções do espaço institucional para o cuidado do sujeito na comunidade, como uma condição para a consolidação da mudança de paradigma na atenção à saúde mental.

A experiência italiana de desinstitucionalização e sua crítica radical ao manicômio foi inspiradora e revelou a possibilidade de ruptura com a psiquiatria clássica. No Brasil, de acordo com Amarante[3] (2007), a Reforma Psiquiátrica ganha força no contexto da redemocratização

e tem como marco inicial o ano de 1978, quando surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Segundo o autor, os trabalhadores da saúde mental, desempenham desde seu início até os dias de hoje, papel fundamental e estratégico nas reformas no campo da saúde mental no país.

Em dezembro de 1987 ocorre o encontro dos trabalhadores da Saúde Mental, em Bauru, no qual se formula o lema "Por uma Sociedade Sem Manicômios" e se constrói a "Carta de Bauru", que trará eixos importantes para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e para a então nomeada Luta Antimanicomial (Bauru [4],1987). Trinta anos depois, em 2017, foi realizado novo encontro dos trabalhadores da Saúde Mental no mesmo município, no qual reforçou-se o compromisso antimanicomial com a construção de uma nova carta e de um relatório abarcando as discussões e deliberações realizadas. Esse segundo encontro caracterizou-se como um marco no enfrentamento da racionalidade neoliberal e dos retrocessos que a política de saúde mental vinha sofrendo, principalmente após o golpe de 2016 (Bauru [5], 2017).

Apesar dos desafios enfrentados, mostra-se fundamental reconhecer as conquistas da Reforma Psiquiátrica no âmbito das leis, políticas e na efetivação de um novo modelo assistencial. O documento Saúde Mental em Dados – 12 (Brasil[6], 2015), mostra a proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial entre 2002 e 2013. Em 2002 eram destinados 75,24% dos recursos para os hospitais psiquiátricos, enquanto apenas 24,76% ficavam com os serviços comunitários. Já em 2005 os valores se igualam e desde então o gasto público na rede substitutiva tornou-se maior do que o empregado nos hospitais, sendo que em 2013 o quadro se inverte, enquanto são gastos 79,39% dos recursos com serviços comunitários, apenas 20,61% são destinados aos hospitais psiquiátricos. Esses dados indicam uma gradual superação do modelo hospitalocêntrico e, em contrapartida, a expansão da rede substitutiva de atenção comunitária e territorial.

Para Amarante[3] (2007), a Atenção Psicossocial e seus serviços e práticas assistenciais contra-hegemônicos, apontam radicalmente na direção do território como caminho da desconstrução da loucura. Para o autor, quanto maior o investimento em sua base territorial, mais o serviço será capaz de desenvolver relações com os vários recursos existentes na comunidade. O desafio estaria na possibilidade de forjar alianças que possam participar da invenção de estratégias na produção de saúde mental no território.

Contemporâneo à Reforma Psiquiátrica, e também associado ao processo de redemocratização, desponta o movimento da Reforma Sanitária. De acordo com Paim[7] (2008), a proposta da Reforma Sanitária foi resultado do movimento da sociedade civil brasileira em

defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Esse movimento daria origem ao campo da Saúde Coletiva. O autor relata que a produção teórica desenvolvida pela Saúde Coletiva desde os anos 70, propõe uma concepção de saúde não-reducionista, uma vez que defende que o bem-estar e mal-estar não são fenômenos apenas físicos, mas também constituídos por componentes psicológicos e subjetivos, recusando a dicotomização mente-corpo. Indo além de integrar a dimensão psicobiológica, também considera a dimensão sociocultural dos fenômenos, que se expressaria nos determinantes sociais em saúde. Ao conceitualizar processo saúde-doença a Saúde Coletiva se constrói a partir de uma crítica ao modelo biomédico (Paim[7], 2008).

A Reforma Sanitária se consolidou como projeto em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e dois anos depois, com a promulgação da Constituição Cidadã, a saúde passou a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado. Em 1990 é promulgada a Lei 8080 que regula a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde e postula a equidade, integralidade, controle social, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização como princípios (Brasil[8], 1990).

Embora a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica tenham seu próprio percurso e características, ambas compartilham diversos aspectos, como seu caráter democrático, participativo, cogestivo, contra-hegemônico, territorial, sua proposta de ruptura com o paradigma biomédico, dentre outros. A conjunção desses dois campos, Saúde Coletiva e Saúde Mental, cria um cenário único no Brasil e muito potente para a efetivação de uma rede de cuidados em saúde que prescinde do manicômio e que possa oferecer um olhar para a subjetividade do usuário em qualquer serviço ou nível assistencial, garantindo assim a integralidade e a assistência no território, partindo-se da singularidade bio-psico-social do usuário.

No contexto da Saúde Coletiva, Sampaio[9] (1989) destaca a Estratégia Saúde da Família (ESF) como grande parceira no avanço da Reforma Psiquiátrica. Para a autora, a maior capilarização da Atenção Básica no território e sua maior inserção na comunidade contribui para a construção de formas coletivas de lidar com o sofrimento psíquico, criando e consolidando redes existentes no território. Amarante[3] (2007) corrobora esse entendimento, para o autor "é no âmbito da saúde da família que podemos alcançar a radicalidade da desinstitucionalização" (Amarante[3], 2007, p. 98).

Algumas produções internacionais também defendem a integração do campo da saúde mental na Atenção Primária à Saúde como uma estratégia mundial. Rebello et al.[10] (2014), por exemplo, acreditam que desse modo pode ser superada uma importante lacuna assistencial com

a expansão da cobertura de ações em saúde mental. De modo que o acesso seria favorecido, os recursos otimizados e o estigma melhor desconstruído. A própria Organização Mundial da Saúde recomenda a inclusão da saúde mental na APS, entendendo ser essa uma medida que favorece a descentralização, o aumento da participação comunitária, a melhora na integralidade do cuidado e a obtenção de melhores resultados clínicos (OMS[11], 2001).

No entanto, para que essa parceria possa ser alcançada, é fundamental que a Atenção Básica possa transcender o Paradigma Sanitarista, caracterizado por voltar-se ao plano macropolítico, com foco na população, na doença, no controle epidemiológico e no estabelecimento de protocolos (Amarante[12], 1995). Sob o risco de não considerar as singularidades dos sujeitos que sofrem e, assim, acabar por reforçar o discurso manicomial. De modo complementar, Arouca[13] (2003) alerta que se os ideais da Saúde Pública e do Preventivismo não puderem ser superados, os trabalhadores podem partir, tomados pelo *furor sanandis*, em uma caça aos sintomas e podem não trazer à saúde para o foco de suas práticas, nem tampouco compreendê-la como uma construção processual e dialética.

Nesse percurso também se mostra central o enfrentamento do Paradigma Biomédico em nome da ampliação da clínica, permitindo uma transição de uma visão biologicista e reducionista em direção a uma compreensão mais complexa do processo saúde-doença, que engloba o sujeito em sua totalidade (Onocko-Campos[14], 2011). De modo que a inclusão da Atenção Básica no campo da Saúde Mental não é trivial, apesar de serem possivelmente áreas compatíveis. Hirdes[15] (2009) afirma que essa parceria não é sinônimo de treinamentos das equipes da ESF em procedimentos simplificados da psiquiatria e sim uma ação que:

> Requer, sobretudo, uma construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um acordo político. Saúde mental e PSF implicam transformações profundas nas práticas do Estado, em todos os seus níveis (Hirdes[15], 2009, p.303).

Considerando essa construção recíproca no horizonte da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Shimoguiri[16] (2019) e Costa-Rosa et al. [17] (2003), retomam a expressão "Saúde Mental Coletiva" já utilizada nos primórdios da reforma para referir-se ao campo da Saúde Mental no SUS. Shimoguiri[16] (2019) traz que embora tenha-se tido importantes conquistas na legislação e elaboração teórica, a transposição para as práticas e para a ética do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde, sejam eles da Atenção Básica ou da especializada, ainda se mostra um desafio. Para melhor compreendê-lo, a autora remete a clássica disputa de paradigmas presente no cuidado em saúde mental e os atualiza para o contexto brasileiro. De

um lado coloca o Paradigma Psicossocial como herdeiro do Paradigma Existência-Sofrimento no Corpo Social de Rotelli[2] (1990), do outro traz o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador como expressão de continuidade do Paradigma Psiquiátrico Clássico.

O Paradigma Psicossocial, segundo Shimoguiri[16] (2019), propõe uma ruptura com as práticas tutelares e alienantes ao compreender os sujeitos como elementos ativos, implicados nessas relações e articuladores de processos de mudança. Para ela, o campo psicossocial se dá no entrecruzamento de saberes e práticas que exigem diversos pontos de vista e extrapolam as fronteiras disciplinares, organizando-se como uma área estruturalmente transdisciplinar e disruptiva. Nele cabem formas de atenção não delimitadas às terapêuticas tradicionais e que tenham em vista a produção social da saúde ao invés de objetivos como a cura e a adaptação. (Shimoguiri[16], 2019)

> O Paradigma Psicossocial inaugura uma perspectiva sui generis quanto aos modos de se conceber e de se produzir saúde, dando um salto à frente da ideologia liberal, na medida em que pensa a realidade psíquica e a realidade social em continuidade, de modo que o sofrimento psíquico não pode ser devidamente compreendido sem que se discuta o contexto sociocultural que o atravessa e pelo qual é atravessado (Shimoguiri[16], 2019, p.198).

Na mesma direção, Costa-Rosa et al.[17] (2003) concebe a Atenção Psicossocial como antípoda radical do Paradigma Psiquiátrico Clássico, uma vez que a forma de se compreender os elementos clínicos, institucionais e relacionais são essencialmente opostos a níveis teórico, técnico, ideológico e, acima de tudo, ético. O próprio processo saúde-doença é visto de outro modo, tendo sua ênfase direcionada para a dimensão psíquica e sociocultural em detrimento da orgânica. Não se busca a supressão dos sintomas e o retorno a um estado anterior, mas sim o tratamento da demanda, pressupondo um olhar para o sujeito como tal em sua complexidade e não como um objeto de intervenções (Costa-Rosa et al.[17], 2003).

Essa transição paradigmática também implica na horizontalização das relações intrainstitucionais, que devem ser pautadas na interlocução e na ruptura das práticas de saber/poder seja entre as profissões, os cargos ocupados ou entre trabalhador-usuário. Baseia-se em formas de cogestão e na divisão do trabalho com profunda integração interprofissional, opondo-se à organização do trabalho proposta pelo modelo taylorista. Além disso, pressupõe a integralidade do cuidado e transcende a noção de atenção estratificada por níveis de complexidade (Costa-Rosa et al.[17], 2003).

Para Costa-Rosa et al.[17] (2003) o Modo Psicossocial inclui, como componentes necessários e estruturantes, as práticas englobadas nas ações de: Reabilitação, Apoio e Atenção.

A Reabilitação Psicossocial volta-se ao aumento da contratualidade social, a potencialização da autonomia e a minimização de efeitos desabilitantes advindos da cronificação de doenças. O Apoio Psicossocial pauta-se na "desconstrução e transformação dos elementos explícitos e implícitos do Modo Manicomial" (Costa-Rosa et al.[17], 2003, p.13), uma vez que a institucionalização, embora característica das instituições asilares, não lhe é exclusiva. Já a Atenção de carácter psicossocial implica numa revisão das práticas clínicas, com vistas a nela não reproduzir aquilo que se pretende superar, pensando-a como lugar de encontro, de produção de sentidos e de criação singular de si.

> Desse modo, é possível indicar que a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congregar e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão (Costa-Rosa et al. [17], 2003, p.20).

Assim, o Modo Psicossocial e as ações que orienta possibilitam a construção de uma Saúde Mental Coletiva substitutiva ao Modo Manicomial, com vistas a que o Paradigma Psicossocial supere o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Neste as intervenções voltam-se à doença e à eliminação do sintoma, tendo como objeto de investigação os sentimentos e comportamentos tidos como "anormais" para o estilo de vida e a moral neoliberal. As ações terapêuticas voltam-se para normatização e adaptação ao instituído social dominante (Shimoguiri[16], 2019).

> As abordagens do PPHM são disciplinares, e, por isso, alienantes, pois acorrentam o sujeito à posição de objeto, reduzido a um receptor de intervenções, apenas. É um assujeitamento calcado numa ideologia liberal que retira a saúde das pautas políticas, porque localiza a doença como manifestação individual e de causalidade fisiológica, não como um produto social (Shimoguiri[16], 2019, p.202).

A concepção do sujeito como passivo apoia-se numa hierarquia de saber-poder, o médico ou o terapeuta seria aquele que detém as respostas sobre o que precisa ser feito e sobre qual seria o caminho da cura (Shimoguiri[16], 2019). Tal perspectiva abre espaço para manobras de objetificação e serialização, que podem ser observadas no uso descontextualizado e excessivo de psicotrópicos ou na confecção e na forma de uso dos manuais diagnósticos, como o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2014)[18], por exemplo.

Pode-se notar uma mudança importante nos manuais diagnósticos a partir do DSM III, no qual a abordagem descritiva individualizante ganha espaço em detrimento de perspectivas etiológicas sobre as categorias clínicas, que buscavam a compreensão dos processos de desenvolvimento subjetivo, relegando o sujeito para o segundo plano e trazendo a doença para o primeiro. Outro ponto que requer atenção é a prática da gestão farmacológica de problemas existenciais cotidianos que pode levar a uma hiper medicalização da população e favorecer a mercantilização do sofrimento pela indústria farmacêutica (Chauvet e Goulart[19], 2019).

A disputa entre os discursos do Paradigma Psicossocial e do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador é atual e pungente na cultura, nas instituições, no cotidiano de trabalho em saúde e até mesmo em como os usuários e familiares constroem e comunicam sua demanda.

Shimoguiri[16] (2019) afirma que para uma reorientação cada vez mais efetiva do modelo assistencial em saúde mental faz-se necessário olhar para a organização dos serviços, para os processos de trabalho e para o modo de gerí-los. Traz que enquanto o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador é caracterizado pela fragmentação do processo produtivo e pela desintegração entre os profissionais e serviços, o Paradigma Psicossocial demanda alta integração interna e externa, sendo caracterizado pelas relações horizontais intra e interinstitucionais, pelo trabalho em equipe e pela cogestão. Neste modelo, “o trabalho em rede, em articulação com outros setores, é primordial” (Shimoguiri[16], 2019, p.207).

1.2 O Trabalho em Saúde e a Organização das Redes Assistenciais

Se o que se busca é a ascensão de outra dinâmica de funcionamento na produção de saúde faz-se fundamental repensar a racionalidade gerencial hegemônica que atravessa nossa sociedade e que com frequência se manifesta nas organizações de saúde. Segundo Campos[20] (2005) essa racionalidade assenta-se no método taylorista, que tem como pressuposto básico a separação entre as ações de planejamento e direção das tarefas de execução. Esse método baseia-se na alienação dos trabalhadores e busca a eliminação de qualquer traço subjetivo ou pessoal no momento da execução das tarefas. Parece ter como utopia a redução do trabalhador a um objeto a ser manipulado e ordenado (Campos[20], 2005).

Campos[20] (2005) considera o método taylorista inadequado como orientador da gestão nos serviços de saúde, uma vez que suas concepções desrespeitam a natureza da própria promoção do cuidado.

> A prática em saúde assemelha-se, portanto, mesmo quando realizada em equipe ou em rede, ao trabalho artesanal, um neoartesanato ainda a ser desenvolvido em sua plenitude. O que dependerá da construção de modelo de gestão do trabalho segundo lógica não maquínica ou burocrática (Campos[21], 2010, p. 2342).

Assim, Campos[20] (2005) sugere que sejam adotados métodos de gestão que busquem a horizontalização e possibilitem a participação dos trabalhadores e usuários na tomada de decisões. Traz os conceitos de cogestão e autonomia como norteadores desse processo e coloca em pauta a importância dos trabalhadores terem liberdade para expressar seus desejos e interesses. Afirma a importância da realização pessoal e das relações afetivas e prazerosas com o trabalho, compreendendo-o como "um lugar onde se produziria aprendendo e, também, ao mesmo tempo, se reconstruiria a própria subjetividade" (Campos[20], 2005, p.145).

Almeida e Merhy[22] (2020) consideram a subjetividade como uma dimensão fundamental do trabalho em saúde no campo psicossocial. Entendem que os profissionais atuam na produção social de subjetividades e articulam constantemente agenciamentos micropolíticos a partir dos serviços em que trabalham, estando subjetivamente implicados no cuidado produzido. Partindo dessa compreensão, os autores trazem que é impensável a consolidação de uma rede substitutiva ao manicômio sem implicação dos trabalhadores nesse propósito e sem que tenham espaço para repensar os confinamentos, porventura, existentes nas próprias práticas de cuidado.

A produção subjetiva do cuidado, de acordo com Franco[23] (2006) tem três dimensões. A primeira é a do desejo, que a partir de sua singularidade mobiliza a energia necessária em direção a produção de saúde. A segunda corresponde à construção espontânea de redes como dispositivo de cuidado a partir do desejo dos trabalhadores de conexão em seu contexto de trabalho e define-as como rizomáticas uma vez que se dão de forma heterogênea, desordenada, diversa e inovadora. Já a terceira diz respeito ao próprio trabalho vivo, que funciona como uma plataforma por onde as demais dimensões transitam. O autor compreende que o trabalho vivo se dá no encontro e se expressa em múltiplas conexões, com alto grau de potência criativa e de abertura à elaboração de respostas singulares e desenvolvimento de variadas possibilidades de cuidado. Para o autor, as redes não existem em si mesmas, o que traz realidade e movimento a elas são os encontros de seus operadores e dos conteúdos, demandas e desejos que trazem. Desse modo, trabalhadores, gestores e usuários são os agentes desse processo (Franco[23], 2006).

Compreender a subjetividade subjacente à produção do cuidado levou vários pesquisadores a debruçaram-se sobre o formato clássico organizativo do SUS e a repensá-lo. Diversas foram as críticas feitas a sua organização sistêmica hegemônica em decorrência da

sua tendência à burocratização e da pouca mobilidade por ela permitida. Esse modo de organização, denominado como piramidal, pauta-se na hierarquização entre os níveis assistenciais e na divisão deles segundo seu grau de complexidade. Na base da pirâmide estaria a atenção primária, em um nível intermediário encontrariam-se os serviços de atenção de média complexidade e no topo estariam os de alta complexidade, como os serviços hospitalares. Como alternativa, sugere-se que sejam adotados modelos de cunho descentralizado e cooperativo, respeitando-se as diferentes densidades tecnológicas (Bermudez e Siqueira-Batista[24], 2017).

Os debates trazidos por Cecílio[25] (1997) mostraram-se marcos na superação do modelo piramidal (Nunes[26], 2021). De acordo com o autor, a organização piramidal favorece a fragmentação da rede e o cuidado compartilhado. O autor traz que a proposta de hierarquização traduzida na figura da pirâmide foi por muito tempo o modelo tecno- assistencial com que os sanitaristas gostariam de implementar o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que parecia representar a ideia de expansão da cobertura assistencial e democratização do acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros, legitimando um ideário de justiça social e uma possibilidade de racionalização dos escassos recursos do setor saúde. No entanto aponta que tal concepção apresenta limitações e mostra-se pouco permeável ao movimento fluido e espontâneo próprio das redes e de seus agentes.

Cecílio[25] (1997) propõe, então, um "arredondamento" da pirâmide até que se conceba o sistema de saúde como um círculo. A lógica circular traz a ideia de que todo serviço de saúde é espaço de alta complexidade, retirando o hospital do "topo" e recolocando a relação entre os serviços de maneira mais horizontal. De acordo com o autor os movimentos reais do usuário, seus desejos e necessidades que devem balizar os fluxos e circuitos do sistema.

O círculo, como construído por Cecílio[25] (1997), traz a possibilidade de múltiplas alternativas de entrada e saída. De modo que tanto a UBS, quanto os serviços de urgência/emergência ou até mesmo equipamentos que não são considerados do setor saúde, como escolas, creches, poderiam constituir uma boa porta de entrada. O autor traz que é necessário que todas essas portas de entrada sejam qualificadas, uma vez que são espaços privilegiados para acolhimento e reconhecimento de grupos vulneráveis. Traz a construção de "vínculos provisórios" como fundamental na garantir a continuidade do cuidado. No círculo o primordial é que todo o sistema se responsabilize pela garantia da integralidade do cuidado ao usuário.

Outro autor que se implicou em repensar o formato organizativo e estrutural das redes de saúde com vistas a reformulá-la foi Eugênio Vilaça Mendes, que trouxe para discussão ideias

que embasaram a proposição de importantes políticas públicas (Mendes[27], 2001). O autor traz o conceito de rede como forma de enfrentamento frente às estruturas fragmentárias de atenção à saúde ainda hegemônicas. Como forma de melhorar a integralidade da atenção e a otimização da gestão e da assistência, propõe, ao longo de sua obra, a importância de que o SUS esteja organizado a nível microrregional e que essa organização considere a diversidade do território brasileiro. Sugere também que a relação estabelecida entre os pontos de atenção seja de horizontalidade, uma vez que não haveria diferença de complexidade entre eles, mas apenas de densidade tecnológica, concebendo as redes com poliárquicas, feitas de múltiplas conexões. Apesar da horizontalidade entre os pontos de atenção, defende que o centro de comunicação da rede deve estar localizado na AB, como ordenadora do cuidado, não vendo contrariedade entre essas abordagens (Mendes[28], 2010).

Bermudez e Siqueira-Batista[24] (2017) trazem que é a partir da conexão entre pessoas (profissionais, equipes, usuários) que se fazem os múltiplos nós que formam as redes e enfatizam os aspectos micropolíticos e inerentes à rede viva ao definirem sua essência. No entanto, alinhados com Mendes[28] (2010) os autores pontuam a importância também dos aspectos macropolíticos, da organização administrativa, das normativas, portarias e marcos legais para possibilitar, estruturar e ampliar as direções de trabalho e possibilidades de sua construção. Trazem que as ações macroestruturais podem induzir o modelo de rede desejado e subsidiá-lo financeiramente.

Nesse sentido, vale mencionar duas portarias criadas pelo Ministério da Saúde que propõem organizações macroestruturais. A Portaria 4.279 de 2010 institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A RAS é definida como um arranjo organizativo que busca superar a fragmentação histórica de ações e serviços de saúde no SUS, promovendo a maior eficácia na produção de saúde, melhor eficiência na gestão regional e maior integralidade do cuidado (Brasil[29], 2010). Dentro do contexto de emergência das RAS, são criadas cinco redes temáticas, dentre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria 3.088, em 2011. A RAPS volta-se à organização da atenção em Saúde Mental, com objetivo de garantir a articulação e integração entre os pontos de atenção, assim como a ampliação do acesso. Ela funda-se no Modelo Psicossocial e parte do pressuposto que o cuidado em saúde mental depende de uma rede articulada de serviços. De acordo com o Art. 5º, ela l é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde, Equipe de Consultório na Rua, Centros de Convivência); atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); atenção de urgência e emergência (SAMU, UPA, Pronto-Socorro hospitalar), atenção residencial de caráter transitório (Unidades

de Acolhimento); atenção hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral, serviço Hospitalar de Referência), estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos) e reabilitação psicossocial (Brasil[30], 2011).

A concepção das redes como poliárquicas e horizontais é cara à efetivação da Rede de Atenção Psicossocial e à consolidação do Paradigma Psicossocial que a funda. O cuidado em saúde mental exige o foco nos sujeitos, nas comunicações fluidas, na ruptura com hierarquias fixas e no cuidado cooperativo e construído artesanalmente. O deslocamento do lugar do hospital do topo da pirâmide para mais um dos componentes do círculo auxilia na desconstrução do imaginário manicomial, que vê no hospital a solução para as doenças complexas e as curas difíceis.

Autores do campo da Saúde Mental também adentraram essa discussão ao destacar que inovações trazidas pelo Modo Psicossocial influenciaram a reorganização das redes assistenciais ao fazerem surgir questões importantes quanto à própria organização do SUS (Macedo et al.[31], 2017). Os Centros de Atenção Psicossocial, serviços base para a reforma psiquiátrica, são considerados por Onocko-Campos e Furtado[32] (2006) como equipamentos-síntese ao agregarem práticas correspondentes a diferentes níveis de atenção em uma única unidade, representando uma subversão à lógica hierárquica. Além disso, Quinderé et al.[33] (2014) trazem que o cuidado em saúde mental pressupõe que os usuários e os profissionais circulem, ao mesmo tempo, por serviços de diferentes níveis hierárquicos e, emprestando uma nomenclatura utilizada por Tófoli[34] (2007), diz que tal movimentação caracteriza uma "des-hierarquização" ao desconstruir a ideia enrijecida trazida pelo modelo piramidal.

Outro desafio que se coloca quando se pensa a construção de redes e o trabalho cooperativo em saúde é, segundo Vasconcelos et al.[35] (2016), a tendência individualista da cultura ocidental contemporânea. Para os autores existe uma dificuldade na ação intersubjetiva e na construção de coletivos, que se expressa nas organizações de saúde e também na sociedade como um todo. Campos[20] (2005) corrobora esse entendimento e acrescenta que a competitividade também se mostra como uma tendência cultural prejudicial a todos os trabalhos que demandam uma organização coletiva.

1.3 O Apoio Matricial e o Cuidado Compartilhado

Como forma de favorecer o funcionamento da atenção em rede e a produção do cuidado, Campos e Domitti[36] (2007) propõem uma reorganização dos processos de trabalho pautada na metodologia das Equipes de Referência e do Apoio Matricial. Esses arranjos organizacionais

convidam a uma inversão na lógica da estrutura tradicional dos serviços de saúde, trazendo condições para a realização da clínica ampliada, da cogestão e da integração dialógica entre os diferentes profissionais. Além disso, estimulam a progressiva desalienação e o aumento da autonomia dos trabalhadores. (Campos e Domitti[36], 2007).

De acordo com Campos e Domitti[36] (2007), no Apoio Matricial a relação estabelecida entre profissionais generalistas e especialistas deve ser horizontal, contrariando a verticalidade recomendada pelo modelo piramidal hegemônico e constituindo-se como uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde e sua burocratização. O Apoio Matricial trabalha nos interstícios entre serviços em seus diferentes níveis de organização e empreende um enfrentando à prática do encaminhamento com transferência de responsabilidade, de modo a incentivar a corresponsabilização pelo cuidado em saúde por meio de personalização das relações profissionais (Campos e Domitti[36], 2007).

O Apoio Matricial configura-se como um espaço privilegiado para a construção de um campo comum de práticas e saberes. A equipe especialista apoiadora deve prestar às equipes de referência da ESF "tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico" (Cunha e Campos[37], 2011, p. 964). Desse modo, esse dispositivo mostra-se estratégico para possibilitar espaços de educação permanente, fundamentais na superação de limitações apresentadas, muitas vezes, pelas formações curriculares tradicionais. O trabalho em rede, em equipe e interdisciplinar demanda desenvolvimento de competências técnicas, ético-políticas e relacionais específicas, que muitas vezes acabam por não ser contempladas pelo ensino clássico. Ao assumir o referencial da interdisciplinaridade, esse arranjo produz um importante deslocamento nas redes de poder, retirando do centro as corporações profissionais e reforçando o papel das equipes nos processos decisórios, na gestão dos serviços e na condução dos casos (Figueiredo e Campos[38], 2009).

As ações de apoio matricial podem abarcar múltiplas dimensões como a clínica, sanitária, social e pedagógica, sempre buscando um olhar ampliado do processo saúde-doença-cuidado. As atividades que podem originar-se delas são inúmeras: discussões de casos, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, atendimento em grupo ações de prevenção e promoção da saúde, ações intersetoriais, discussão do processo de trabalho das equipes, reunião, ações de educação em saúde, ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais, dentre outras (Campos e Domitti[36], 2007; Cunha e Campos[37], 2011).

Apostando na potencialidade do Apoio Matricial foi criado o Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASFs foram instituídos como política de saúde em 2008, com a Portaria 154, com objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da Estratégia

Saúde da Família por meio do Apoio Matricial (Brasil[39], 2008). São compostos por equipes multiprofissionais formadas por especialistas de diferentes áreas, tendo-se em vista a oferta de suporte técnico especializado dentro de nove áreas estratégicas de atuação, dentre elas a Saúde Mental. Com as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica a partir de 2017, sua nomenclatura e escopo de atuação sofreram algumas alterações, culminando em 2020 no descredenciamento das equipes e fim do incentivo financeiro federal ao seu funcionamento.

O apoio matricial em saúde mental, de acordo com Emerich et al.[40] (2019), tem sido realizado por profissionais dos CAPS, dos NAFS e por profissionais da saúde mental fixados em UBS. Esse dispositivo mostra-se como a principal estratégia brasileira de integração do campo da Saúde Mental e seu núcleo especializado na Atenção Básica, de modo que se torna imperativo considerá-lo quando se tem como objetivo a consolidação de uma rede de cuidados em saúde mental que propicie atenção integral, longitudinal e com corresponsabilização por diversos pontos da rede assistencial mesmo que não sejam especializados neste campo (Emerich et al. [40], 2019).

O apoio matricial é considerado por alguns autores como o mais proeminente dispositivo brasileiro de integração de rede com vistas a fomentar o cuidado compartilhado (Treichel et al.[41], 2019; Oliveira e Campos[42], 2015). O termo "cuidado compartilhado" (shared care), ou seu congênere "cuidado colaborativos" (collaborative care), é tradicionalmente utilizado pela literatura internacional ao descrever a construção conjunta da atenção à saúde e sua corresponsabilização entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada (Treichel et al.[41], 2019). Há variações na compreensão em como se daria essa parceria, mas alguns elementos são considerados básicos como a interdisciplinaridade, a comunicação interprofissional, a possibilidade de trocas de saberes, a construção de intervenções sistemáticas e estruturadas, assim como o investimento em arranjos organizacionais que permitam a aproximação entre os diferentes os profissionais e os diferentes serviços envolvidos. No Brasil, tendo o Apoio Matricial como sustentáculo, o cuidado compartilhado pode experimentar uma ampliação em sua abrangência. Além da integração entre generalistas, especialistas e seus serviços, também se mostra possível a inclusão de outros pontos da rede assistencial, seja ela intra ou intersetorial, como os serviços hospitalares, de urgência e emergência, equipamentos da educação e da assistência social (Oliveira e Campos[42], 2015).

Tendo em vista a importância do cuidado compartilhado, mostra-se imprescindível desenvolver estratégias de enfrentamento a possíveis entraves encontrados na efetivação do Apoio Matricial. Em estudo de revisão bibliográfica sobre o assunto, Treichel et al.[41] (2019) identificaram as barreiras à implementação do apoio matricial mais abordadas em artigos

científicos nos últimos 10 anos. Os autores elencaram dificuldades relacionadas à configuração da rede, ao modelo de atenção priorizado e ao comportamento dos trabalhadores.

No que se refere às configurações de rede, os autores sinalizam que a fragmentação, a baixa integração e a burocratização do fluxo entre os serviços constituem importante entrave às práticas de Apoio Matricial e favorecem a perpetuação da lógica do encaminhamento, principalmente quando associadas a uma abordagem territorial deficitária. Em relação ao modelo assistencial demonstram preocupação com os efeitos deletérios das práticas ainda majoritariamente pautadas pelo paradigma biomédico e centradas na medicação. Assim como apontam para os prejuízos advindos de um estilo de gestão pouco sensível às necessidades que a produção de um cuidado compartilhado exige. Entendem que a falta de delineamentos claros sobre estratégias para prática do apoio matricial, bem como a falta de clareza quanto ao papel dos especialistas e generalistas nessa construção podem contribuir para fragilizá-la (Treichel et al.[41], 2019).

Em relação aos trabalhadores, os autores destacam como possíveis barreiras a alta rotatividade, a resistência em lidar com questões relacionadas à saúde mental e a formação, muitas vezes, insuficiente para essa metodologia de trabalho. Além disso, sinalizam que o cuidado compartilhado é desfavorecido em um cenário onde há uma incompatibilidade entre a demanda por produtividade feita ao profissional e a lógica proposta pelos serviços (Treichel et al.[41], 2019). Tais constatações feitas pelos autores convidam a um aprofundamento na compreensão dessas dificuldades com vistas a possibilitar o enfrentamento a elas, fortalecendo a lógica do Apoio Matricial e do cuidado compartilhado subjacente a ele. Para tanto, mostra-se oportuno considerar as possíveis contribuições das Pesquisas de Implementação.

1.4 As Pesquisas de Implementação e suas Contribuições

As Pesquisas de Implementação, embora ainda incipientes no Brasil e raramente exploradas no campo da Saúde Mental, são apontadas na literatura internacional como potencial contribuidor para a efetivação de políticas de saúde. Têm como objetivo, melhorar a eficiência, a eficácia, a qualidade e a equidade de programas e serviços de saúde, buscando superar possíveis entraves institucionais. As pesquisas de implementação pretendem entender como as intervenções funcionam no "mundo real", tornando fundamental a compreensão do contexto sobre o qual buscam incidir em seus vários aspectos: político, cultural, técnico, institucional, dentre outros. (Peters et al.[43], 2014; Proctor et al.[44], 2011; Silva et al.[45], 2021)

Outro fator importante nas Pesquisas de Implementação é que elas dividem-se em três etapas: pré-implementação, implementação e pós-implementação. Na pré-implementação é feito o planejamento da intervenção, a realização de diagnóstico situacional e a preparação do campo buscando-se assegurar as condições necessárias para o sucesso da intervenção. Na implementação são realizadas as intervenções, propriamente. Já na etapa da pós-implementação é prevista a avaliação dos impactos obtidos com as ações executadas, analisando assim a efetividade da implementação (Proctor et al.[44], 2011). O acompanhamento proposto durante todo o seu percurso, levou Silva et al.[45] (2021) a afirmar que "o arcabouço teórico-metodológico das pesquisas de implementação se constituiu como um elo perdido entre as áreas do planejamento e avaliação em saúde" (Silva et al.[45], 2021, p.46).

Proctor et al.[44] (2011) apontam para a necessidade de analisar a efetividade das estratégias de implementação e os seus impactos, compreendendo os desafios, as potencialidades e as mudanças alcançadas. Os autores reforçam a importância de mensurar os resultados obtidos e propõem que sejam usados nos processos de tomada de decisões, de modo a guiá-las. No intuito de favorecer o processo avaliativo, orientam as pesquisas de implementação a pontuar as variáveis de resultado, dando a elas o nome de desfechos.

Dentre os desfechos relacionados à implementação, se encontra o constructo da sustentabilidade, que seria definida como a medida na qual uma prática implementada é mantida dentro das operações de um serviço ao longo do tempo (Proctor et al.[44] 2011). Treichel et al.[46] (2019) pontuam que a sustentabilidade é favorecida em um contexto em que profissionais que atuam diretamente ligados à assistência dos usuários estejam apropriados quanto às boas práticas de cuidado.

Os atores da "ponta" devem estar envolvidos diretamente no campo de pesquisa já que a sustentabilidade das intervenções ocorre na prática cotidiana dos serviços de saúde, de modo que compreender o comportamento dos trabalhadores torna-se imprescindível (Camargo[47], 2019). A incorporação dos profissionais nos processos decisórios deve dar-se desde o início, uma vez que é reconhecido que os "os processos de tomada de decisões em saúde são altamente complexos e envolvem um grande número de partes interessadas" (Sáenz et al.[48], 2021, p.1). Além disso, tal postura pode favorecer o protagonismo e responsabilização dos envolvidos, segundo Camargo[47] (2019).

Camargo[47] (2019) afirma que incluir os profissionais no processo avaliativo é fundamental para que se possa compreender os aspectos desafiadores presentes no cotidiano de trabalho e sua relação com os contextos internos e externos. Treichel et al.[46] (2019) traz a importância de as Pesquisas de Implementação debruçarem-se sobre os elementos

micropolíticos, inerentes ao processo de trabalho em saúde, e considerarem os vários atores neles envolvidos.

> Ressalta-se que trabalhar com o contexto implica, também, em trabalhar com os atores que o moldam. Além dos aspectos macropolíticos, econômicos e legais, cabe destacar que, especialmente nos níveis locais, o papel desempenhado por governos, trabalhadores e usuários, bem como a forma como eles interagem, os tornam responsáveis pela configuração do ambiente institucional, que pode funcionar tanto como facilitador quanto como entrave para a execução de políticas e intervenções (Treichel et al.[46], 2019, p. 36).

A grande gama de investigações a que as pesquisas de implementação se propõem, juntamente com a complexidade dos fenômenos que investigam, tornam seu campo de estudo receptivo a variadas abordagens metodológicas, cada qual lançando luz a partir de perspectivas específicas. Desse modo, abarca raízes em diversas disciplinas e tradições de pesquisa, podendo alcançar compreensões multissetoriais. As pesquisas de Implementação possibilitam articulação entre abordagens quantitativas e qualitativas, sendo esta última, por sua flexibilidade e interatividade, considerada como uma boa ferramenta para capturar fatores de contexto (Peters et al.[49], 2013).

2. Justificativa

O campo da Saúde Mental Coletiva em construção no Brasil mostra-se revolucionário e repleto de desafios em sua consolidação, uma vez que representa uma reorganização no modo de se fazer e entender o cuidado em saúde. O fortalecimento da transição paradigmática e a orientação das práticas segundo o Paradigma Psicossocial implica numa profunda compreensão do processo de trabalho em saúde. Ao se considerar seu caráter subjetivo, artesanal e conectivo, entende-se que o cuidado em saúde mental se faz coletivamente e em rede, de forma que mostra-se necessário investir na busca por melhor compreender como o grau de integração entre serviços e trabalhadores afeta a produção do cuidado. O presente estudo também considera a grande importância de analisar como formas inovadoras de pesquisa podem contribuir para a integração da Rede de Atenção Psicossocial e para qualificação do cuidado compartilhado em saúde mental.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos trabalhadores da Atenção Básica e da Atenção Especializada sobre o compartilhamento do cuidado em saúde mental em um município de médio porte.

3.2 Objetivos Específicos

1 - Analisar como a dinâmica da rede e o processo de trabalho repercutem sobre as práticas de cuidado em saúde mental, segundo a percepção dos trabalhadores.

2 - Analisar o Apoio Matricial como uma das estratégias de construção do cuidado compartilhado.

3 - Compreender se a Pesquisa de Implementação contribuiu para a qualificação do cuidado em saúde mental e na integração da rede assistencial, a partir do desfecho da sustentabilidade e segundo a percepção dos trabalhadores.

4. Método

Este projeto se constitui como uma pesquisa qualitativa. Foram realizados grupos focais narrativos-hermenêuticos com os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial do município de Itatiba, a partir dos quais foram construídas narrativas. Após validadas foram analisadas à luz da abordagem hermenêutica-dialética.

4.1 Contextualização da Pesquisa Ampliada

Em 2018, o Laboratório Saúde Coletiva e Saúde Mental – Interfaces estabeleceu uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Itatiba no intuito de viabilizar a realização do projeto "Entre Redes". Trata-se de uma Pesquisa de Implementação que trazia como objetivo a implementação de dispositivos de integração de rede e a qualificação do cuidado em saúde mental no município, assim como sua posterior avaliação. Uma das propostas iniciais da pesquisa era contribuir para a incorporação do Apoio Matricial enquanto mecanismo de integração entre a Atenção Básica e os serviços especializados de saúde mental, já que na fase de pré-implementação não havia o Apoio Matricial enquanto dispositivo estabelecido.

Vários foram os desafios encontrados ao longo dos anos de pesquisa. Como uma das formas de fortalecer o Apoio Matricial, tinha-se como proposta auxiliar na consolidação e fortalecimento da equipe NASF existente no município, composta por terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e fonoaudióloga. No entanto, com o desfinanciamento federal dos NASFs em 2020, a equipe existente no município não se manteve, sendo as profissionais que a compunham demitidas ao longo de 2021, com grande prejuízo para a rede.

Somando-se às adversidades encontradas, vale pontuar a importante rotatividade encontrada nos cargos de gestão. Durante a vigência da pesquisa viu-se o cargo de Secretário da Saúde, por exemplo, sendo assumido por 3 pessoas diferentes. Tal situação implicou na necessidade de repactuações para manutenção da parceria entre município e universidade. Além disso, tais mudanças trouxeram riscos de descontinuidade frente aos combinados anteriormente estabelecidos. Ainda assim, muito pôde ser feito durante as diferentes fases da pesquisa.

Na pré-implementação foi elaborado o diagnóstico situacional da Rede de Atenção Psicossocial do município e feito um levantamento de dados por meio de prontuários, questionários, grupos focais, dentre outras técnicas. Vale apontar que desde que o final de 2018 e início de 2019, constituiu-se o Comitê Gestor de Pesquisa (CGP), formado por pesquisadores

da UNICAMP, trabalhadores e gestores do município, como estratégia de fomento à participação das partes interessadas no planejamento, na execução e na avaliação do projeto.

Na etapa seguinte, a implementação, foi realizado um conjunto de ações nomeado como Processo de Educação Permanente. Dentre essas ações esteve a devolutiva dos dados aos serviços participantes e os Encontros de Educação Permanente para o trabalho em saúde mental. Este último foi composto por seis encontros, nos quais foram discutidas cinco temáticas diferentes, a saber: Atenção Primária e competências em Saúde Mental; integração de rede; psicopatologia e Transtornos Mentais Comuns; psicofarmacologia e uso de substâncias psicoativas; urgência e emergência em Saúde Mental; atividades grupais - trabalho em grupo e trabalho em equipe. Houve um grupo específico para os ACS e outro para profissionais de nível técnico e superior, mas contaram com grande similaridade em termos de conteúdo. Ao total participaram cerca de 150 profissionais da saúde de diversos serviços e especialidades, além de contar com a participação de alguns profissionais de áreas afins, como educação e assistência social. A equipe de pesquisa também ofereceu suporte às reuniões de apoio matricial, que estavam sendo retomadas, acompanhando-as ao longo de 3 meses. Dessas reuniões participaram as equipes da AB do território e os respectivos profissionais de referência dos CAPS. Além disso, foram oferecidas também duas oficinas sobre apoio matricial, cuidado compartilhado e trabalho articulado em rede. Para elas foram convidados profissionais da Atenção Especializada e da Atenção Básica.

O presente estudo insere-se na etapa da pós-implementação. Nessa fase foi feito novo levantamento de dados, sendo realizados questionários e entrevistas a usuários, familiares, trabalhadores e gestores. Além dos grupos focais com os trabalhadores, que estarão descritos mais à frente. Também contemplou a transição do Comitê Gestor de Pesquisa (CGP) em Comitê de Educação Permanente (CEP), o que se mostrou como uma importante estratégia de sustentabilidade. Dentre as funções do CEP destacam-se a realização de diagnóstico das necessidades das equipes, planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente.

A pesquisa teve sua coleta final de dados realizada no final de 2022 e seu evento de encerramento ocorreu no mesmo ano. O projeto contou com a participação de vários pesquisadores, dentre eles a autora do presente estudo. A pesquisa contemplou a utilização de métodos quantitativos e qualitativos.

4.2 Pesquisa Qualitativa e a Saúde Coletiva

Onocko-Campos e Furtado[50] (2008), apontam que a perspectiva de transformação da Saúde Pública em Saúde Coletiva a aproximou das Ciências Sociais e dos seus métodos de pesquisa, dando lugar de destaque a pesquisa qualitativa nesse campo. Minayo[51] (2014) corrobora esta compreensão "a Saúde Coletiva incorporou definitivamente as Ciências Sociais no estudo dos fenômenos da saúde e da doença" (Minayo[51], 2014, p.126) e conceitua como Pesquisa Social em Saúde qualquer investigação que trate do fenômeno saúde/doença ou de suas representações sejam elas de instituições políticas, serviços, profissionais ou usuários.

Para Minayo[51] (2014), este modo de investigar é adequado e fundamenta sua discussão tanto no que diz respeito aos propósitos da Saúde Coletiva, quanto na própria compreensão da saúde e do processo saúde/doença. Em relação à Saúde Coletiva aponta que ela se contrapõe ao modelo biomédico, uma vez que possui uma representação mais abrangente de saúde, englobando o social como determinante. Traz que a Saúde Coletiva se coloca como campo estratégico na busca de avanços sociais, na formulação teórica, nas lutas políticas e na procura de assegurar os direitos da população. Entende que "em todas as investigações da área de saúde coletiva é possível juntar consistência teórica e relevância social" (Minayo[51], 2014, p. 52).

Em relação a compreensão da saúde e do processo saúde/doença a autora propõe que a saúde seja compreendida como um processo social, uma vez que "não há saúde nem construção social da saúde em abstrato e fora da sociedade que as geram" (Minayo[51], 2014, p. 64). Além disso, também sinaliza que a realidade dos fatos se mostra inteiramente permeada pelos campos afetivo e simbólico.

> Se é verdade que os problemas sociais se expressam nas condições de saúde, é porque o social está simultaneamente na própria produção fisiopatológica e epidemiológica, permeando e modificando suas manifestações e não apenas lhes dando continência (Minayo[51], 2014, p.67).

A autora salienta que a pesquisa qualitativa em saúde não se torna menos "científica" ao incluir o social e o subjetivo como elementos constitutivos, muito pelo contrário, aproxima-se assim mais da realidade (Minayo[51], 2014). Realidade esta que é compreendida por Minayo[52] (2008) como sendo interdependente e intersubjetiva, produzida nas interações sociais. Minayo[52] (2008) compreende que as criações sociais, como a construção de significados, podem ser entendidas como ações humanas objetivas e passíveis de estudo pelo método qualitativo.

De acordo com Turato[53] (2005) na pesquisa qualitativa “não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas” (Turato[53], 2005, p.509). O autor atribui ao significado uma função estruturante, já que é em torno dele que as pessoas organizam seus modos de vida e compreendem o mundo. Quando partilhados culturalmente, os significados encontram-se no núcleo da organização de grupos sociais. Destaca que, antes de mais nada, o alvo dos estudos qualitativos é a significação dada ao fenômeno por aqueles que o experimentam (Turato[53], 2005).

4.3 Caracterização do Campo

Itatiba é um município pertencente à região metropolitana de Campinas-SP e segundo a estimativa do último censo para o ano de 2020, possui 122.581 habitantes. Sua rede de saúde conta com seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, 13 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), às quais estão vinculadas 19 equipes de ESF. Contava-se também com 1 equipe NASF, que foi descredenciada. Quanto aos serviços de saúde mental, há 1 CAPS do tipo II, 1 CAPS da modalidade AD tipo II, 1 ambulatório de saúde mental e 1 Centro de Atenção à Criança, que realiza atendimento em saúde mental à população infantil. Em relação à rede de urgência/emergência, conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24h) e com serviço de resgate com ambulâncias (não na modalidade SAMU). Também participa da rede a Santa Casa de Misericórdia, como hospital filantrópico, com leitos SUS. Nem todos os serviços do SUS de Itatiba são regulados de forma direta, sendo as 13 Unidades de Estratégia Saúde da Família geridas por uma Organização Social de Saúde (OSS).

Vale mencionar que o Ambulatório de Saúde Mental está inserido dentro do Ambulatório Central de Especialidades (ACE) e nele são realizados atendimentos psiquiátricos e psicológicos para adolescentes e adultos. Segundo os trabalhadores que participaram deste estudo, há profissionais que lá trabalham que dividem sua carga horária entre o ambulatório e o CAPS AD ou o CAC. No momento em que foram realizados os grupos focais, atendiam no ambulatório três psicólogos e dois psiquiatras. Segundo os relatos, as abordagens terapêuticas lá realizadas eram majoritariamente individuais e o espaçamento dos atendimentos costumava ser grande devido à alta demanda.

O CAC, por sua vez, constitui-se como um ambulatório de cuidados especializados para as crianças de até 12 anos, abarcando as necessidades de saúde mental, inclusive. Por esta ser uma das maiores demandas que chega até o serviço, há um movimento importante no município com o propósito de que seja implementado um CAPS infanto-juvenil. Há relatos também de

um grande número de adolescentes com questões de saúde mental em acompanhamento no ACE, reforçando a necessidade da construção deste novo serviço.

No que se refere à retaguarda hospitalar, o município contava, antes da pandemia de COVID-19, com dois leitos psiquiátricos no hospital filantrópico municipal. No entanto, um deles era considerado extremamente inadequado, pois ficava em um local isolado por grades e com a possibilidade de ser trancado com cadeado. Os trabalhadores participantes do estudo trazem que era chamado de “celinha”. Mesmo após o surto pandêmico ter passado, não foi possível reaver os leitos hospitalares destinados ao acolhimento de agravos em saúde mental até a data em que esse trabalho é escrito. Como retaguarda, os CAPS relatam solicitar vagas para internação psiquiátrica via CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde), onde geralmente são disponibilizadas vagas em dois hospitais psiquiátricos da região.

4.4 Sujeitos da Pesquisa

Em relação ao critério de inclusão foi solicitado que os participantes já houvessem participado de alguma ação do Processo de Educação Permanente, durante a fase de implementação da pesquisa, uma vez que um dos objetos de investigação seria sua percepção sobre a sustentabilidade do mesmo. Segundo os registros do projeto “Entre Redes”, participaram dos Encontros de Educação Permanente 60 ACS, 24 profissionais da Atenção Básica (entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, odontólogos e auxiliares de odontologia e médicos clínicos) e 22 profissionais da Atenção Especializada (dos serviços ACE, CAPS II, CAPS AD, CAC - excluindo-se profissionais da área administrativa). Destacou-se a baixa participação de médicos generalistas, correspondendo apenas ao quantitativo de dois profissionais, apesar dos médicos de todas as unidades da AB terem sido convidados.

Importante salientar que tal critério de inclusão representou um desafio considerando-se a rotatividade de profissionais, segundo a devolutiva de uma gestora da OSS. Vale mencionar que houve profissionais interessados que não puderam participar por não cumprirem esse critério. Outro critério utilizado foi que o profissional tivesse disponibilidade (e fosse liberado do trabalho, em caso de necessidade) para participar dos dois encontros. O convite já foi feito com os dias e horários dos dois encontros definidos. Ao total, participaram do estudo 15 trabalhadores da saúde do município de Itatiba, sendo oito da Atenção Básica e sete da Atenção Especializada.

Tabela 1 - Grupo Focal AB - Trabalhadores da Atenção Básica por Profissão.

Profissão	**Quantidade Participantes**
Agente Comunitário de Saúde	3
Técnico de Enfermagem	3
Enfermeiro	2

Os oito profissionais da AB são de Unidades de Estratégia Saúde da Família, dentre eles apenas os ACS são estatutários, sendo os demais contratados pelo regime CLT. O convite foi realizado com auxílio de duas gestoras, a coordenadora dos ACS e a da Fundação ABC, ambas parceiras importantes do projeto "Entre Redes" e membros do Comitê de Educação Permanente (CEP). Foram disponibilizadas seis vagas à categoria dos ACS e seis a dos profissionais de nível técnico e superior. Dentre os sujeitos elegíveis, não houve interessados suficientes para o preenchimento de todas as vagas.

Tabela 2 - Grupo Focal AE - Trabalhadores da Atenção Especializada por Profissão.

Profissão	**Quantia de Participantes**
Psicólogo	3
Técnico de Enfermagem	2
Enfermeiro	1
Médico Psiquiatra	1

Tabela 3 - Grupo Focal AE - Trabalhadores da Atenção Especializada por Serviço.

Serviço	**Quantia de Participantes**
CAPS AD	4
CAPS II	2
Santa Casa de Misericórdia	1

Para compor as 12 vagas disponíveis para o grupo da Atenção Especializada foram convidados profissionais dos seguintes serviços: CAPS II, CAPS AD, Ambulatório Central de Especialidades (ACE), Centro de Atenção à Criança (CAC) e Santa Casa de Misericórdia. Para realizar o convite aos trabalhadores dos CAPS II, CAPS AD e do CAC contou-se com o auxílio dos três coordenadores desses serviços, sendo eles também parceiros importantes do projeto "Entre Redes" e membros do Comitê de Educação Permanente (CEP). Infelizmente nenhum dos profissionais do CAC conseguiu conciliar as agendas para participar. Para realizar o convite aos trabalhadores do Ambulatório Central de Especialidades e da Santa Casa de Misericórdia fez-se contato pessoalmente, pelo WhatsApp, com suporte da coordenadora de Saúde Mental do município. Infelizmente um dos profissionais do ACE estava de férias e o outro não respondeu ao convite. Dos trabalhadores participantes todos são estatutários, com exceção do profissional da Santa Casa.

Partindo-se da compreensão metodológica das pesquisas qualitativas e da abordagem hermenêutica, cabe destacar o papel do pesquisador e também descrevê-lo. De acordo com Minayo[52] (2008), o pesquisador não é tido como neutro, mas sim como um sujeito inserido num determinado contexto social, cujas características o pré-dispõe a compreensão do que observa. Gadamer[54] (1999) complementa que quando se busca o verdadeiro ato de compreender, realiza-se um exercício dialógico, para o qual nossos preconceitos são o único ponto de partida possível. Os preconceitos aqui não são vistos de modo pejorativo, mas como uma limitação condicionada por nossa existência, que uma vez identificada torna-se passível de confrontação e transformação, que por meio da elaboração consciente pode dar origem a produção de novos conhecimentos.

Assim procedendo temos que a pesquisadora deste estudo é formada em psicologia, especialista em saúde mental, pós graduanda na área de saúde coletiva, defensora do SUS,

militante da luta antimanicomial e trabalhadora da saúde. No momento em que escreve esta dissertação trabalha em um CAPS AD III, já tendo trabalhado também em outras modalidades de CAPS e em um NASF. Já há algum tempo lhe acompanham inquietações sobre a produção do cuidado, a atuação em rede e o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a desinstitucionalização.

Em seu cotidiano de trabalho, a pesquisadora enfrenta desafios na construção do cuidado compartilhado e percebe que, muitas vezes, as ações em saúde mental não se orientam a partir do Paradigma Psicossocial. Tal impressão lhe traz incômodo e inocula o desejo de poder melhor compreender o processo de trabalho em saúde e entender quais condições se fazem necessárias para tornar-se possível uma mudança neste cenário. Somando-se a isso, são raros os espaços encontrados em que se faz possível repensar as práticas e ver reverberar os desassossegos trazidos. De modo que por meio do presente estudo e da exposição a outros e diferentes contextos, torna-se favorável a ela alcançar um entendimento mais ampliado a respeito dos fenômenos contemporâneos associados ao trabalho em saúde.

4.5 Colheita de dados: Grupos Focais Narrativos-Hermenêuticos

Aqui opta-se por utilizar o termo “colheita de dados” ao invés de “coleta de dados”, seguindo as sugestões de Passos e Kastrup[55] (2013), pois não se trata de extração de dados, mas sim de acesso a processos, atos e experiências singulares dos sujeitos. A mudança de termos marca uma postura não neutra e implicada do próprio pesquisador no conhecimento produzido.

Considerando o protagonismo dos trabalhadores na produção de seu trabalho em saúde e as pesquisas de Onocko-Campos e Furtado[50] (2008), como instrumento de colheita de dados, optou-se pela realização de grupos focais narrativos-hermenêuticos. Essa escolha mostra-se interessante também no contexto de pesquisas de implementação, uma vez que tem impacto na prática e implica engajamento das partes interessadas. As reflexões oriundas das discussões, podem ter desdobramentos, assim como vínculo ou o sentimento de grupalidade construído entre os participantes. É um método que aposta no conhecimento gerado a partir de construções coletivas e que permite a emergência de comuns. Os grupos foram realizados após um ano de finalizados os Encontros de Educação Permanente, uma vez que dentre seus objetivos está a percepção sobre a sustentabilidade da implementação.

Os grupos focais, de acordo com Miranda et al.[56] (2008) se constituem como uma técnica que se realiza a partir do encontro de pessoas que compartilham traços em comum em torno de uma temática com a qual estes devem ter alguma familiaridade e experiência. Desse

modo, configura-se um espaço que propicia uma oportuna interação, na qual os comentários de uns favorecem a emergência da opinião de outros (Miranda et al.[56], 2008). Essa troca dialética permite emergir dados relevantes para compreensão do tema, possibilitando observar a interação entre os participantes e os diferentes graus de consensos e dissensos.

Furtado e Campos[57] (2008) apontam que essa potente interação entre os participantes pode ser facilitada pela adoção do critério da homogeneidade. Segundo os autores, um aspecto importante a ser considerado como critério de homogeneidade é a inserção institucional dos envolvidos na medida em que ela possa interferir na percepção do tema discutido. Partindo-se dessa perspectiva, optou-se neste estudo por separar os grupos de acordo com o nível assistencial correspondente. Parece ter sido essa uma decisão acertada, uma vez que puderam ser percebidas particularidades sobre a visão do cuidado em saúde mental entre eles. Não se percebeu constrangimento entre as diferentes profissões e graus de instrução.

Foram realizados dois grupos focais, o Grupo 1 foi composto por trabalhadores da Atenção Básica (GF - AB) e o Grupo 2 por trabalhadores da Atenção Especializada (GF - AE), sendo o primeiro composto por oito profissionais e o segundo por sete. Ambos tiveram o número de participantes dentro dos parâmetros mínimos e máximos trazidos pela literatura, a saber de seis a doze participantes (Miranda et al.[56], 2008). Os grupos focais foram conduzidos por dois membros da equipe de pesquisa do Projeto “Entre Redes”. Em todos os encontros, a autora deste estudo assumiu o papel de moderadora, enquanto uma outra pesquisadora assumiu o papel de observadora.

Os grupos focais ocorreram em dois momentos distintos, totalizando quatro encontros. Entre o primeiro e segundo encontro houve um intervalo de 15 dias. Os encontros ocorreram entre setembro e outubro de 2022. Os encontros do GF-AB ocorreram em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, enquanto os do GF-AE foram realizados no CAPS AD, de forma pactuada com os gestores. Todos os encontros foram audiogravados, totalizando cerca de quatro horas de material. No primeiro encontro a discussão foi conduzida partindo-se de um roteiro (Apêndice I), com questões disparadoras e abertas sobre temáticas de interesse da pesquisa. Os relatos dos participantes foram transcritos e transformados em narrativas pela pesquisadora.

A análise dos grupos focais a partir das narrativas têm sido utilizada em várias pesquisas avaliativas em saúde, de modo que receberam a denominação de grupos focais narrativos-hermenêuticos (Miranda et al.[56], 2008). As narrativas construídas, seguiram o referencial teórico de Ricoeur[58] (1994), segundo o qual a narrativa é formada a partir do encadeamento dos núcleos argumentais presentes no material transcrito.

Para Ricoeur[58] (1994), as narrativas seriam “histórias não - ainda narradas”, mas já inseridas no mundo pelo agir social. De acordo com Onocko-Campos e Furtado[50] (2008), as narrativas mediam a relação entre o vivido e sua inscrição simbolizada no meio social, localizando-se entre a memória e o vir a ser, emergindo da inter-relação das forças sociais e caracterizando possíveis orientações no fluxo histórico. Tornam possível a articulação da subjetividade com o campo político, na medida em que permitem que verdades advindas da experiência e da vida habitual sejam anunciadas e compartilhadas (Onocko-Campos e Furtado[50], 2008).

No segundo encontro, após serem revisadas por outro membro do grupo de pesquisa, as narrativas foram apresentadas aos seus autores, para que estes pudessem interpretá-las, questioná-las, alterá-las e validá-las. Houveram três ausências nesta etapa, no GF-AB dois profissionais técnicos de enfermagem não puderam comparecer devido a alta demanda de trabalho em sua unidade e no GF-AE o profissional da Santa Casa também não pôde estar presente por conta de um compromisso imprevisto.

Esse segundo encontro é chamado de hermenêutico por Onocko-Campos e Furtado[50] (2008), uma vez que tem como propósito interpretar e legitimar as narrativas. Assumindo uma dimensão circular e possibilitando o estranhamento, o questionamento e a construção de novas narrativas, revisitando-as em movimento espiral, à maneira de um círculo hermenêutico. Segundo Ricoeur[58] (1994), na busca por histórias efetivas, a circularidade analítica permite uma relação dialética que contribui para que a experiência se desdobre no sentido de um plano coletivo da narrativa.

Em ambos os grupos, todos os presentes reconheceram-se na narrativa e a validaram. A maioria dos participantes se emocionaram e viram um sentido político na obra que haviam construído. Foram feitos alguns acréscimos, no geral, sobre aspectos que foram esquecidos no primeiro encontro e que consideravam importantes. Não houve pedidos de exclusão de conteúdo. As sugestões dos autores foram incorporadas no texto das narrativas finais (Apêndice II).

4.6 Contribuições da Abordagem Hermenêutica-Dialética na Compreensão de Dados

A Hermenêutica, para Ayres[59] (2005), não se constitui como um método a ser aplicado, mas se define pela postura de interrogação do investigador e por sua busca em compreender e restabelecer o sentido. Tendo como sua tarefa esclarecer as condições sob as quais a compreensão se faz possível.

A Hermenêutica tem em suas raízes a fenomenologia de Husserl, na qual a busca de compreensão ocorre sobre os modos subjetivos de viver, seja em seu aspecto pessoal ou coletivo e intersubjetivo. Essa corrente de pensamento também aponta para a correlação entre subjetividade e objetividade, uma vez que "o sujeito que realiza, objetiva-se em sua ação, e seu produto é sua própria subjetivação" (Minayo[51], 2014, p. 336).

Nesse sentido, Gadamer[54] (1999) traz dois conceitos importantes para a atividade compreensiva: vivência e símbolo. Enquanto o primeiro diz respeito a objetivação da experiência, produzindo "realidades pensadas", o segundo situa-se entre o visível e o invisível, o objetivo e o subjetivo, uma imagem do real e sua expressão fenomênica. Tanto a vivência quanto o símbolo criam a possibilidade de identidade de uma comunidade e sua cultura.

A Hermenêutica utiliza-se da interpretação como sua principal forma de conhecimento e busca desvendar não a verdade absoluta do objeto, mas sim aquilo que o sujeito coloca como verdade (Minayo[51], 2014). Gadamer[54] (1999) orienta que se busque compreender as coisas e os textos "neles mesmo", de modo que caso o autor estivesse presente compartilharia dos achados do pesquisador. De acordo com Minayo[51] (2014), é importante que toda reflexão se dê a partir do contexto histórico e do "mundo da cotidianidade" no qual a produção (texto, fala) se originou, uma vez que tanto o investigador-intérprete, quanto o sujeito são expressões de seu tempo, cultura e conjuntura social. Minayo[51] (2014) traz que é fundamental que sejam conhecidas as possíveis diferenças entre o contexto de vida do investigador e do sujeito, uma vez que "compreender acaba sempre sendo compreender-se" (Minayo[51], 2014, p.337).

> Por tudo isso, sob a ótica hermenêutica, entender a realidade que se expressa num texto é também entender o outro, e entender-se no outro, movimento sempre possível, por mais difícil que pareça à primeira vista. (Minayo[51], 2014, p.343)

Gadamer[54] (1999) compreende a natureza do Homem à semelhança da essência da interpretação: um processo de formação infindável. No que diz respeito à interpretação, o autor traz que a atividade compreensiva se dá num movimento circular contínuo entre o todo e as partes. Pontua que o "todo" é relativo e varia conforme integra-se a contextos maiores, sendo a compreensão das partes sempre afetada nessa dinâmica. Como Minayo[51] (2014) explica:

> Por outro lado, na interpretação nunca há última palavra, o sentido de uma mensagem ou de uma realidade estará sempre aberto em várias direções, por causa dos novos achados do contexto ou das novas perguntas que são formuladas (Minayo[51], 2014, p.344).

Habermas[60] (1987) sinaliza possíveis limitações no método hermenêutico, uma vez que a compreensão e interpretação podem não ser sensíveis a ideologias presentes na cultura e na linguagem. O autor traz que o contexto da tradição pode ser atravessado por práticas de dominação social e violência. Desse modo sugere que a metodologia hermenêutica possa compor com a dialética, caracterizada pela atitude crítica frente às construções sociais, e assim superar essa possível armadilha. A dialética faz-se atenta aos dissensos e às mudanças nos macroprocessos, sua natureza é a da contestação.

> A hermenêutica e a dialética se apresentam como momentos necessários da produção de racionalidade em relação aos processos sociais e, por conseguinte, em relação aos processos de saúde e doença (Minayo[51], 2014, p.350).

Embora apresentem especificidades e se complementem enquanto metodologias de análise, ambas trazem muitas características similares que as tornam compatíveis. Elas fundamentam-se na historicidade dos fenômenos e compreendem a inexistência de observador imparcial, já que se trata de um sujeito histórico e social, considerando o investigador como parte da realidade que investiga e desvendando os condicionantes da produção intelectual. Além disso, entendem que o tecnicismo não é o caminho se o que se pretende é a compreensão e a crítica dos processos sociais.

4.7 Aspectos éticos

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Unicamp: CAAE - 00827918.8.0000.5404 e pelo parecer 5.299.417 (Anexo I). Todos os procedimentos para obtenção dos dados foram realizados segundo as normas e diretrizes brasileiras de pesquisa em seres humanos - Resolução CNS 466/2012. Antes de iniciar os grupos, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II). Nele informa-se sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos metodológicos, os possíveis riscos, a garantia de sigilo da identidade dos sujeitos na divulgação dos resultados, assim como a liberdade para deixar o processo a qualquer tempo, sem prejuízos. Em ambos os grupos o termo foi lido pela pesquisadora e teve-se espaço para sanar possíveis dúvidas. Todos os participantes aceitaram participar, assinaram o TCLE e levaram consigo uma via do mesmo.

5. Resultados

5.1 Percepções sobre o Processo de Educação Permanente e sua Sustentabilidade

Ambos os grupos focais avaliaram positivamente o Processo de Educação Permanente promovido pelo projeto "Entre Redes", dando enfoque especial para os ganhos obtidos com os Encontros de Educação Permanente. Os profissionais da Atenção Básica (AB) apontaram para importante mudança percebida na qualificação técnica a nível pessoal, uma vez que identificaram que puderam ampliar seus conhecimentos no campo da Saúde Mental e com isso melhor compreender os fenômenos que se apresentam e conseguir conduzi-los de modo mais eficiente.

"A capacitação oferecida pela UNICAMP contribuiu para qualificar o trabalho que realizamos. Ajudou a transformar nossa forma de olhar e direcionar a atenção. Começamos a identificar algumas coisas que passavam em branco, de modo a conseguirmos avaliar melhor os pacientes com necessidades de saúde mental. Hoje também entendemos melhor sobre o uso das medicações psiquiátricas e suas indicações. Por vezes, saber quais medicações um paciente usa nos dá pistas sobre um possível diagnóstico. Algo importante e que muitas vezes o próprio paciente não sabe informar. Essas hipóteses orientam nossas condutas terapêuticas. A capacitação também foi importante para nos trazer conhecimentos sobre os transtornos psiquiátricos e contribuiu para que nosso medo de atender pacientes com necessidades de saúde mental diminuísse. Hoje nos sentimos mais seguras sobre como agir e podemos ouvi-los sem ficar assustadas ou apreensivas." (GF-AB)

Já os profissionais da Atenção Especializada (AE) perceberam conquistas no que se refere a qualificação e integração da rede assistencial, assim como de seus fluxos, principalmente entre CAPS e AB. Trazem que os conhecimentos adquiridos foram bastante importantes para que não se sentissem só no manejo em saúde mental, sendo positivo ouvir relatos de como outros serviços têm percebido e lidado com essa demanda, durante as trocas promovidas durante os encontros. Avaliam que foi bastante positivo perceberem que podem ter parceiros que se co-responsabilizam pelo cuidado em saúde mental em todos os serviços de saúde, não ficando apenas os CAPS com essa função. Também apontam que trouxe benefícios em termos de ganhos para a prática pessoal, principalmente dos profissionais recém chegados aos CAPS e sem uma formação adequada.

"Avaliamos que houve melhora na integração da rede em relação aos anos anteriores, principalmente no que se refere à relação entre os CAPS e a AB. A comunicação entre os serviços e a realização de encaminhamentos tornou-se mais fluida. Percebemos que depois da vinda da pesquisa da UNICAMP passou-se a falar mais sobre as redes e a se prestar mais atenção a elas. A pesquisa como um todo e a capacitação dão início a algo, a um processo de fato, mas é necessário amadurecer ainda." (GF-AE)

"Para muitos de nós, a capacitação contribuiu para a qualificação de nossa prática profissional e também para a ampliação de nossa compreensão sobre as possibilidades de cuidado que poderiam ser ofertadas por outras categorias profissionais e por outros pontos da RAPS. Há ações básicas em saúde mental que qualquer profissional da equipe técnica de qualquer serviço de saúde poderia estar apto a realizar, como é o caso da escuta terapêutica, por exemplo. Alguns de nós não tínhamos clareza disso e conhecer essas possibilidades contribuiu para compreendermos o quanto os outros espaços da rede são também estratégicos." (GF-AE)

No que diz respeito às contribuições relativas à integração de rede, há uma discordância entre os grupos, já que os profissionais da AB não perceberam melhora nesse quesito: *"Não percebemos que a capacitação contribuiu com a integração da rede, para isso ainda é preciso caminhar." (GF-AB)*

Em outros pontos, a avaliação dos grupos convergiu. Ambos concordam que o processo de educação permanente teve relevante papel na desestigmatização do campo e dos usuários da saúde mental a nível da AB. E também trazem a importância de se dar continuidade a esse processo, uma vez que identificam que ainda há muitos aspectos a serem aprimorados. Vêm também o papel da gestão como central na manutenção desses espaços de trocas e aprendizados. Os dois grupos também trazem preocupações concernentes à grande rotatividade de profissionais na AB e identificam que esse é um dos grandes impasses para a sustentabilidade das conquistas obtidas.

"Em relação à própria capacitação, nem todo mundo participou, mas muitos dos que participaram já saíram e tantos outros entraram, seria importante contar com capacitações permanentes". (GF-AB)

"Há uma rotatividade muito grande na atenção básica, alguns profissionais são desligados, muitos saem para assumir vagas em concursos públicos e outros são transferidos de unidades conforme as necessidades da própria fundação". (GF-AB)

Os profissionais da AE consideram a rotatividade na AB como um fenômeno estrutural que traz significativo prejuízo ao trabalho em rede e na produção de cuidados em saúde mental.

"É complicado porque estabelecemos relações com pessoas e não apenas com o serviço. Nós construímos um bom vínculo com a equipe, pactuamos sobre o fluxo de usuários, os encaminhamentos passam a ser feitos corretamente, existe uma comunicação quase que diária às vezes, dependendo o PSF, e daí de repente troca alguém e começam a vir os descompassos (...). Teoricamente os PSFs deveriam ter um vínculo profundo com seus usuários e estar apropriados das dinâmicas e realidades de seu território. Mas a rotatividade traz fragmentação e descontinuidade seja no vínculo com os munícipes adscritos, seja com os profissionais da rede. Tudo precisa ser reconstruído, muita coisa acaba se perdendo." (GF-AE)

5.2 A Formação para o Trabalho em Saúde Mental

Os profissionais da AE, principalmente os profissionais da enfermagem, trazem que é frequente que os trabalhadores da saúde mental iniciam a trabalhar nesse campo sem o preparo técnico adequado, sem entender a complexidade do trabalho, e falam sobre quantos sofrimentos e dificuldades poderiam ter sido evitados se tivessem tido acesso a outro tipo de recepção. Valorizam as trocas com profissionais mais experientes como forma de aprendizado.

"Muitos de nós sentimos que "caímos de paraquedas" no campo da saúde mental. Para alguns de nós essa queda foi mais dolorosa, há quem já tenha considerado pedir transferência de serviço no início e quem chorava diariamente nas primeiras semanas. Cada um à sua maneira, todos decidimos ficar e enfrentar o desafio. E veja só, aqui estamos já aprendendo a caminhar. Muito sofrimento poderia ter sido evitado se tivéssemos sido recepcionados com treinamento e mais informações." (GF-AE)

"Muito do que grande parte de nós aprendeu foi a partir das trocas com profissionais mais experientes e com o próprio cotidiano de trabalho." (GF-AE)

Falam também que não basta entender de saúde mental, mas que se faz necessário aprender a trabalhar em rede. Trazem que entendem que seria importante um estágio inicial onde se pudesse circular por diferentes serviços da rede municipal e melhor conhecê-los. Dizem ainda da importância de ampliar o diálogo com outros municípios.

"Quando circulamos por outros espaços, entramos em contato com outros pontos de vista e entendemos a potência que cada um dos pontos da rede pode nela desempenhar. Assim, nos preparamos para sermos profissionais da rede e não apenas dos serviços." (GF-AE)

"Seria importante inclusive estabelecer conversas com outros municípios, organizar fóruns de saúde mental regionais, já que isso poderia nos oferecer parâmetros para avaliar nosso trabalho e abrir a possibilidade de inventarmos coisas ainda não pensadas." (GF-AE)

Demonstram compreender o desconhecimento que outros equipamentos de saúde podem ter do campo da Saúde Mental e apostam que seria benéfico se profissionais de outros serviços também pudessem participar dessas trocas e experimentar por alguns momentos o cotidiano de trabalho nos CAPS.

"Alguns de nós nos surpreendemos vendo todas as dificuldades pelas quais passam os profissionais da saúde mental, com a escassez de recursos e com quão complexo é o trabalho em si. Talvez, se fosse estabelecida maior proximidade, profissionais de outros serviços da rede assistencial entenderiam melhor as limitações e potências de serviços como os CAPS. Percebemos que o trabalho em saúde mental apresenta uma especificidade que não é encontrada na dinâmica de trabalho de nenhum outro serviço." (GF-AE)

Indicam que esse processo de apropriação do campo da saúde mental e desenvolvimento do trabalho em rede torna-se mais promissor se a formação de base tiver contemplado as políticas do SUS e da Saúde Mental.

5.3 O Olhar para a Saúde Mental na Atenção Básica

Os trabalhadores da AB relatam que é grande a demanda de saúde mental que chega diariamente em suas unidades. Percebem um significativo aumento desde a pandemia e apontam também para um crescimento das questões sociais.

"A demanda de casos de saúde mental é grande e diária em nossas unidades. Somos a primeira porta de entrada, é aqui eles vêm buscar socorro para tudo. Acolhemos um número importante de pacientes com quadros depressivos, ansiosos e dependentes de substâncias psicoativas, em alguns postos. Percebemos um aumento das demandas de cuidados em saúde mental desde a pandemia, muitos pacientes que não tinham problema em saúde mental passaram a ter, essa tem sido a doença do momento. Atendemos várias outras doenças e agravos de saúde, mas o crescimento dessa demanda chama a atenção. Estamos vendo uma crescente demanda por questões sociais também, tem vindo muitas pessoas que perderam seu emprego e seu convênio de saúde." (GF-AB)

Falam sobre a preocupação das unidades em manejar essa demanda e compartilham alguns entendimentos e posturas chaves que podem ajudar. Trazem que o vínculo é central para o cuidado em saúde mental, assim como a possibilidade de terem suporte dos colegas de equipe. Valorizam a inclusão de temáticas da saúde mental nas ações programáticas da unidade. Também consideram central a postura ativa do profissional, entendendo ser essa uma população com maiores chances de apresentar-se vulnerabilizada. Alguns profissionais podem trazer exemplos de ações como essas em suas unidades.

"(...) o profissional que já o conhecia, contava com sua confiança e tinha mais facilidade para manejar o caso. Muitas vezes uma breve conversa já poderia ser bastante resolutiva (...). Na unidade em que uma de nós trabalha, vimos ainda essa semana que frente a uma situação de crise em saúde mental a médica pediu ajuda para a ACS que tinha vínculo com o paciente em questão e esta foi fundamental para o manejo do caso." (GF-AB)

"Um fator que percebemos ser de grande importância, quando pensamos no cuidado em saúde mental, é a postura ativa do profissional. Percebemos que muitos dos pacientes de saúde mental tem dificuldade de aderir ao acompanhamento ou mesmo de vir ao posto no dia agendado, então temos que aproveitar quando aparecem para cuidar deles ao máximo,

oferecer tudo de qualidade que pudermos dentro das necessidades de saúde que apresentem. Podemos fazer um teste rápido, um Papanicolau, uma vacina que esteja faltando. Se com isso conseguirmos construir um vínculo com o paciente e ele passar a aderir, maravilha, se não pelo menos conseguimos ofertar algum cuidado. São pessoas que não raro estão em situação de vulnerabilidade e exigem nossa atenção." (GF-AB)

"Outra estratégia é incluir temáticas de saúde mental dentro das ações programáticas das unidades e aproveitar espaços de grupo, que estão retornando em alguns locais, para realizar ações de promoção e prevenção em saúde mental. Uma ideia é aproveitar o momento em que os pacientes vêm fazer exames ou pegar receitas para nos aproximarmos deles. Uma de nós trouxe sobre a experiência aproveitar o dia em que viriam cerca de 60 pacientes no posto realizar a coleta de exames, para em parceria com o farmacêutico da unidade, realizar uma palestra sobre o uso de medicamentos, sobretudo dos de uso controlado. Nessa mesma unidade, geralmente a entrega de receitas também é acompanhada de alguma palestra ou discussão, por vezes disparadas pela exibição de vídeos. Essas práticas têm sido avaliadas positivamente." (GF-AB)

Relatam também que é frequente atenderem situações de emergência em saúde mental e prestarem o primeiro atendimento.

"Uma outra forma frequente desses pacientes chegarem até nós é em situações de emergência. Recentemente aconteceu com uma de nós de em sua unidade acolherem um senhor em síndrome de abstinência alcoólica, que chegou a convulsionar no próprio posto, antes disso ele nunca havia ido até lá." (GF-AB)

Trazem também sobre situações em que as fronteiras entre os diferentes níveis assistenciais ficam borradas e com difícil delimitação. Nessas ocasiões entendem que a coesão, horizontalidade e alinhamento entre a equipe são chaves para que não se gere desassistência.

"Na prática, tem algumas situações em que não fica muito claro se seria ou não caso de encaminhar para acompanhamento nos CAPS. De um lado, temos casos que poderiam ser considerados de leves a moderados, no quais o paciente recusa-se a contar sobre o que sente para a equipe do posto, seja por vergonha ou por não querer expor sua família. De outro lado, tem pacientes com quadros graves que consideraríamos importante um atendimento

especializado em saúde mental, mas que se recusam a ir até CAPS, seja pela dificuldade de locomoção ou pelo vínculo com a equipe do posto e pedem para que tudo seja resolvido por aqui. (...) Às vezes percebemos que é importante alguma flexibilidade para não gerarmos desassistência. É importante que toda a equipe esteja alinhada, inclusive os médicos clínicos dos postos, senão, torna-se mais difícil assegurar o cuidado. Percebemos que é fundamental a horizontalidade e não hierarquização dentro das equipes. Quando uma equipe é unida e gerencia bem as diferenças entre seus membros o cuidado é favorecido e as condições de trabalho também". (GF-AB)

Os trabalhadores da AB também compartilham limitações que identificam em seu trabalho cotidiano, percebendo dificuldades que se relacionam tanto com as equipes diminuídas (com profissionais abaixo da quantidade mínima ou sem reposição daqueles que estão em férias) quanto pelo enfoque na produtividade.

"Sentimos nos últimos tempos que a exigência para que a gente produza mais, bata a meta e consiga a verba tem ficado cada vez maior. A captação de dados ficou melhor, está informatizada. Os valores são pagos por procedimento e diferem se a pessoa tem ou não um CPF cadastrado, em caso afirmativo o valor é maior. Assim, há uma pressão por tornar cada vez mais eficaz o preenchimento de dados." (GF-AB)

Percebem que por vezes é difícil oferecer um atendimento em saúde mental com tempo e qualidade dentro dos parâmetros que considerariam ideais e sentem que muito lhe é exigido.

"Nós conseguimos oferecer aquilo que temos no posto, um grupo, às vezes uma conversa, quando querem contar alguma coisa, mas esse outro atendimento secundário, esse atendimento específico, a gente não têm como oferecer. O paciente vem, você atende, conversa, entrega a receita, mas não temos como oferecer aquele atendimento com tempo e qualidade ideais." (GF-AB)

"Nós somos da atenção primária e o paciente nunca deixa de ser nosso, no entanto não temos como dar conta de todas as suas necessidades de saúde e por vezes parece que é isso que esperam de nós." (GF-AB)

Também apontam para os desafios no enfrentamento da medicalização, uma vez que a prescrição de psicotrópicos mostra-se grande nas unidades e identificam uma generalização, cronificação e banalização em seu uso. Entendem que esteja relacionada à escassez de outras ofertas terapêuticas e também a questões culturais. Salientam sobretudo a preocupação com a prescrição de benzodiazepínicos.

"A medicação pode ser importante em uma crise, mas não necessariamente precisa perdurar. Além disso, nem todos os casos precisariam de medicamentos. Tornou-se algo banal. Acreditamos que essa medicalização esteja relacionada à escassez de outras ofertas terapêuticas, como se dando medicação pudesse-se substituir uma psicoterapia. Precisaríamos ter outras alternativas, mas percebemos que as construir é um desafio tanto para a equipe quanto para os pacientes. É frequente que o paciente chegue pedindo medicação, parece que é algo cultural. (...) Além disso, há a questão dos benzodiazepínicos. Receita azul é a perder de vista. Há grande dificuldade de fazer o desmame e retirá-los." (GF-AB)

5.4 Relações entre os CAPS e a Atenção Básica: como anda o Apoio Matricial?

Os trabalhadores da AB e da AE mostram-se solidários frente às dificuldades que imaginam vivenciadas pelos colegas dos outros serviços:

"Sabemos da sobrecarga que costumam enfrentar as unidades de AB, compreendemos a complexidade do cuidado desse nível assistencial e as condições por vezes precárias de trabalho". (GF-AE)

"Entendemos que os CAPS estão sobrecarregados e que a nossa frustração também é a frustração deles, porque eles têm muita demanda e não conseguem dar o suporte necessário. Como nós, também dependem de outros setores, do governo. Falta investimento no SUS e na saúde mental". (GF-AB)

No entanto, apesar dessa compreensão, ambos os níveis assistenciais reconhecem desafios na construção do cuidado compartilhado, os apontam e compartilham expectativas e desejos. Os trabalhadores da AE gostariam de sentir maior respaldo das ESFs *"tanto no que se refere aos cuidados oferecidos em saúde mental à população do território, quanto na oferta de cuidados clínicos aos usuários de serviços de saúde mental" (GF-AE)*. E acrescentam:

"Esperamos por uma corresponsabilização, porque o paciente pode estar sendo atendido no CAPS, mas não deixa de ser um munícipe, um paciente do bairro também. Saúde mental é uma só, saúde mental é saúde. Então a lógica "toma que o filho é seu filho" não pode acontecer, o filho é nosso, ele é um munícipe. Infelizmente, encontramos dificuldades ao tentar garantir um cuidado integral. Muitas vezes o paciente chega na especialidade e aqui fica, ele nunca mais cuida da parte clínica básica, nunca mais nem pisa na UBS. Vira paciente do CAPS." (GF-AE)

Os trabalhadores da AB, por sua vez, sentem falta de resolutividade por parte dos CAPS tanto no cuidado ofertado quanto nas discussões de caso, com alguns profissionais. Alguns deles percebem que por vezes trabalhar na saúde mental por muito tempo pode levar a uma dessensibilização e desesperança, sendo prejudicial ao cuidado ofertado.

"Ouvimos falas como "façam alguma coisa" ou então "manda ele ir lá passar em acolhimento", normalmente eles pedem para o paciente ir até o CAPS. Algumas de nós já nos deparamos com frases como essas "ah, quando morrer resolve" ou "quando os pais morrerem, ele amadurece". Isso não é acolhimento! Não é uma resolução, isso é o mesmo que dizer "deixa do jeito que está. (...) Situações como essas nos levam, em alguns momentos, a perder a fé na resolução e a desacreditar que alguma coisa vai mudar." (GF-AB)

E acrescentam: "*Por isso às vezes gostaríamos que fizessem aquele pouquinho extra, sabe?" (GF-AB)*

Ambos os grupos reconhecem o quanto o outro nível assistencial é estratégico para a efetivação do cuidado em saúde mental e veem potência em investir nessa parceria. Percebem heterogeneidade na qualidade do contato entre diferentes profissionais e equipes, entendendo que há encontros mais sintônicos do que outros. Relatam algumas experiências de boas parcerias.

"Apesar das dificuldades, percebemos uma grande heterogeneidade nas possibilidades de construção de cuidado compartilhado entre as ESFs. O posicionamento do coordenador da equipe e dos trabalhadores pode desempenhar importante papel nessa disponibilidade. Alguns de nós vivenciaram experiências positivas de trabalho cooperativo que se mostraram resolutivas e satisfatórias. É gratificante saber que, com algumas parcerias, conseguimos

efetivar o cuidado integral e cooperativo, chega a ser emocionante quando os princípios da política SUS se realizam através do nosso trabalho". (GF-AE)

Em relação às reuniões de apoio matricial entre os CAPS e as ESFs, ambos os grupos as avaliam como importantes ao cuidado em saúde mental e ao fluxo assistencial.

"O contato com a rede de saúde faz muita diferença e poder contar com apoio dos CAPS nas reuniões mensais de matriciamento é importante, propicia trocas e nos ajuda a melhor compreender o fluxo entre os serviços." (GF-AB)

.

Os profissionais da AE notam que está em curso um amadurecimento quanto a essa prática, mas percebem que ainda não é uniforme, sendo observado desde Equipes de Saúde da Família bastante interessadas até aquelas que não priorizam os espaços de trocas frente às demandas cotidianas dos postos de saúde. Compreendem que ainda se faz necessário esclarecer que o apoio matricial não deve ser reduzido à discussão de casos, nem ser restrito aos encontros presenciais. Acrescentam a importância de conhecerem mais as ESFs de modo a melhor identificar as necessidades das equipes e dos territórios.

"(...) a comunicação pode estar acontecendo de outras formas, como através de ligações, WhatsApp, e não apenas na reunião de matriciamento (...). Mesmo que não se tenha casos, pode-se aprender com discussões trazidas pelos colegas ou aproveitar o espaço para conversar sobre outras questões, seja sobre um tema escolhido, a formulação de políticas ou até mesmo tentar pensar formas de melhorar a rede." (GF-AE)

Já os profissionais da AB percebem a conversa como um pouco vaga, em alguns momentos, e sentem que seria de grande contribuição receberem orientações mais objetivas e diretivas, com a expectativa de terem mais segurança para estabelecer as condutas. Sugerem alternativas como construção de protocolos e treinamentos. O grupo da AE reconhece que há lacunas entre a discussão abstrata e o aprendizado concreto e que seria importante investir em estratégias mais dinâmicas e orientadas ao cotidiano para superá-las.

"Entretanto a conversa fica um pouco vaga, em alguns momentos, e talvez pudesse se tornar mais completa e objetiva nos ajudando, por exemplo, na construção de um protocolo de orientação aos atendimentos. Percebemos que os médicos clínicos ficam inseguros em tomar

condutas e avaliamos que o matriciamento é bom para discutir casos, mas não diz o que pode ser feito, ou de que maneira, não passa segurança, para isso seria indicado um treinamento específico". (GF-AB)

"O apoio matricial não deve se reduzir a discussão de casos. Realizar atendimentos conjuntos também é uma ótima opção, porque quando atendemos juntos ultrapassamos a discussão abstrata e o aprendizado se torna mais real e palpável. Isso acaba levando a uma capacitação de uma forma que não é maçante, não é aquela coisa de aula, torna-se dinâmica e significativa no dia a dia. Ainda precisamos aprimorar o encontro do discurso com a prática, do raciocínio clínico com o manejo clínico. Essa parte fica ainda meio fragmentada". (GF-AE)

O grupo da AB também traz como fundamental o suporte do médico psiquiatra para além da equipe multidisciplinar e relata dificuldade em conseguir acessá-los mesmo por via remota. O grupo da AE reconhece a dificuldade que alguns psiquiatras dos CAPS têm em participar das reuniões de apoio matricial por conta de sua carga horária, mas esclarecem que ficam disponíveis para o contato.

"Seria importante ter um psiquiatra de referência com quem o médico da unidade pudesse conversar, ligar quando necessário ou atender conjuntamente se o caso exigir. Hoje as reuniões de matriciamento em geral acontecem na ausência do psiquiatra, sentimos falta da presença dele, já que poderia nos trazer orientação de como conduzir aqui no posto esse paciente e esclarecer sobre interações medicamentosas. Conseguimos contato com a equipe técnica do CAPS, mas algumas de nós entendem que é necessário debater sobre a linha de cuidado do tratamento com o médico psiquiatra, já que é ele quem prescreve". (GF-AB)

5.5 Outros Pontos de Atenção na RAPS: Vazio Assistencial?

Apesar de desafiadora e atravessada por importantes questões, a parceria entre AB e os CAPS é trazida como a mais profícua. Ambos os grupos avaliam que os outros pontos de atenção da RAPS municipal deixam a desejar. Não se esquecem de lembrar também, com pesar, sobre o desmonte da equipe NASF e o vazio assistencial que tal ato deixou como consequência.

"O NASF nos ajudava muito, tínhamos grupos de promoção à saúde, como o grupo do educador físico, que nos ajudava a manejar os pacientes com quadros depressivos leves. Quando a gente tinha esse outro serviço integrado, conseguíamos dividir e dar uma assistência melhor para o paciente, isso faz bastante falta em todos os postos, foi uma perda muito grande. O apoio que o CAPS oferece não substitui o suporte do NASF, que estava ali para construir junto no cotidiano". (GF-AB)

"No que se refere aos PSFs, percebemos que os vem apresentando dificuldade no cuidado em saúde mental com a saída da equipe especializada que lhes dava suporte. Quando tínhamos o NASF, era bem legal, nos comunicávamos bem. Elas tinham bastante demanda porque eram em poucas profissionais, mas estavam lá, isso já fazia a diferença. A gente sabia que encaminhando para UBS ou PSF o NASF iria dar uma assistência, mas agora não tem." (GF-AE)

"Há hoje o que poderíamos nomear como "vazio assistencial" para os casos em saúde mental considerados de gravidade leve ou moderada. Um caso que não tenha perfil para o CAPS, mas exige uma certa atenção, muito provavelmente ele não receberá a atenção devida no ACE. Desde do desmonte da equipe do NASF no município, o ACE tem sido visto como a principal oferta de cuidados especializados para usuários com quadros de baixa gravidade". (GF-AE)

Os dois grupos comentam que o Ambulatório Central de Especialidades (ACE) ter se tornado o serviço de referência traz prejuízos importantes tanto para os fluxos da rede, quanto para o cuidado ofertado. Trazem que o serviço funciona de modo fragmentado, não orientado para o trabalho de equipe e com dificuldade no gerenciamento dos encaminhamentos e organização das referências e contrarreferências. Contam que a fila de espera é grande, gerando um importante gargalo e dificultando o acesso em tempo oportuno. Os profissionais da AB apontam também para dificuldades com a central de regulação na compreensão da avaliação de risco nas situações de saúde mental. Somando-se a isso, os profissionais da AE, apontam para a dificuldade na discussão de casos, que quando acontecem são por vínculos pessoais e por uma prática institucional.

"Em relação ao Ambulatório Central de Especialidades (ACE) avaliamos que ele deixa a desejar, tanto no que diz respeito a sua inserção na rede assistencial, quanto no que tange a

sua própria dinâmica de funcionamento. É um equipamento que consideramos como afastado, isolado, solitário, ensimesmado, tendo a rede dificuldade de acessá-lo, de se comunicar e até de saber quem lá trabalha. Também há dificuldade de compreender como lá se dá o processo de trabalho e o quanto está orientado para as diretrizes do SUS". (GF-AE)

Os trabalhadores percebem que, por conta desse vazio assistencial, o seguimento dos usuários fica comprometido. Os profissionais da AE relatam que casos estáveis encaminhados ao ambulatório voltaram a agudizar por descontinuidade do acompanhamento. Os trabalhadores da AB corroboram essa percepção: *"Com a demora na oferta da assistência adequada os casos se agravam e a intervenção necessária se complexifica" (GF-AB).* Ambos relatam sobre encaminhamentos da rede às clínicas escola de psicologia no intuito de mitigar o risco de desistência, o grupo da AB diz contar com estagiários de psicologia nas unidades também em alguns períodos do ano.

Em relação à atenção à crise em saúde mental, ambos os grupos se queixam da retaguarda dos serviços hospitalares e dos serviços de urgência e emergência, identificando barreiras desde a estrutura física até o preparo técnico das instituições para que ofereçam suporte às demandas de saúde mental. Há percepção de sobrecarga dos demais serviços por conta desse despreparo.

"Em relação a rede de urgência e emergência também vivemos um cenário complicado. A Santa Casa parece não fazer parte da rede, sua participação na RAPS deixa muito a desejar. Percebemos dificuldade de uma melhor costura no processo de alta hospitalar. Antes da pandemia já chegamos a ter dois leitos disponíveis, mas um deles era inadequado, o chamávamos de celinha, pois tinha grades, cadeado. Seria importante reavermos pelo menos um leito em condições dignas". (GF-AE)

"A UPA por sua vez tem dificuldade de realizar um primeiro atendimento efetivo e muitas vezes não oferece nem os cuidados mínimos, tem plantonistas que não medicam casos de saúde mental e se não há psiquiatra no CAPS, muitas vezes, o caso vem parar nos postos de saúde. Se a médica clínica da ESF pode prescrever, porque o plantonista já não o fez?". (GF-AB)

Os profissionais do CAPS relatam boa relação com a assistente social da UPA e trazem que tal parceria é muito proveitosa, quando ela está presente. No entanto, percebem não se tratar

de uma parceria com a instituição e sentem-se sem suporte quando ela não está. É mencionado também boa relação e abertura para discussão de casos entre a psicóloga da Santa Casa e os CAPS. O grupo focal da AE sinalizou que seria interessante ter os profissionais da rede de urgência e emergência participando das reuniões de apoio matricial. De modo complementar pontuam dificuldades ainda maiores no desenvolvimento do trabalho em conjunto com a da rede intersetorial, como no caso da assistência social.

5.6 A Rede Assistencial e o Lugar da Saúde Mental

Os trabalhadores de ambos os grupos percebem que o trabalho em rede e articulado entre diferentes serviços e níveis assistenciais é fundamental para a integralidade do cuidado e gostariam de poder identificar mais parcerias. O grupo da AB destaca que essa desintegração prejudica a resolutividade e a oferta de atenção em saúde. Somando-se a isso, o grupo da AE aponta que o acesso do usuário a outros pontos de atenção, assim como os intercâmbios entre os serviços, fica prejudicado pelo desconhecimento sobre a rede e também pelo funcionamento hermético e pouco permeável de outros equipamentos.

"Isso nos deixa triste porque muitas vezes nós vemos caminhos para possíveis resoluções, mas trabalhamos em rede, dependemos da atenção especializada para a integralidade do cuidado e nem sempre o outro serviço vai enxergar da mesma forma e nem sempre poderá responder a demanda." (GF-AB)

"Na maioria das vezes não ficamos sabendo sobre quais ofertas terapêuticas tem cada unidade. Isso deveria ser mais claro para nós e para toda a rede. Esse desconhecimento torna difícil pensar em outras possibilidades de seguimento terapêutico em saúde mental para além daquelas ofertadas pelo trinômio: AB-ACE-CAPS. No CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher), por exemplo, soubemos recentemente que há oferta de psicoterapia para algumas mulheres, mas não sabemos quais os critérios para o acompanhamento nem sobre como acessá-lo. É como se girasse do CAISM para o CAISM." (GF-AE)

Os grupos sinalizam a importância do papel da gestão na organização dos fluxos assistenciais e na articulação da rede. Os participantes da AB alertam para possíveis consequências danosas frente a desintegração da rede, como a culpabilização de profissionais e serviços, bem como a desassistência ao munícipe.

"Percebemos a ausência de uma gestão que desempenhe papel de coordenação perante a rede, os fluxos, a comunicação e a articulação entre os diferentes serviços de saúde." (GF-AE)

"Acreditamos que construir uma rede de saúde mental é um desafio para qualquer município, mas se a gestão não abraça essa causa, o cuidado não se torna efetivo e o que vemos é esse jogo de empurra. O que é péssimo para o paciente, que muitas vezes não tem condições financeiras ou uma rede de apoio que o ajude nesse itinerário, ainda mais nesse momento social tão delicado que vivemos. E também péssimo para serviços, pois uma vez que não há corresponsabilização, procura-se um culpado quando as coisas dão errado e geralmente somos nós da Atenção Básica os responsabilizados." (GF-AB)

Os grupos compartilham a percepção de que não há uma valorização do cuidado em saúde mental pela gestão e tampouco investimentos na área, algo que consideram lamentável tendo-se em vista sua relevância e a maior vulnerabilidade da população com demandas de saúde mental.

"Percebemos que por vezes a saúde mental não tem prioridade. Parece que tudo que não é palpável é desvalidado, se não há um exame de sangue que comprove que algo não vai bem, você passa despercebido." (GF-AB)

"Além disso, percebemos dificuldades em relação a recursos financeiros e materiais. O que vem pra nós costuma ser usado, remendado, já ter passado pela rede inteira. O descuido parece se apresentar em nível material também." (GF-AE)

"Percebemos que os usuários de saúde mental costumam ter muita dificuldade em acessar outros pontos da rede e por isso mesmo, considerando-se o princípio da equidade, deveriam ser uma população priorizada." (GF-AE)

Os trabalhadores da AB apontam a importância do município poder implantar um CAPS de funcionamento 24h, com equipe completa e presença diária de psiquiatra, de modo a poderem ampliar as possibilidades de oferta de cuidado e cobrir o período noturno, visto como crítico por esses profissionais.

"O sofrimento mental, o surto, a tentativa de suicídio não têm dia e nem horário para acontecer, por isso que é necessário ter alguém ali o dia todo. Lá precisa ser o local em que o paciente possa sentar, chorar, falar da vida e ter alguém disponível para ouvir em qualquer momento. (...) Não podemos contar que a pessoa que está em um sofrimento extremo terá condições de esperar o serviço abrir ou voltar quando tiver agenda disponível." (GF-AB)

O grupo da AE entende que apesar de toda a precariedade e dificuldade encontradas deve-se seguir lutando e buscando um caminho, já que "fechar os CAPS não é uma opção" *(GF-AE).* Alertam que perseguir uma utopia e a busca por condições ideais, pode representar um risco, já que soluções simples e medidas de baixo custo facilmente inseridas no cotidiano de trabalho podem ser ofuscadas e passarem despercebidas. Fazem sugestões:

"Algumas medidas administrativas poderiam facilitar o fluxo de usuários entre os serviços e o acesso a diferentes modalidades de cuidado. A pactuação de agendas abertas compartilhadas com a AB, por exemplo, poderia favorecer um encaminhamento qualificado e evitar desgastes. (...) De modo que estratégias para otimizar a comunicação seriam fundamentais. Se a gente tem como fazer a vacina chegar na temperatura certa de um lado pro outro, com a informação também dá pra fazer isso." (GF-AE)

5.7 Percepção sobre trabalho em saúde e considerações sobre a saúde mental do trabalhador: o cuidado passa por nós

Ambos os grupos falam sobre as expectativas irreais endereçadas ao trabalho que realizam e sentem-se cobrados por ofertarem todo tipo de cuidado em um único serviço prescindindo da rede assistencial.

"Nós somos da Atenção Primária e o paciente nunca deixa de ser nosso, no entanto não temos como dar conta de todas as suas necessidades de saúde e por vezes parece que é isso que esperam de nós." (GF-AB)

"Sentimos, por vezes, que os outros serviços esperam que o CAPS possa se responsabilizar por todas as necessidades de saúde do usuário." (GF-AE)

Os trabalhadores dos CAPS relatam buscarem explicar de que há uma razão para não se ter tudo nos CAPS e falam da importância do usuário poder circular pela rede. Percebem que há preconceito em relação ao campo da Saúde Mental e notam desconhecimento e desinteresse de outros pontos da rede para compreenderem a especificidade do cuidado em saúde mental e as origens dos serviços substitutivos. O que leva a dificuldade na corresponsabilização e também a sensação de solidão.

"Não percebemos interesse dos demais serviços em saber como é o nosso trabalho, os motivos pelos quais buscamos trabalhar segundo os princípios antimanicomiais, nem porquê serviços como os CAPS existem." (GF-AE)

"A maneira como os usuários são referenciados para nós demonstram, por vezes, a expectativa de que nós tivéssemos as soluções para os problemas." (GF-AE)

"Nos sentimos sozinhos, pois não vemos que a sociedade e os outros setores possam lutar conosco por melhores condições de trabalho, por mais profissionais." (GF-AE)

Falam sobre o desafio de promover o cuidado em saúde mental desse modo isolado e em precariedade de condições. Trazem sobre a percepção de cobranças próprias, do serviço e da rede e sobre como elas os afetam. Compartilham sobre o sofrimento por essas expectativas excederem suas possibilidades humanas.

"Trabalhar sem uma rede engajada e com uma equipe menor que a mínima, num setor tão complexo, chega a ser sub humano. Há um descompasso entre o que a gente pode fazer e a atenção que deveria ser dada. Então tentamos fazer um milagre. Fazer o que é impossível. Por todos os lados, sentimos uma exigência muito grande, de fontes internas e externas. Sentimos que deveríamos ser super-homens e super-mulheres." (GF-AE)

"Por vezes sentimos que estamos apenas enxugando gelo, o que é frustrante quando se quer o melhor para o paciente." (GF-AE)

Os trabalhadores da AB trazem as repercussões da pandemia em seu trabalho e sua saúde e falam da situação limítrofe a que foram levados. Contam com sofrimento da alta exigência a qual sentiram-se submetidos e do pouco suporte com que puderam contar para dar

conta dela. Compartilham sobre o medo que sentiram e sinalizam sobre a falta de reconhecimento, de valorização e a sensação de injustiça que experimentam.

"Sentimos que muitas vezes nosso trabalho não é reconhecido, nem pela rede, nem pelo paciente e às vezes nem pelos nossos pares. Durante a pandemia, por exemplo, muito se exigiu de nós, mas foi dado pouco respaldo e pouca proteção. Trabalhamos na linha de frente naquele momento em que tudo ainda se desconhecia sobre a doença. Faltou muito recurso, havia momentos em que nada podíamos fazer, além de acompanhar as mortes no cotidiano do serviço e na televisão. A vontade era de chorar, tínhamos medo de pegar a doença e contaminar nossos familiares. Por vezes passávamos cerca de 8h seguidas paramentados com os EPIs, fazendo mais de 100 testes por dia. Para algumas de nós seria desejável apagar essas lembranças da memória. Foi horrível. A vinda da pandemia não piorou apenas a saúde mental dos pacientes, mas a dos profissionais também." (GF-AB)

"Há quem entre nós sinta, em alguns momentos, que está no limite. Algumas coisas que contribuem para isso são atitudes desrespeitosas que alguns pacientes têm para conosco e a ausência de suporte da equipe nessas situações. Seria necessário defender os seus pares, reconhecendo seu valor e ajudá-los a colocar limites na agressividade do outro. Frente a essas situações, por vezes a sensação é de injustiça e a vontade é de poder falar coisas como "Trabalhamos tanto por você, pela sua família, pela família de várias pessoas, como pode falar isso de nós que fizemos tanto?" ou "Você presenciou tudo, como pôde não falar nada, não nos defender? Você mais do que ninguém deveria falar calma senhora. Me senti uma nada ali". (GF-AB)

Houve entre os trabalhadores quem passou por um afastamento em decorrência de intenso sofrimento psíquico após ter trabalhado à exaustão no período mais crítico da pandemia. Teve também profissional que ficou afastado por conta de pertencer ao grupo de risco que experimentou o sentimento de dívida com a equipe que havia ficado e passou a trabalhar ao extremo no retorno como forma de compensação.

Ambos os grupos trouxeram que o trabalho em saúde envolve grande responsabilidade e alta carga emocional por lidar com o sofrimento e situações complexas, muitas vezes, não solucionáveis. Apontam a importância de se investir nas condições de trabalho e na promoção da saúde do trabalhador, compreendendo que dela depende toda a produção de saúde.

"É desgastante trabalhar desse modo por muito tempo, o stress é grande. Nosso trabalho envolve grande gasto de energia, ouvimos muitas coisas e temos que lidar com situações muito pesadas, a responsabilidade é grande. Por vezes vemos profissionais estafados pedindo transferência. Procuramos manter um ambiente bem descontraído para compensar um pouco. Os profissionais precisam de cuidados também." (GF-AE)

"Não é fácil gerenciar o stress, a demanda, a frustração e por vezes as coisas se acumulam. Não estamos presentes apenas no momento em que uma criança nasce, mas também estamos ali no momento da dor, do sofrimento, da perda. Nós nos envolvemos e queremos ofertar o melhor para o paciente e fazer valer os princípios do SUS. Mas percebemos que trabalhar em saúde é trabalhar com a nossa saúde, o cuidado passa por nós. Se não pudermos cuidar de nós, não conseguiremos oferecer um olhar para mais ninguém. Sentimos que não há uma preocupação para que essas condições de trabalho sejam asseguradas. Não há promoção da saúde mental do trabalhador, a carga horária é elevada, não há grupos como este, em que possamos falar e ser acolhidas sem julgamento." (GF-AB)

O grupo da AB pontua a importância de que os profissionais possam contar com apoio psicológico ou com espaços nos quais possam conversar livremente sobre esses assuntos. Compartilham que alguns deles fazem psicoterapia e utilizam psicotrópicos. Trazem que trabalhar em saúde demanda um difícil aprendizado entre potência e limite, envolvimento e separação.

"Há certa dificuldade em encontrar a medida exata do quanto é possível doar de si sem se expor ao risco de machucar-se e sentir dor. Há uma linha tênue, uma questão de espessura da barreira para que a proteção não se torne insensibilidade e frieza. É algo delicado, como sentir e envolver-se o suficiente para se importar e cuidar, mantendo a distância certa para não sucumbir?" (GF-AB)

Trazem que esse aprendizado se torna ainda mais importante pois, em geral, gostam do que fazem, apesar de perceberem que há um declínio na realização profissional à medida que convivem com algumas situações do cotidiano e com a precariedade das condições de trabalho. Procuram ressignificar o lugar do trabalho em suas vidas e as expectativas para com ele, os profissionais mais experientes compartilham de seu próprio percurso numa postura solidária e acolhedora.

"As que dentre nós já estão há mais tempo nos serviços entendem que é algo realmente difícil de aprender, mas possível e necessário. Compartilham da importância de se ater ao que está dentro do nosso alcance e procurar oferecer o melhor dentro de nossas possibilidades, reconhecendo que haverá um limite. Reconhecem que esse amadurecimento não se dá de forma homogênea e por vezes alguns assuntos se tornam tranquilos, enquanto outros ainda são mais difíceis de serem digeridos. Dizem que com o tempo ficamos mais espertas e aprendemos a filtrar. Trazem também a compreensão de que o trabalho é só nosso trabalho. A nossa vida é também fora daqui, na nossa casa, onde encontramos amor. Trazem da importância de encontrar um local em que a gente se sinta acolhida, seja em nossa família, nas conversar entre os pares, em atendimento com um profissional. O necessário é encontrar alguém que nos ouça." (GF-AB)

6. Discussão

6.1 Educação Permanente, Sustentabilidade e Formação

Após um ano do término das ações de implementação, vê-se ainda avaliações positivas e percepções de mudança no cotidiano de trabalho pelos trabalhadores, sendo os Encontros de Educação Permanente destacados dentre o processo realizado. Diversos estudos apontam para a importância da Educação Permanente em saúde, uma vez que se reconhece as formações curriculares como deficitárias (Emerich e Onocko-Campos[61], 2019; Gama et al.[62], 2021; Furtado e Campos[63], 2005; Shimoguiri[16], 2019). As instituições de ensino, no geral, pouco assimilaram das discussões trazidas pela Reforma Psiquiátrica em suas grades curriculares, assim como conteúdos voltados ao Modelo Psicossocial e o trabalho em redes poliárquicas. Majoritariamente profissionais aprendem práticas e intervenções correspondentes ao modelo hegemônico que traz como objeto de trabalho o indivíduo e sua doença. Emerich e Onocko-Campos[61] q2019) pontuam ainda a acentuada compartimentalização do ensino, a verticalidade na transmissão de conhecimento e o incentivo à especialização precoce dos alunos. Mesmo profissionais tidos como especialistas, como psiquiatras e psicólogos, não estão livres deste direcionamento em sua formação.

Desde o início dos movimentos da Reforma Sanitária e a constituição do SUS, a questão da formação profissional tem sido uma preocupação, ocupando espaço de discussão nas conferências nacionais de saúde e já se fazendo presente na própria legislação do SUS. Diversas foram as estratégias, disparadas pelo campo da Saúde Coletiva, voltadas a superar os descompassos entre o encontrado nos centros formativos e as práticas preconizadas. Como formas de enfrentamento pioneiras pode-se citar em 1981 o Programa de Integração Docente Assistencial 1IDA), seguido pelo Projeto UNI no início dos anos 90. Ambas as iniciativas uniram-se criando a Rede Unida, objetivando a articulação entre academia e serviços de saúde, a multidisciplinaridade e o fortalecimento dos componentes curriculares (Carvalho e Ceccim[64], 2006; Dias et al.[65], 2013).

Considera-se que a articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação foi tardia, mas progressiva. Em 2001, os ministérios elaboraram em parceria a primeira resolução com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da Saúde, com orientações para a construção dos projetos político pedagógicos e da grade curricular pelas Instituições de Ensino Superior (Costa et al.[66], 2018). Segundo Dias et al.[65] (2013), a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003 incentivou a aproximação estratégica entre saúde e educação, fortalecendo a reorientação da formação profissional em saúde. A partir

dela foram desenvolvidas iniciativas como o VER-SUS e o AprenderSUS, entre 2003 e 2004, com o objetivo de fomentar vivências e estágios, assim como reforçar a integralidade como eixo comum nas diferentes formações profissionais. Em 2005 lança-se a Portaria 2.118 numa estruturação da parceria entre os ministérios voltada à cooperação técnica para o desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, culminando no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Cabe mencionar também o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) introduzido em 2007, visando o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade (Dias et al.[65], 2013).

Dentre as ações interministeriais vale destacar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil[67], 2004), de fevereiro de 2004, por ocupar um papel transversal no que diz respeito à articulação de estratégias destinadas a realizar mudanças nos processos educacionais em saúde. Tal proposta, diferentemente de outras, traz como objetivo a qualificação da atenção e a formação continuada dos trabalhadores e gestores da saúde que atuam em um território, entendendo que o processo formativo segue no cotidiano de trabalho, mesmo após a graduação ou outras formações tradicionais (Dias et al.[65], 2013).

Para Carvalho e Ceccim[64] (2006), o diploma não é condição suficiente para a garantia da qualificação necessária. Segundo os autores, faz-se imprescindível que o profissional desenvolva conhecimento relacional e social inerente à construção do cuidado, assim como domine a habilidade de formular, avaliar e coordenar políticas e práticas nos serviços de saúde. Emerich e Onocko-Campos[61] (2019) consideram que o processo formativo deve considerar os aspectos subjetivos, coletivos e institucionais, tendo-se em vista a complexidade do trabalho em saúde e em rede. Os autores entendem como fundamental a garantia de espaços de trocas em que seja possível identificar e refletir sobre esses diferentes aspectos. Por vezes esses espaços são escassos, muito embora costumem ser valorizados pelos trabalhadores, como no caso do município sede da presente pesquisa.

Tanto os trabalhadores da AB, quanto da AE afirmaram benefícios adquiridos para sua prática pessoal e ampliação de conhecimento. Reconheceu-se que aprendizados puderam ser transferidos para a prática cotidiana nas ESFs, auxiliando na identificação e resolução de condutas, além de contribuir para a desestigmatização dos usuários. Mostrando-se com conquista importante, uma vez que a literatura traz que é comum que fatores como preconceitos e o sentimento de despreparo para lidar com situações de saúde mental representem barreiras para a inserção da saúde mental na atenção básica (Figueiredo e Campos[38], 2009).

Vale destacar que os ACS foram uma categoria profissional que participou massivamente dos Encontros de Educação Permanente do projeto “Entre Redes”. Os ACS

participantes da presente pesquisa estiveram entre os profissionais que mais perceberam aquisições de conhecimento para seu trabalho em saúde mental e melhor avaliaram os encontros. Tal resposta mostra-se significativa, uma vez que a literatura alerta para uma ausência de processos formativos destinados a esse público, apesar da necessidade que manifestam por receber melhor preparo para lidar com situações tão complexas, como as de saúde mental (Saffer e Barone[68], 2017; Cabral e Albuquerque[69], 2015).

Cabral e Albuquerque[69] (2015) compreendem que essa necessidade se dá por conta de que o trabalho dos ACS se baseia majoritariamente no saber empírico e afetivo construídos a partir da cultura em que estão inseridos. Entendem que apesar da sua inserção comunitária e do seu capital social e relacional serem fundamentais à ativação das potências do território, faz-se necessário que também possam ter acesso aos conhecimentos científicos, ocupando assim um lugar fronteiriço. Ao somarem os conhecimentos populares aos científicos, os ACS qualificam sua prática, afastam-se de armadilhas moralizantes presentes na cultura e ampliam sua resiliência frente ao sofrimento, uma vez que passam a ter mais recursos para entendê-lo.

Percebeu-se também que os Encontros de Educação Permanente foram muito proveitosos aos profissionais recém chegados aos serviços de saúde mental. Algo que pode nos levar a refletir sobre como tem se dado a inserção de trabalhadores em equipamentos como os CAPS, que apresentam especificidades importantes. O modo como se dá a admissão de trabalhadores da saúde aparece como uma questão que transcende as barreiras de um único município e mostra-se como um desafio para a consolidação do SUS e da RAPS a nível nacional. Remete tanto a discussões mais pragmáticas, como a realização de concursos públicos específicos para áreas da saúde ou treinamento para novatos, até problematizações estruturais como a que faz Campos[70;71] (2018; 2022) ao propor a construção de carreiras nacionais como estratégia para possibilitar a reconfiguração do trabalho no SUS. De acordo com o autor, essas carreiras seriam organizadas pelas grandes áreas temáticas do sistema como Saúde Mental, Atenção Básica, reabilitação física, urgência/emergência, dentre outras e contribuiria para a valorização e desenvolvimento dos trabalhadores.

Para além da aprendizagem obtida através de espaços de Educação Permanente, profissionais da AE apontam para o aprendizado que se dá no cotidiano de trabalho como uma grande fonte de conhecimento. Trazem que as trocas com colegas mais experientes têm um papel fundamental na construção de seu próprio trabalho. A literatura corrobora essa perspectiva e considera como de fundamental importância esse aprendizado que se dá no cotidiano (Garcia[72], 2001). Ele permite a compreensão do território, dos fluxos, do processo de trabalho, dos maneirismos institucionais pertinentes àquele equipamento, além de favorecer as

parcerias entre a equipe. No entanto vale considerar a qualidade dos conhecimentos que estão sendo transmitidos e compreender o quanto que os profissionais mais experientes têm podido contar com espaços onde possam refletir sobre suas práticas, caso contrário concepções não orientadas ao modelo psicossocial podem ser difundidas sem que o receptor tenha condições de compreender a que se orientam.

> Para garantirmos que a reforma psiquiátrica avance para além da simples implementação de novos (e mais) serviços, precisamos ter um quadro de profissionais imbuídos de uma postura profissional profundamente distinta do modelo anterior. Sobretudo se considerado o fato de que as novas modalidades de atenção em saúde mental não se resumem a novas técnicas de tratamento, mas constituem outra política, uma ética de inclusão (Furtado e Campos[63], 2005, p.113).

É de grande importância a atenção ao trabalhador e aos agenciamentos que tem podido estabelecer, uma vez que segundo Furtado e Campos[63] (2005), a convivência com a loucura não é simples nem fácil e há uma tendência a repetição do modelo hegemônico enraizado e por anos repetido no campo da Saúde Mental. Emerich e Onocko-Campos[61] (2019) corroboram sobre o importante papel que o trabalhador desempenha na construção da atenção psicossocial, já que "a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem nos trabalhadores uma das principais forças motrizes de sua constituição, sustentação, crítica e transformação" (Emerich e Onocko-Campos[61], 2019, p.12).

Para além da qualificação relativa à prática pessoal e em equipe dentro de um equipamento, os trabalhadores da AE, propõem a importância da preparação para o trabalho em rede e pensado de modo coletivo. A frase presente na narrativa do GF -AE "*Assim, nos preparamos para sermos profissionais da rede e não apenas dos serviços"* demonstra uma compreensão nada trivial e que vai ao encontro de pensar uma nova modalidade de atenção em saúde mental. Essa percepção correlaciona-se com a lógica proposta pelas Redes de Atenção à Saúde e suas redes temáticas, como a Rede de Atenção Psicossocial, e demonstra o entendimento de que o cuidado se constrói em rede. Do mesmo modo que a ânsia relatada por espaços de fóruns e pelo contato com outros municípios como forma de instrumentalizar a avaliação e a inovação demonstra compreensão dos grandes desafios trazidos por Furtado e Campos[63] (2005) ao se revolucionar uma política e uma ética de cuidado e indica uma percepção da Educação Permanente em Saúde como apenas um dos elementos fundamentais.

> A formação de profissionais em serviços é uma alternativa importante e necessária. No entanto, nossa prática cotidiana tem evidenciado que a "formação permanente" ainda que imprescindível é insuficiente na geração de novas posturas éticas, de um novo posicionamento e abertura diante daquele que padece de grande sofrimento psíquico (Furtado e Campos[63], 2005, p.114).

Furtado e Campos[63] (2005) trazem que a efetividade da reorientação do modelo assistencial, político e ético está entrelaçada a diversos fatores além da Educação Permanente. Salientam que a avaliação sistemática das novas práticas deve fazer parte do processo de trabalho, bem como a inclusão da perspectiva dos usuários em todas as ações. Trazem também a importância de uma gestão alinhada com a perspectiva antimanicomial e orientada a horizontalidade, às práticas democráticas e a desburocratização. Não deixam de pontuar a importância de uma mudança cultural tanto no que diz respeito ao imaginário social sobre a loucura, quanto na responsabilização da sociedade ao reverter as práticas asilares e segregadoras que tem promovido ao longo dos séculos.

A ampla gama de aspectos a serem considerados na efetivação da Reforma Psiquiátrica traz a dimensão processual e multifatorial da mesma. As contribuições que pesquisas, projetos e ações podem trazer, embora parciais, cumprem importante papel nesse caminhar, seja constatando suas conquistas ou descompassos. Nesse sentido, apesar dos ganhos correspondentes ao âmbito pessoal e de equipe, apenas o grupo da AE sinalizou percepção de melhora na integração da rede, principalmente no que se refere à relação com a AB, com melhora no estabelecimento de fluxos e na qualificação dos encaminhamentos. Embora reconheçam que ainda há muito o que ser feito no sentido da integração de rede. Aqui vale apontar que, muito embora a organização dos fluxos e os processos de encaminhamento efetivos sejam pertinentes ao bom funcionamento do sistema de saúde e da rede assistencial, eles não se configuram propriamente como uma prática de cuidado compartilhado. Para tanto, espera-se que haja uma corresponsabilização clínica e sanitária, assim como o compromisso para discussão e reavaliação do acompanhamento longitudinal dos casos (Oliveira e Campos[42], 2015).

Tais devolutivas também abrem debates sobre ângulos diversos e demandas próprias que podem divergir entre especialistas e generalistas. Para a especialidade, por exemplo, receber encaminhamentos com critérios e bem realizados otimiza seu trabalho, assim como poder contar com uma AB que entende as potencialidades e limitações dos CAPS nessa rede e compreende que o cuidado em saúde mental não é exclusividade desses serviços. Por outro lado, talvez os profissionais da AB sigam sentindo-se desamparados na lida com as questões de saúde mental, com dificuldade no contato com demais pontos da rede e na construção do

cuidado compartilhado. Em ambos os grupos focais ficou evidente o desejo por uma melhor integração na rede e entre os serviços, como modo de sentirem-se menos solitários e mais amparados para o manejo da complexa demanda que chega aos serviços. Os especialistas também demonstram o desejo de poder incluir e ensinar outros serviços sobre o campo da Saúde Mental. Uma disposição preciosa e favorável para ações como as correspondentes às práticas de Apoio Matricial.

Ambos os grupos focais também convergiram ao elencar a rotatividade de profissionais da AB como um dos principais entraves frente às conquistas referentes ao processo de trabalho ou ao bom funcionamento da rede assistencial, trazendo desafios à sustentabilidade da implementação realizada. A rotatividade na AB, segundo a literatura (Gomes e Rosa[73], 2016; Medeiros et al.[74], 2010), vem sendo um grande problema enfrentado em muitos municípios brasileiros e traz prejuízos importantes à longitudinalidade do acompanhamento, à vinculação ao território e a fragilização das equipes e das redes. Dentre os motivos elencados para tal cenário, destacam-se a insatisfação do profissional que pode estar relacionada a diversas causas como a precarização das relações de trabalho, as más condições de trabalho, o pouco reconhecimento no cargo, a expectativa de atingir outro patamar nas suas carreiras, o estilo de gestão autoritário, dentre outras. São apontados como fatores protetivos à rotatividade usufruir de autonomia, suporte da gestão e possibilidades de educação continuada (Gomes e Rosa[73], 2016; Medeiros et al.[74], 2010). Campos[20] (2005), além da proposição das carreiras nacionais também pontua a importância da reinvenção da gestão do trabalho em saúde no sentido de desburocratizar, desalienar e humanizar o trabalho em saúde, considerando as motivações e envolvimento dos trabalhadores.

Embora a questão não tenha sido levantada pelos participantes e não seja tão explorada pela literatura, vale destacar a grande rotatividade de secretários de saúde vista no município. Alguns estudos identificam que a rotatividade de gestores municipais tem sido frequentemente observada e apontam para os principais problemas trazidos por essa instabilidade institucional: a descontinuidade das ações, o desafio na sustentação de práticas avaliativas e propositiva de mudanças, e a dificuldade de sustentação no planejamento para a Educação Permanente (Gonçalves[75], 2019). Não se encontrou, em pesquisas anteriores, hipóteses sobre a causa de tal impermanência no cargo. Talvez, para além das mudanças no governo das prefeituras que podem resultar na troca dos ocupantes de cargos de confiança, a privatização em curso do setor saúde possa também desempenhar um papel nisso. Essa concepção surge de uma certa percepção de que tem sido exigido dos Secretários de Saúde, cada vez mais, o desempenho de uma função administrativa, com gestão de contratos, convênios e compras de serviço, em

detrimento da função técnica. Assim o processo de terceirização acaba por atingir a própria estrutura de gestão maior da Secretaria de Saúde e fragilizar o seu cargo mais estratégico para a efetivação da política pública. Talvez futuros estudos possam trazer mais clareza sobre essas questões tão importantes.

6.2 A Saúde Mental na Atenção Básica

A descentralização da Saúde Mental para os territórios é preconizada pela Reforma Psiquiátrica e visa vincular a assistência com o território e com a rede social, contribuindo para a superação do paradigma asilar (Figueiredo e Campos[38], 2009). Segundo Gama et al.[62] (2021) a integração da Saúde Mental na Atenção Básica contribuiu para a acessibilidade do cuidado, a aceitabilidade pela comunidade e a promoção de equidade ao construir o cuidado a partir da identificação de vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário e de cada território. Paiva[76] (2015) afirma que o vínculo, a longitudinalidade, a escuta qualificada e o acolhimento, quando bem realizado, são ferramentas essenciais para um cuidado na AB que leve em consideração os aspectos correspondentes à saúde mental e à subjetividade dos usuários.

O Grupo Focal da AB, nessa perspectiva, concorda com o carácter estratégico que ações de saúde mental tem nesse nível assistencial, compreendendo-o como porta de entrada para todas as necessidades de saúde. Os trabalhadores trazem que as ações de saúde mental na AB contemplam um amplo espectro, indo desde ações de prevenção, promoção, manejo clínico e situacional até a atenção à crise. Compreendem que a atuação em saúde mental pela AB se dá, em grande medida, a partir do vínculo estabelecido com os usuários e da integração da própria equipe, de modo a defenderem tanto os esforços para a construção de vínculos com a população adscrita, quanto práticas horizontais e não hierárquicas dentro das equipes, considerando a importância do gerenciamento das diferenças entre seus membros. Vêm como uma potência a promoção da saúde mental através da inclusão de temáticas próprias do campo nas ações programáticas.

Também não deixam de sinalizar a importância de o profissional adotar uma postura ativa frente a população com demanda em saúde mental, numa perspectiva de garantia da equidade, uma vez que a aderência costuma ser um desafio. Correia et al.[77] (2011) endossam a relevância desse posicionamento, entendendo como essencial a realização de um acolhimento diferenciado à população com demandas de saúde mental, tendo em vista suas possíveis vulnerabilidades. Ambos os grupos demonstram preocupação com a oferta de cuidados clínicos a essa população, para além do olhar em saúde mental, e identificam grande potência da AB

possibilitar-lhe o acesso. A literatura reforça a atenção necessária às questões clínicas, uma vez que não raro, verifica-se negligência nesse aspecto ao reduzir-se o usuário à categoria de doente da mente e não do corpo, trazendo diversos prejuízos a sua saúde e diminuição da expectativa de vida dos mesmos (Treichel e Campos[78], 2022).

Os profissionais da AB compartilham sobre a grande demanda diária de cuidados em saúde mental que chega às unidades. De acordo com estudos realizados, as queixas psíquicas estão entre os maiores motivadores de busca por atendimento na AB e, pelos dados obtidos, cerca de 56% das equipes referem realizar ações de saúde mental (Brasil[79], 2003). Somando-se a esse cenário, os trabalhadores da AB apontam para um importante aumento das demandas de cuidado em saúde mental após a pandemia da COVID-19, ao ponto de identificarem o sofrimento psíquico como “a doença do momento". Percebem também que tal demanda vem associada a dificuldades nas condições sociais de vida da população e relacionam-se ao desemprego e à perda de inscrição em convênios particulares de saúde.

Vários estudos vêm buscando compreender esse fenômeno de dimensões mundiais. Num cenário de intensificação do medo, do estresse e dos altos níveis de ansiedade desencadeados nos períodos pandêmicos, mostra-se notório o aumento de transtornos psíquicos na população em geral, bem como o agravo de casos pré-existentes. (Figueiredo et al.[80], 2021). Associado fortemente ao impacto psicossocial está o grau de vulnerabilidade em que as pessoas se encontram, de modo que, segundo Oliveira et al.[81] (2020), a pandemia teve importantes repercussões no Brasil, evidenciando a grande desigualdade social presente no país. Algo que se torna ainda mais alarmante considerando-se a constatação de Castro-de-Araújo e Machado[82] (2020) sobre o país não ter se preparado para o enfrentamento das consequências previsíveis no âmbito da saúde mental.

Uma resposta ao sofrimento que tem sido largamente utilizada na AB é a prescrição de psicotrópicos. Segundo Campos et al.[14] (2011), a maioria dos profissionais desse nível assistencial, em um estudo realizado, identifica um excesso no uso de medicamentos com efeitos psicoativos. Para os autores isso demonstra a influência de uma psiquiatria de cunho biologicista com fins a docilização dos corpos e não a emancipação e a transformação daquilo que leva ao sofrimento. Molck et al.[83] (2021) alertam que o consumo excessivo de psicotrópicos no contexto da Atenção Básica indica uma medicalização do social em curso no país. Sofrimentos comuns relacionados a condição de vida acabam por ser interpretados como doença e tratados como questões médicas, ignorando-se os fatores sociais, históricos, psicológicos, culturais e ambientais que influenciam o surgimento dos sintomas. Os autores apontam para a prescrição massiva de psicotrópicos para queixas ligadas a papéis de gênero, ao

nervosismo, à vida atribulada, ao desemprego e à sobrecarga resultante da tentativa de conciliar demandas da vida pessoal com a rotina exaustiva de trabalho. Tal cenário os leva a afirmar que "o próprio ato de receber a receita médica e utilizar o psicotrópico pode atuar de maneira a desresponsabilizar e despolitizar o sujeito em relação a seu sofrimento" (Molck et al.[83], 2021, p.11).

Numa busca por compreender esse fenômeno os autores reconhecem que a lógica neoliberal o subjaz. A busca por produtividade e máxima rentabilidade estimula a procura por alta performance assim como imbuí a visão do corpo como "máquina" sujeita a correção e concertos com soluções únicas que pouco consideram a variação entre sujeitos e espaços distintos. Nota-se um aumento tanto no número de transtornos mentais convencionados pelos manuais diagnósticos, em especial o DSM - V, quanto uma ampliação do alcance em termos de espectro desses diagnósticos favorecendo às pessoas identificarem-se com eles e patologizar o que vivem. Molck et al.[83] (2021) sinalizam que a medicação acaba sendo colocada como um bem de consumo que ofereceria respostas a toda sorte de mazelas psíquicas, de forma que os "os psicotrópicos passaram de coadjuvantes a protagonistas" (p.3) no gerenciamento do sofrimento. Observam também uma reconfiguração na finalidade de seu uso, compreendendo que o que antes era utilizado para a remissão sintomática passa a ter a função de mediar conflitos, funcionar como válvula de escape ou levar a uma vida adaptada à lógica de mercado.

> Os psicotrópicos, na empresarização da vida e na cultura da ansiedade, são os recursos mais rápidos exigidos na busca pela felicidade plena e na eliminação imediata do sofrimento. Possibilitando que o sujeito se estimule ou se acalme para se manter competitivo, independente e em dia com suas obrigações sociais, as medicações são transformadas em vias de adaptação a um modo de vida no qual o bem-estar é uma norma que abrange tanto a saúde quanto o conforto. Medicaliza-se, então, a violência, a pobreza e a falta de oportunidades que, desconectadas da exclusão social e de uma vida sem perspectivas, reduzem sujeitos a seres estritamente biológicos, sem contexto, sem cultura e atemporais. A medicalização acaba cumprindo uma tarefa fundamental para a manutenção do que está posto na sociedade (Molck et al.[83], 2021, p.9).

Molck et al.[83] (2021) trazem que a lógica neoliberal também perpassa a lógica de funcionamento dos serviços e seu processo de trabalho. Afirmam que frequentemente a intervenção em Saúde Mental feita na AB acaba por restringir-se a prescrição de psicotrópicos, centrada na figura médica e baseada na manutenção da conduta. Os autores apontam que a produtividade exigida dos trabalhadores de saúde é determinante para o estabelecimento desse

cenário, uma vez que favorecem as consultas rápidas, os diagnósticos apressados, a pouca possibilidade de estabelecimentos de vínculo, o esvaziamento da relação médico-paciente e o uso escasso uso de tecnologias relacionais.

Em acordo com a literatura, os participantes do GF-AB percebem uma grande prescrição de psicofármacos em suas unidades e identificam uma generalização, cronificação e banalização em seu uso. Entendem que esteja relacionada à escassez de outras ofertas terapêuticas e também a questões culturais, muitas vezes expressando-se em pedidos na voz dos usuários. Salientam sobretudo a preocupação com a prescrição de benzodiazepínicos e com a renovação das receitas azuis. Como modo de enfrentamento a esse cenário um dos participantes sugere pertinentemente a adoção de práticas de educação em saúde, compartilhando que em sua unidade são realizadas palestras sobre o uso de medicamentos em parceria com o profissional farmacêutico e juntamente com a entrega de receitas.

A centralidade da resposta ao sofrimento psíquico no uso de medicamentos coloca o lugar ocupado pelo médico psiquiatra em destaque em relação à equipe multiprofissional. É trazido sobre dúvidas que os médicos clínicos da unidade têm acerca de condutas medicamentosas e também sobre a dificuldade de acesso à discussão com os psiquiatras dos CAPS. Sobre esta questão os profissionais da especialidade trazem que é difícil para alguns psiquiatras dos CAPS participarem das reuniões de Apoio Matricial por conta da pequena carga horária e grande demanda, mas afirmam disponibilidade para o contato.

Tal situação é relatada em outros estudos, que também apontam para o fato de que dificilmente os médicos generalistas participam das capacitações oferecidas (Campos et al.[14], 2011). Constatação interessante esta uma vez que foram poucos, apenas dois, os médicos generalistas que participaram dos Encontros de Educação Permanente oferecidos pelo projeto "Entre Redes", de acordo com os registros da pesquisa. Não houve participantes dessa categoria nos Grupos Focais do presente estudo, sendo a psiquiatra, a única médica presente nestes grupos.

Por outro lado, os pesquisadores do projeto "Entre Redes" relataram a presença dos médicos generalistas em grande parte das reuniões de apoio matricial em que participaram, com diferentes níveis de participação e engajamento. Algo que parecia afligir as equipes era a grande rotatividade desses profissionais, uma vez que vários dos médicos eram recém-formados e dentro de algum tempo deixavam o cargo, seja para fazer residência ou para assumir uma outra posição melhor remunerada. A formação médica e sua atuação na AB mostra-se como uma grande preocupação em várias pesquisas. Há estudos que discutem que o fortalecimento da AB depende diretamente da formação de médicos especialistas em cuidados primários e apontam

para uma necessária valorização da formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), tornando-a mais atrativa para os recém-formados (Izecksohn et al.[84], 2017). Para além da desvalorização da atuação generalista, considera-se que outra dimensão também responsável pela impermanência de profissionais nesses cargos é a discrepância entre o que é preconizado para a função e o que é exigido. Entende-se que o foco nas ações curativas e na produtividade, acompanhadas de redes de suporte deficitárias, descaracterizam a identidade profissional (Feliciano et al.[85], 2011).

Quando as ações curativas são priorizadas, o olhar para a doença ao invés do sujeito também o é. Para além da medicalização já referida, tal fenômeno pode levar a um eclipsamento de algo que é fundamental quando pensamos a saúde mental na AB: sua transversalidade. É fundamental que nesse nível assistencial a subjetividade possa ser compreendida como uma dimensão fundamental do viver e do adoecer humano, que deve ser levada em consideração em qualquer abordagem de saúde, evitando a concepção ilusória da divisão cartesiana entre corpo e mente (Hirdes[86], 2015). Percebeu-se uma tendência no grupo focal da AB de abordar casos com diagnósticos de transtorno mental ou em uso de psicotrópicos quando pensava-se na promoção de saúde mental e falou-se menos do sofrimento subjetivo que pode estar subjacente a qualquer necessidade de saúde e para o qual o profissional será convocado a responder, podendo ele permear a vacinação, o pré-natal, o hiper-dia, o acompanhamento do idoso, a consulta de rotina do diabético. De modo pertinente, o grupo focal da Atenção Especializada afirma: “saúde mental é saúde”.

Assim, o olhar para a saúde mental deveria ser transversal a todas as ações de saúde, possibilitando melhor compreensão sobre o processo de adoecimento e a sua relação com as condições de vida. Tal compreensão alinha-se ao Paradigma Psicossocial, uma vez que pode favorecer o reposicionamento do sujeito em relação à própria vida e não se voltar exclusivamente à supressão sintomatológica. No entanto, segundo Hirdes[86] (2015) a segregação da saúde mental ainda é muito comum na AB. A autora afirma que a inclusão de ações em saúde mental pode representar aos profissionais da AB um acréscimo na demanda e não a integrar ao trabalho pode constituir-se como uma ação defensiva em meio a sobrecarga. Sobrecarga esta ainda maior após o advento da pandemia, que deixou claro que a vulnerabilidade psíquica e o sofrimento pode se apresentar a qualquer humano a depender das condições em esteja colocado, seja ele usuário, trabalhador ou gestor.

Nesse sentido, os trabalhadores da AB, no geral, trazem limitações no que se refere a oferecer um atendimento que contemple o olhar para a saúde mental com tempo e qualidade dentro dos parâmetros que consideram ideais, uma vez que para além de perceberem equipes

diminuídas e sobrecarregadas nas unidades, notam um aumento da pressão por produtividade, uma vez que os valores pagos são relativos ao número de procedimentos realizados bem como de pessoas cadastradas. Tal percepção nos remete ao advento do Previne Brasil, pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que altera de forma estrutural a forma de transferência de recursos para os serviços da AB, adotando critérios de captação por pessoa cadastrada e do pagamento por desempenho. Além de contribuir para a lógica mercantil na política pública e a precialização da saúde, tal medida prejudica a atenção à saúde, principalmente no que se relaciona à clínica ampliada e ao cuidado psicossocial. (Morosini et al.[87], 2020)

> [...] o viés gerencialista e produtivista da gestão dos serviços e do trabalho consolidou-se em detrimento de um processo de trabalho mais participativo, realizado em equipe [...]. Seus efeitos foram desdobrados no próprio processo de cuidado, fortalecendo práticas e ações passíveis de mensuração, prejudicando a valorização da escuta e a interação subjetiva, características da educação em saúde e igualmente indispensáveis ao exercício da clínica ampliada (Morosini et al.[87], 2020, p. 15).

As autoras identificam uma série de normativas produzidas pelo governo federal nos últimos anos a partir da nova PNAB em 2017, principalmente entre 2019 e 2020, que atuam na sustentação legal de um processo de privatização da AB, sendo o discurso apresentado como justificativa a tais medidas, baseado na busca de maior eficiência e eficácia, apenas um disfarce na conversão da saúde em uma mercadoria ajustável às particularidades da gestão privada. Este processo caracteriza um desmonte da AB como havia sido preconizada, debilitando seus eixos estruturantes como o cuidado integral, a multidisciplinaridade, a perspectiva do território, o trabalho de base comunitária e o enfrentamento ao modelo hospitalocêntrico e biomédico (Morosini et al.[87], 2020).

6.3 Os desafios do Apoio Matricial e na Relação entre AB e SM

Neste mesmo contexto político, vale sinalizar também os notórios ataques às políticas de Saúde Mental organizadas a partir do Paradigma Psicossocial em direção ao investimento no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Em 2017, a Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro, reforça a lógica manicomial com financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos. Além disso, em março de 2018, foi aprovada uma nova política de drogas orientada para abstinência em detrimento da redução de danos, com fortalecimento das internações em Comunidades Terapêuticas (Tomaz[88], 2020).

Ambos os grupos focais compreendem o desinvestimento no SUS como política pública e reconhecem a potência de uma parceria entre as ESFs e os CAPS, entendendo-os como estratégicos para a efetivação do cuidado em saúde mental. Demonstram solidariedade com a falta de recursos e com a sobrecarga enfrentada pelo outro serviço. De acordo com Gama et al.[62] (2021), há uma confluência teórica entre as propostas das políticas de AB e da Saúde Mental, sendo ambas voltadas ao território, à autonomia, à integralidade, à multiprofissionalidade, à intersetorialidade e à horizontalidade nas equipes.

No município em que foi realizado o estudo, a prática do Apoio Matricial em saúde mental se dá entre os dois CAPS existentes e as ESFs. Podem haver variações entre os especialistas e generalistas participantes de acordo com a configuração própria de cada rede. Em relação ao formato mencionado, são trazidos potências e desafios. De acordo com Emerich et al.[40] (2019), alguns pontos positivos dessa configuração seriam o compartilhamento da responsabilidade sanitária pelo território, a possibilidade de maior qualificação das demandas que chegam ao CAPS, bem como a longitudinalidade no acompanhamento dos usuários. Em relação aos desafios, trazem o risco de que as reuniões de Apoio Matricial sejam usadas para encaminhamento de casos, do especialista centralizar em si a responsabilidade pelas demandas trazidas, sem mencionar possíveis dificuldades para a liberação de agendas e de natureza logísticas.

Ambos os grupos reconhecem a importância do Apoio Matricial e entendem a pertinência de nele investir. Alguns participantes relatam experiências satisfatórias ao empreender trabalhos cooperativos que se mostraram resolutivos e há também sinalização de contribuições propiciadas pelos espaços de reunião, como a possibilidade de trocas e melhora na compreensão do fluxo. De todo modo, percebem que os desafios são muitos e que ainda há amadurecimentos necessários. Relatam notar bastante heterogeneidade na qualidade do contato com diferentes profissionais e equipes, sendo que alguns são mais sintônicos e qualificados do que outros. Assim como observam divergências no quão implicados e disponíveis para investir nessa proposta de trabalho estão distintos profissionais e equipes. Percebem também que a gestão das unidades pode influenciar, incentivando ou não essa forma de trabalho.

Figueiredo e Campos[38] (2009), apontam que a mudança na lógica de trabalho proposta pelo Apoio Matricial não é simples e demanda tempo e investimento para que possa fazer parte do cotidiano de trabalho. Para tanto, consideram como fundamental que as equipes possam contar com espaços destinados à reflexão e à análise sobre o próprio processo de trabalho. Como um dos pontos a serem desenvolvidos, o GF-AE identifica a importância de uma ampliação na própria concepção do Apoio Matricial, entendendo que pode ser muito mais do que apenas

discussões de caso feitas em reuniões presenciais e apontam para a importância de que a comunicação entre os serviços possa acontecer de modo ágil e voltada a natureza e necessidade trazida por cada situação. Sugerem a importância de aproveitar os encontros para melhor identificar as necessidades de cada território, conversar sobre uma temática escolhida e pensar estratégias para o melhor funcionamento da rede assistencial.

Ambos os grupos falam sobre enfrentarem desafios na corresponsabilização, expressando-se por vezes na sensação de ausência de suporte e risco para a garantia da integralidade do cuidado. De acordo com Campos et al.[14] (2011), tensões podem ocorrer quando a lógica da corresponsabilização busca sobrepor a lógica do encaminhamento. Segundo os autores podem acontecer cenários em que equipes da AB procurem delegar aos especialistas a responsabilidade pelos casos de saúde mental, enquanto que os especialistas por sua vez podem desresponsabilizar-se por casos ditos leves e pressionar para que a AB os assuma, trazendo imenso prejuízo ao usuário, que pode não identificar lugar para seu sofrimento na rede. Tais práticas nos remetem a uma compreensão piramidal e hierárquica entre os níveis assistenciais, já que numa rede poliárquica não seria apenas a gravidade do caso, mas também entrariam em pauta as necessidades e escolhas de cada usuário, sendo ele o foco.

O cuidado compartilhado, por outro lado, tem o efeito de transformação dos cenários de prática e atuação, sendo-lhe próprio a configuração de novos arranjos a depender dos recursos do território e das necessidades dos usuários e das equipes. Quando a prática do cuidado compartilhado é compreendida, torna-se natural que certo borramento entre as fronteiras dos serviços e níveis assistenciais. A flexibilidade entre profissionais e serviços mostra-se fundamental numa rede poliárquica. Por vezes, insistir numa divisão hierarquizada do trabalho demanda grande esforço e mostra-se contraproducente em relação ao movimento e às escolhas que os usuários possam ter feito.

O grupo focal da AB aborda esse assunto e fala da importância de que as equipes possam ter flexibilidade para que não seja gerada desassistência. Trazem que há situações em que os critérios tradicionais de encaminhamento entre os serviços não se aplicam. Contam de casos que poderiam entrar na categoria “leve a moderado” que se recusam a falar sobre suas questões de saúde mental no posto, enquanto alguns pacientes com quadros graves, por conta do grande vínculo com a equipe, sentem-se amparados e por lá querem fazer seu seguimento. Apontam que o risco de não se atentar a essas nuances e ao desejo dos usuários pode gerar não aderência e pouca efetividade no cuidado.

Muito foi falado pelo GF-AB sobre baixa resolutividade, tanto no que se refere às reuniões de Apoio Matricial quanto ao próprio cuidado ofertado em saúde mental pela

especialidade. Frente a temática da resolutividade é possível fazer algumas considerações. Primeiramente é necessário pensá-la a partir da disputa de paradigmas, já que corresponderá a perspectivas completamente diferentes em cada um deles. Enquanto o Paradigma Psicossocial se orienta ao restabelecimento da autonomia e à possibilidade de reprodução social dos sujeitos, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e o Paradigma Sanitário, guardando suas diferenças, orientam-se para a cura e a remissão dos sintomas. Campos et al.[14] (2011) traz que pode ser visto na Saúde Coletiva elementos que remetem a um "eficientismo" herdado da Saúde Pública que se volta à doença e visa a adaptação dos sujeitos para que correspondam a dita "normalidade" própria ao estilo de vida e a moral neoliberal.

Cabe pensar nas condições efetivas e no grau que uma dada rede assistencial tem de poder ser resolutiva dentro do Paradigma Psicossocial, uma vez que para que ele possa ofertar o máximo resultado depende-se de vários fatores como o comprometimento das redes intra e intersetoriais, assim como o envolvimento da sociedade e das Políticas Públicas. Enquanto a busca da remissão dos sintomas volta-se para a efetividade de um procedimento, uma conduta, um usuário, uma equipe e um serviço, a procura por autonomia e restabelecimento no corpo social traz uma outra complexidade ao considerar a possibilidade de produção de vida numa dada rede, numa dada comunidade e num dado território.

Essa situação de interdependência que o cuidado em saúde mental pressupõe pode trazer, como bem observado em ambos os grupos, frustração aos trabalhadores, levando a impressão de uma falta de resolutividade no trabalho que se empreende, principalmente quando a rede assistencial se vê fragilizada e ainda sem uma cultura antimanicomial estabelecida. No município em questão, esteve presente por bastante tempo uma certa tradição de internações em instituições asilares, como em dois Hospitais Psiquiátricos da região e em Comunidades Terapêuticas, contribuindo para possíveis expectativas calcadas no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Tal frustração pode se expressar tanto na sensação de "enxugar gelo", quanto até mesmo na falta de esperança e na dessensibilização dos trabalhadores frente ao sofrimento. Segundo Furtado e Campos[63] (2005), o risco de criar-se defesas como a burocratização e a alienação do objetivo e no objeto de trabalho é maior dentre aqueles que trabalham com a saúde mental.

No intuito de favorecer uma avaliação dos resultados alcançados e permitir o estabelecimento de uma linguagem comum para que diferentes serviços e profissionais possam conversar sobre a resolutividade almejada, Furtado et al.[89] (2013) propõe a construção de indicadores. Os autores trazem que o campo da Saúde Mental tende a apresentar grande dificuldade em objetivar e sistematizar parâmetros que possam contribuir para a avaliação da

resolutividade dada a natureza ética e política da Reforma Psiquiátrica e seu objeto de trabalho, no entanto consideram os esforços como fundamentais para o planejamento estratégico e para a construção do cuidado compartilhado com outros serviços. Na medida em que se criam marcadores, os objetivos pautados no modelo psicossocial são mais facilmente compreendidos pela rede que pode articular-se em torno deles. Eles podem constituir-se como importantes aliados no enfrentamento do paradigma hegemônico. É possível, por exemplo, que um indicador de resolutividade, seja, inclusive a tendência a zero no número de internações em instituições asilares.

Em relação às reuniões de Apoio Matricial, é pontuado pelos generalistas a sensação de que a discussão tende a ficar vaga no que se refere a pensar estratégias na condução dos casos concretos e nas condutas a serem tomadas. Os especialistas reconhecem que há lacunas a serem trabalhadas entre a discussão abstrata e o aprendizado concreto e pensam que seria importante investir em estratégias mais dinâmicas e orientadas ao cotidiano de trabalho, como a realização de atendimentos conjuntos, para superá-las. Figueiredo e Campos[38] (2009) apontam que roteiros que orientam os atendimentos em saúde mental costumam ser valorizados pela AB por aludirem aos protocolos. Estes, segundo os autores, são muito utilizados como instrumento de gerenciamento e direcionamento clínico advindos dos programas em saúde, com ações que visam grande abrangência populacional e pouca variabilidade de resultados. Assim, alertam que roteiros em saúde mental devem ser utilizados com critério, pois se por um lado amparam as equipes da AB em suas intervenções, podem ser muito prescritivos e acabar por gerar trabalho alienado e burocratizar os atendimentos.

A reflexão trazida por Figueiredo e Campos[38] (2009) é bastante importante no sentido de alertar os especialistas para os riscos que sistematizações descuidadas podem oferecer, no entanto tal precaução não isenta os profissionais da saúde mental da responsabilidade em instrumentalizar os generalistas em sua área de especialidade. Para tanto, mostra-se necessário um diálogo que não se dê apenas no campo abstrato. Orientações práticas, guias e protocolos bem construídos podem ser grandes aliados na superação do Paradigma Psiquiátrico Biomédico Medicalizador. É fundamental que o profissional da saúde mental possa ser diretivo, propositivo e oferecer recomendações sem a necessidade de ser prescritivo ou restritivo de alguma forma, tendo a possibilidade de repensá-las junto aos generalistas caso mostre-se necessário ou novos elementos surjam.

Apesar de não ter sido citado nos grupos focais, ao longo dos anos em que a pesquisa "Entre Redes" esteve no município, como tentativa de sistematização dos fluxos, foi formulada uma ficha de encaminhamento pelos gestores de saúde mental do município com a finalidade

de contribuir para a qualificação do encaminhamento de casos entre AB e os CAPS. Em outras frentes da pesquisa viu-se uma devolutiva positiva frente a utilização dessas fichas, sendo vistas como algo que trouxe materialidade ao processo e contribuiu para a própria coleta de informações realizadas nas ESFs juntamente aos usuários.

As próprias reuniões de Apoio Matricial podem se constituir como espaço oportuno para compartilhamentos sobre tecnologias leves de cuidado em saúde mental que podem produzir significativa diferença seja na assistência direta à população, seja na própria reorganização do cotidiano do processo de trabalho nas ESFs. Auxiliar na inclusão de temáticas pertinentes à saúde mental na prática cotidiana do acolhimento inicial nas unidades, por exemplo, pode fazer muita diferença na vida dos usuários e das equipes. Muito embora o Apoio Matricial seja considerado uma poderosa ferramenta para a construção do cuidado compartilhado e para a inserção do campo da Saúde Mental na AB, pouco se fala de sua tamanha complexidade. Para que seja aproveitado em sua máxima potência, é fundamental que possa contar com um facilitador experiente que ofereça o olhar clínico, a compreensão institucional e a habilidade de transitar entre as discussões pertinentes ao núcleo e ao campo.

Outro elemento importante para a boa prática do Apoio Matricial é a valorização dos espaços coletivos de trocas e reuniões. Nesse quesito, os CAPS podem contribuir na construção desse espaço conjunto com a AB. Figueiredo[90] (2005) aponta que os CAPS desenvolveram uma clínica coletiva baseada numa dinâmica horizontal para discussão de casos em grupo, que não é comum a outros serviços. O estabelecimento da direção clínica de forma compartilhada entre todos os profissionais, inclusive com o usuário e familiares, pode ser considerada uma importante tecnologia leve a ser compartilhada com outros serviços. De modo a favorecer a reorientação do cuidado compartilhado em saúde mental segundo o Paradigma Psicossocial.

Por fim, a demanda por resolutividade, indicação de condutas e treinamentos mostra-se legítima e pertinente. No entanto, vale estar em alerta, uma vez que também pode sinalizar uma possível desapropriação da potência do lugar ocupado pelo generalista, com criação de uma assimetria de saber/poder. Esta acaba por constituir-se como uma armadilha ao bom funcionamento do Apoio Matricial, uma vez que especialistas podem acabar ocupando a função de detentores das respostas e os generalistas de receptores impotentes, levando ao enfraquecimento e à não sustentabilidade do encontro. As reuniões de Apoio Matricial, assim como as condutas, também podem se pautar pelos ensinamentos e proposições dos generalistas, com seu conhecimento acerca do território e das famílias.

Alguns autores trazem preocupações acerca da relação entre especialistas e generalistas na prática do Apoio Matricial. Uzuelli et al.[91] (2019) afirmam que a concepção clássica, na qual

o especialista domina profundamente determinado assunto e o generalista tem somente um conteúdo limitado sobre alguns poucos assuntos, pode estabelecer uma transmissão unilateral de conhecimento, mostrando-se equivocada. Tesser[92] (2017) alerta para o risco, que esse raciocínio traz, de que o núcleo de atuação e competência dos generalistas seja ignorado e traz que na maioria das vezes a Atenção Básica é concebida apenas como um campo e não são reconhecidos os núcleos de competência dos profissionais das equipes que nela atuam. Afirma que não é trivial a percepção de que "o cuidado generalista longitudinal de uma coorte de pessoas em um território [...] significa uma especialização às avessas" (Tesser[92], 2017, p.568). Ele propõe que se compreenda que as práticas de Apoio Matricial se estabelecem entre um especialista com determinado núcleo apoiando outros especialistas com outro núcleo de formação, de modo a ampliar a resolutividade de sua atuação.

A perspectiva territorial do cuidado pode contribuir para que se forme uma horizontalidade entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada em Saúde Mental em torno de uma tarefa comum, favorecendo a corresponsabilização e a construção do cuidado compartilhado. O termo território, segundo Furtado et al.[93] (2016), possui diferentes níveis de acepção, indo desde aqueles que lhe atribuem um sentido funcional até aqueles que consideram sua dimensão relacional e simbólica. Em torno dessa polissemia vê-se potente parceria entre AB e os CAPS.

No polo funcional, o território é entendido como espaço de abrangência ou área de cobertura dos serviços de saúde, delimitada geograficamente. Tal concepção, muito adotada pelo Ministério da Saúde e seus documentos oficiais, volta-se a estruturar o funcionamento das redes de atenção. Considera-se território como um conjunto de recursos terapêuticos, sejam eles serviços públicos ou organizações comunitárias, a serem explorados e articulados pelos profissionais de saúde. Nessa acepção, o território é visto como espaço físico e social apto a promover saúde mental, inclusão social e "catalisar o processo de reabilitação psicossocial e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave" (Furtado et al.[93], 2016, p.10). Nessa polaridade evidencia-se a responsabilidade sanitária e clínica que AB e os CAPS compartilham sobre um dado território, assim como a necessidade de conhecerem e agenciar colaborativamente as redes formais e informais em benefício do usuário.

Já no polo simbólico, o território é compreendido como "espaço de construções simbólicas e de pertencimento, articulando sentidos etológicos, subjetivos, sociológicos e geográficos" (Furtado et al.[93], 2016, p.7). Nessa acepção território refere-se ao espaço relacional onde a vida pulsa, composto pelo cotidiano das pessoas e pelo processo histórico. Constitui-se na interface entre a cultura e a política, entre a materialidade do espaço e a ação

humana. O território aqui apresenta-se como definido e delimitado pela "resultante de múltiplas relações materiais e imateriais de poder" (Furtado et al.[93], 2016, p.8). Assim, a noção de território ganha maior complexidade e pode levar a cooperação entre as ESFs e os CAPS a outro nível. As ESFs tendem a apresentar uma maior inserção no território e, portanto, maior perspicácia na percepção dessas relações de poder que o permeiam. As equipes dos CAPS, por outro lado, podem compartilhar com as ESFs sua expertise sobre a percepção dos atravessamentos das relações e das determinações sociais no processo de adoecimento, de modo a contribuir na compreensão das produções subjetivas associadas a esse território.

Aprofundar a compreensão sobre o território e pensar a atuação dos serviços de saúde nele torna-se de suma importância, pois segundo Lima e Yasui[94] (2014) é também no território que se exerce o controle das subjetividades. Para os autores, a reforma psiquiátrica brasileira constituiu-se no interior de uma tensão em que práticas de resistência confrontam-se com proposições que tendem à vigilância e ao controle. De forma que alertam: "do asilo aos novos serviços substitutivos que inscrevem sua ação em seu território de abrangência, poderíamos apenas passar de uma prática disciplinar para uma prática de controle" (Lima e Yasui[94], 2014, p.598). Tal entendimento marca a necessidade das equipes de saúde não apenas buscarem compreender o território, mas acima de tudo, tomar consciência das suas ações nele e das intenções subjacentes a elas. Sob o risco de, através de uma sutil ortopedia, buscar adaptar os usuários aos modos de vida hegemônicos e à moral neoliberal.

Para tanto, mostra-se imperativa uma reinvenção da clínica, para que esta, ao invés de deter-se no sintoma individual, possa favorecer processos de criação de novos sentidos e novos territórios, quando necessário. Os autores invertem a relação entre reabilitação psicossocial e território, entendendo que nem sempre o território será receptivo a reinserção social e que por vezes será necessário reabilitar o território, em suas dimensões geográficas, relacionais, políticas e culturais, para que nele todos possam caber sem intervenções de ortopedia moral (Lima e Yasui[94], 2014).

Pensar o território compartilhado é trazido pelo GF-AE como uma prática pertinente ao Apoio Matricial, mas desafiadora de ser posta em prática. Colocação inquietante essa, pois faz refletir sobre o quanto isso tem sido possível no cenário nacional e sobre a tamanha perda que representa a sua ausência. Parece haver uma tendência, acentuada pela pandemia, de que o debate sobre o cuidado compartilhado fique circunscrito dentro das paredes dos serviços de saúde, pouco sendo consideradas ações para além dos seus limites. Ações conjuntas na rua, articulação com as redes informais, a participação na divulgação de conteúdos nas mídias

sociais, são alguns exemplos trazidos por Lima e Yasui[94] (2014) que poderiam contribuir para uma atuação voltada à emancipação e não à dominação.

6.4 Considerações sobre a Rede de Atenção Psicossocial

Apesar de todos os desafios, há a perspectiva de fortalecimento na construção do cuidado compartilhado entre AB e os CAPS. No entanto, ambos os grupos não a consideram suficiente para lidar com toda a demanda de saúde mental que chega aos serviços. Entendem que o desmonte da equipe NASF à nível municipal, instigado pelo descredenciamento dos NASFs pela política nacional, deixou um vazio assistencial importante que nem as ESFs nem os CAPS conseguem suprir. A Reforma Psiquiátrica preocupou-se primeiramente com os casos de saúde mental considerados graves, visando o fechamento dos manicômios e a reorientação do modelo assistencial (Gama et al.[62], 2021). O olhar para os casos tidos como leves ou moderados ocorreu posteriormente e não raro identifica-se um vazio assistencial para essa demanda. Equipamentos como os NASFs permitem minimizar esse cenário, ainda que não deem conta de suprir toda a demanda reprimida, podem potencializar o cuidado compartilhado e integral, a promoção da saúde mental e a articulação com a rede assistencial. É com pesar que ambos os grupos focais falam do desmonte do NASF.

Tesser[92] (2017) aponta que dificuldades na implementação e na construção da identidade dos NASF poderiam favorecer a fragilização da política. O autor traz que embora fossem previstas duas frentes de atuação para as equipes NASF: a assistencial e a de suporte, frequentemente havia concentração em apenas um dessas polaridades. Isso poderia levar as equipes a funcionarem de modo isolado, como ambulatórios especializados ou então a assumirem atividades de carácter generalista ocasionando uma sobreposição de funções entre as equipes da ESF e as equipes NASF e provocando, consequentemente, um distanciamento destas últimas de seus núcleos de competência (Gomes et al.[95], 2006; Onocko-Campo e Furtado[32], 2006). Como forma de remediar esse cenário, Tesser e Poli[96] (2017) afirmam da importância de que os profissionais dos NASFs pudessem ser reconhecidos como parte da atenção especializada, de modo a reconfigurar a compreensão da especialidade no SUS.

Com a ausência do NASF, o Ambulatório Central de Especialidades tem sido considerado como a principal fonte de oferta de atendimento especializado para casos avaliados como de média a baixa complexidade. Algo que ambos os grupos enxergam como prejudicial à assistência e aos fluxos da rede, uma vez que identificam nele um funcionamento não alinhado ao Modelo Psicossocial. Trazem sobre a não orientação ao trabalho em rede, em equipe e

apontam para a ineficiência no gerenciamento dos encaminhamentos e na estratificação de risco dos mesmos. Apontam que a dificuldade encontrada para o acesso em tempo oportuno com as grandes filas de espera, muitas vezes, leva ao agravamento dos casos e a complexificação da intervenção necessária.

De acordo com Severo e Dimenstein[97] (2011), os ambulatórios de saúde mental surgiram por volta de 1920 com a implantação da Política Assistencial de Higiene Mental tendo por objetivo a prevenção dos transtornos mentais. Historicamente tiveram um funcionamento complementar aos hospitais psiquiátricos e não substitutivos a eles, de modo que para as autoras sua permanência nas redes assistenciais mostra-se contraditória à lógica psicossocial. Trazem ainda que tradicionalmente o modelo ambulatorial contribui para a cronificação da população assistida, para o aumento do uso de psicotrópicos e para a centralidade no saber médico.

Em documento do Ministério da Saúde o ambulatório é descrito como lugar de assistência às pessoas com transtornos mentais menores e aparece caracterizado como tendo um funcionamento pouco articulado à rede, de baixa resolutividade, com imensas listas de espera e frequentes crises em seu funcionamento (Brasil[98], 2007). Esse serviço costuma ser referência para consultas de psicologia e psiquiatria e ter suas intervenções centradas no indivíduo, algo que somando-se ao seu típico modo de funcionamento, pode levar a uma medicalização e psicologização do sofrimento (Severo e Dimenstein[97], 2011).

Com as mudanças no posicionamento político do Governo Federal e fortalecimento do paradigma hegemônico, os ambulatórios em saúde mental também foram incluídos como um dos componentes da RAPS na nova Política de Saúde Mental em 2017. Severo e Dimenstein[97] (2011) apontam para a importância de que se possa discutir o papel que os ambulatórios tem desempenhado na rede assistencial e sinalizam que há autores que compreendem ser interessante investir numa reformulação em seu modo de funcionamento com vistas aproximar-se do Paradigma Psicossocial e melhor integrar-se a rede de serviços existentes.

Nesse sentido, Tesser e Poli[96] (2017) consideram que o funcionamento ambulatorial não representa um problema apenas no que diz respeito à Saúde Mental, mas também a toda Saúde Coletiva. Os autores observam que o acesso ao cuidado especializado qualificado e em tempo oportuno é um dos grandes desafios do SUS, e notam que os problemas começam já na forma como os pacientes são encaminhados a esses serviços, na maioria das vezes, sem que haja qualquer discussão. Tal prática acarreta numa fragmentação na longitudinalidade do acompanhamento e dificulta a coordenação do cuidado. Além disso, inviabiliza uma boa regulação das vagas e a avaliação das necessidades de se acessar os serviços especializados, tornando-se um grande gargalo no sistema de saúde.

Os autores trazem que o Apoio Matricial poderia contribuir para a superação do isolamento desses ambulatórios especializados facilitando a comunicação entre especialistas e as equipes de referência da AB. Segundo Tesser e Poli[96] (2017), "As evidências demonstram que a atuação dos especialistas só agrega valor para as pessoas quando eles se conhecem pessoalmente e trabalham conjuntamente com os generalistas." (Tesser e Poli[96], 2017, p.944). Atentam ainda para importância do contato pessoal direto, da possibilidade da comunicação ágil e da construção de grupos de trabalho para viabilizar discussões complexas.

A ausência de um modelo para a organização da articulação entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica poderia ser suplantada com a estruturação dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (Tesser e Poli[96], 2017). Por meio dos NASFs viabiliza-se a inclusão de especialistas que atuem descentralizadamente junto às equipes da Atenção Básica. O formato organizativo dos NASFs deveria ser estendido, segundo os autores, a todos os serviços especializados do SUS, propiciando atuação regionalizada e descentralizada, contribuindo para tornar o modelo ambulatorial clássico obsoleto.

Tesser e Poli[96] (2017), ao compreendem que o acesso ao cuidado especializado representa uma das maiores lacunas na implementação do SUS, sugerem uma possível interpretação dessa situação. Trazem que tanto a AB, quanto a atenção superespecializada (hemodiálise, transplantes) são fortes e organizadas no SUS e entendem que isso se dá por uma lógica de mercado, uma vez que os tratamentos de alto custo dificilmente poderiam ser oferecidos por planos de saúde privados, do mesmo modo que a AB não representaria impacto financeiro ao setor privado, já que grande parte da população que a utiliza não poderia pagar pelos serviços. Ao passo que os cuidados especializados seriam vistos como importante reserva de mercado, permanecendo a maior parte de sua oferta na iniciativa privada.

> Esses percalços políticos sugerem uma hipótese que ilumina a persistência do vazio: uma organização da atenção especializada no SUS seria muito competitiva e mesmo avassaladora para o mercado da saúde. Provavelmente, poucas pessoas pagariam planos de saúde se acessassem cuidado especializado quando necessário em tempo adequado no SUS (Tesser e Poli[96], 2017, p.943).

O SUS, desde sua constituição, acaba por lidar com interesses privados financeiros que trazem prejuízos à sua plena implementação. O subfinanciamento é sistêmico e o orçamento federal não chega nem à metade do que a Organização Mundial da Saúde estima como adequado (Severo e Dimenstein[97], 2011). Nesse sentido, Ferreira Neto e Araújo[99] (2014) afirmam que a influência neoliberal, privatista e individualizante disputa espaço com uma política de saúde de

cunho universal e solidário, o que traz dificuldade ao pleno funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

A compreensão da interferência neoliberal na oferta de cuidados especializados em variadas áreas da saúde, trazida por Tesser e Poli[96] (2017), permite olhar o vazio assistencial para os casos leves a moderados na RAPS e vê-lo por outros ângulos. Possivelmente buscar soluções para superá-lo seja um movimento de enfrentamento e disputa árdua, uma vez que não atenderia a interesses mercadológicos. No entanto, talvez a enorme demanda de cuidados em saúde mental que se viu com o advento da pandemia, possa constituir-se como uma aliada na evidenciação da relevância de tal debate. Por mais que seja possível avançar muito no olhar para a saúde mental na AB segue sendo fundamental que se possa contar com uma retaguarda no que se refere ao cuidado dos casos leves a moderados.

Vive-se um momento em que a saúde mental precisa ser priorizada como um dos pilares da saúde. Para tanto torna-se imperioso pactuar qual a diretriz de cuidado que se pretende seguir. Apesar de reconhecidamente prejudicial ao funcionamento da rede assistencial e à produção de saúde, o Ambulatório de Saúde Mental foi mantido no município em que foi feita a pesquisa, enquanto desmontava-se o NASF. Assim, não está posta apenas uma questão de orçamento, mas também de priorização. Será que a eficiência tem sido considerada como sinônimo de número de atendimentos realizados ou de número de pessoas em uso de psicofármacos? Talvez também nesse caso a construção de indicadores pudesse ser benéfica para reorientar a assistência ao Modelo Psicossocial e potencializar dispositivos tão estratégicos quanto os NASFs.

Em relação aos impactos na Rede de Atenção Psicossocial, vale pontuar que os desafios não terminam com os ambulatórios, mas se estendem à retaguarda oferecida pelos serviços de urgência/emergência e os hospitais gerais. Os trabalhadores participantes de ambos os grupos percebem dificuldade no trabalho com o serviço de urgência móvel, a UPA e o hospital filantrópico municipal e identificam que o despreparo vai desde a atenção ofertada até a estrutura física, esbarrando na dificuldade de acesso ou na quantidade de vagas. Percebem resistências com as demandas de saúde mental e relatam possibilidade de desenvolver trabalhos conjuntos apenas com profissionais específicos das instituições, mas não com o serviço em si.

Segundo Dimenstein et al.[100] (2013), atualmente, o atendimento à crise em saúde mental é um dos problemas mais evidentes na busca por um cuidado integral na RAPS. Os serviços considerados oficialmente de referência na atenção à crise são os Serviços de Atenção Móvel, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os hospitais gerais e os CAPS III. Os desafios começam no número insuficiente de CAPS III e nas poucas vagas de leitos psiquiátricos em

hospital geral. Os autores consideram que a expansão dos leitos psiquiátricos em hospital geral tem se mostrado insatisfatória em todo país, uma vez que não obedeceu a um planejamento de cobertura populacional.

Outro aspecto preocupante trazido pelos autores é a inexistência de direcionamento em relação ao atendimento à crise em saúde mental, não se encontrando diretrizes claras sobre seu manejo, nem orientação para a construção de linhas de cuidados. Esse cenário, somado à ausência de processos de educação permanente para os trabalhadores e ao reduzido quantitativo de profissionais para cuidado de natureza intensiva, pode gerar grande resistência. Apontam que nas UPAs, uma crise de saúde mental pode gerar grande tumulto na unidade e representar sobrecarga à equipe por ser uma situação que requer grande atenção. Em relação aos serviços móveis de urgência trazem que a resistência na prestação de socorro nessas situações representa um problema nacional, muito embora normativas oficiais, como a portaria 2048/GM, atestem a competência desses serviços serem porta de entrada para as urgências psiquiátricas (Dimenstein et al.[100], 2013).

Algo que também pode contribuir para este cenário desafiador é que, no geral, o processo de trabalho dos Pronto Atendimentos, dos serviços móveis de emergência e dos hospitais gerais é orientado majoritariamente ao modelo de atenção hegemônico próprio do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, com pouca porosidade ao Paradigma Psicossocial. As intervenções são voltadas ao sintoma, o medicamento aparece como o principal recurso, as decisões centram-se na figura do médico, o trabalho em equipe é escasso e pouco se considera a complexidade subjacente aos casos. Tal forma de trabalho dificulta a vinculação com o usuário, a articulação com a rede assistencial e demonstra fragilidade nos processos coletivos de trabalho (Jardim e Dimenstein[101], 2007).

> [...] formatação dos serviços de urgência e emergência impossibilita a formação de vínculo, visto que são pontuais, ignoram a complexidade do sofrimento, simplificando-o por meio da atenção ao sintoma, retira do indivíduo a responsabilidade sobre o seu estado e a sua vida, inserindo-o em um cotidiano artificial isolado, roubam sua autonomia, desconsideram a potencialidade da crise enquanto movimento de mudança e transformação (Jardim e Dimenstein[101], 2007, p.182).

Dimenstein et al.[100] (2013) traz que as lacunas assistenciais na atenção à crise são prejudiciais à consolidação da RAPS e podem favorecer a permanência de instituições como os Hospitais Psiquiátrico e também as Comunidade Terapêuticas que, em municípios com redes substitutivas ainda não consolidadas, configuram porta de entrada para situações de crise. Assim, pontuam que a atenção à crise cumpre papel estratégico na desinstitucionalização,

podendo constituir-se como fator protetor à entrada do usuário no circuito psiquiátrico com exposições a repetidas internações, levando a cronificação dos casos e endossando processos de incapacitação e exclusão social. De forma que os autores recomendam que a atenção à crise deveria ser priorizada em termos de recursos e políticas públicas, sugerindo que de tão importante pode funcionar como um analisador do processo de Reforma Psiquiátrica.

No GF-AE sugeriu-se de modo bastante pertinente que profissionais de serviços como a UPA, o hospital geral e o serviço de ambulâncias pudessem também participar dos espaços de Apoio Matricial em Saúde Mental e estreitar relações com os CAPS e a AB. Talvez tal convite pudesse ainda ser estendido a outros serviços da rede, uma vez que a saúde mental deve ser compreendida como transversal a todo o fazer em saúde. Uma outra alternativa sugerida por esse grupo como forma de promover a construção de profissionais mais aptos ao cuidado compartilhado foi a pactuação de um período de circulação em que os trabalhadores de um serviço de saúde pudessem experimentar o cotidiano de outro, conhecendo a realidades e processos de trabalho diferentes do que costuma desempenhar. Ambas as estratégias poderiam fazer grande diferença na construção do trabalho em rede.

Bezerra e Dimenstein[102] (2008) chamam atenção para o papel dos CAPS enquanto articuladores e ordenadores da rede de cuidados em saúde mental e apontam para o lugar estratégico desse equipamento no processo em curso da Reforma Psiquiátrica. No entanto, os autores sinalizam que frequentemente os CAPS acabam por centralizar a demanda e colocam-se de forma pouco ativa na regulação do trabalho em saúde mental na rede. Também caracterizam como tímida a inserção dos CAPS nos territórios e comunidades, percebendo-os num movimento ensimesmado que acaba por prejudicar a transformação da assistência em saúde mental.

Os autores trazem sobre a importância de que os trabalhadores possam se reconhecer enquanto atores de transformação e execução da política de saúde mental (Bezerra e Dimenstein[102], 2008). Afirmam que, para tanto, mostra-se imprescindível a qualificação desses trabalhadores que por vezes não se percebem apropriados do trabalho em saúde mental por questões de formação ou, como bem indicam os participantes do GF-AE, de alocação desassistida nesses serviços. Cabe aqui pontuar sobre a função defensiva que tal ensimesmamento pode desempenhar tendo-se em vista as precárias condições de trabalho e a pouca abertura de outros serviços assistenciais a essa conversa, podendo tornar onerosa e cansativa essa atribuição, mesmo a profissionais apropriados da área de atuação.

Segundo Dimenstein et al.[100] (2013), observa-se no cenário nacional uma fragilidade em diversos componentes da RAPS, que prejudicam os avanços pretendidos pela Reforma

Psiquiátrica e a articulação entre os pontos de atenção. Como forma de enfrentamento à desintegração da rede, ao desconhecimento dos fluxos e a não corresponsabilização pelo cuidado, os trabalhadores participantes dos grupos focais veem na gestão um papel fundamental. Entendem que dela dependem os investimentos na área e a ampliação de oferta de cuidados, como na implantação de um CAPS III no município. Figueiredo e Campos[38] (2009) compartilham que essa concepção aparece frequentemente entre os trabalhadores, uma vez que se entende que a gestão poderia representar um lugar de mediação e poder potencialmente favorável à inclusão de práticas alinhadas com o Paradigma Psicossocial e às mudanças na lógica de trabalho.

Sobre a função de gestão, Onocko[103] (2003), atribui a responsabilidade com a efetivação da política pública e com os processos de mudança que se façam necessários para tanto. No entanto, traz que não é sem desafios que se exerce essa função. A autora considera a gerência como uma produção intersubjetiva complexa, que se volta a tensa relação entre "o instituído e o instituinte, entre a ordem que sustenta a operatória de outros processos produtivos, e a desordem dos processos criativos e de mudança" (Onocko[103], 2003, p.14). Reflete sobre a difícil tarefa de impulsionar a autonomia e ao mesmo tempo oferecer continência para a percepção dos limites, entre o que nomeia como gerar e gerir. Na lida com as equipes e a produção do cuidado compartilhado, entende como sendo fundamental que a gerência possa sustentar as condições necessárias para propiciar a formação de grupalidade, de modo a favorecer a percepção da potência desse encontro e a tomada de decisões coletivas. A autora ainda não deixa de pontuar que mesmo que as equipes concordem com o sentido de uma mudança, ainda assim é necessário que se possa respeitar o tempo da equipe e considerar seu modo único de implementá-la (Onocko[103], 2003).

Tendo-se em vista os desafios da gestão no desempenho de sua função, cabe, neste ponto, trazer alguns dados sobre uma outra pesquisa de mestrado realizada dentro do projeto "Entre Redes" que se debruçou sobre as percepções dos gestores da Saúde Mental e da Atenção Básica do município. Reis[104] (2023) observou que os gestores, de modo geral, não se consideram como figuras que possuem autonomia e poder para promover mudanças, sentindo-se submissos a poderes gerenciais maiores. Desse modo, a sensação de impotência parece atravessar tanto trabalhadores, quanto gestores, gerando um clima de desesperança por entre a rede assistencial.

Sobre essa sensação de impotência, as reflexões trazidas por Trapé et al.[105] (2015) podem muito contribuir. Trapé et al.[105] (2015) trazem que o processo de gerenciamento é melhor compreendido quando subdividido em suas diversas dimensões e correspondentes

parcelas de responsabilidade. Para tanto, elucida que a gestão em saúde ocorre em três níveis, sendo eles: nível macro, nível meso e nível micro. A dimensão macro corresponderia à sistêmica e governamental, a ela caberia a organização das orientações e dos recursos. Já a meso diria respeito à esfera institucional em que estariam inseridos os serviços de atenção à saúde, as relações entre eles e suas práticas para a efetivação da política pública. O nível micro estaria relacionado à gestão da clínica e das estratégias de trabalho em equipe. De acordo com o autor, quando reunidas essas dimensões há otimização na organização da rede.

Essa divisão permite esclarecer sobre as responsabilidades dos envolvidos em cada uma das dimensões e torna mais fácil identificar em qual nível pode estar havendo alguma obstrução à implementação das políticas públicas ou aos processos de mudança. Tal compreensão pode ser útil a trabalhadores e gestores, evitando a sensação de completa impotência e também contribuindo para minorar uma culpabilização ou responsabilização individual pelo fracasso ou sucesso da implementação da RAPS. Nesses últimos anos, por exemplo, observou-se a nível macro uma gestão da saúde caótica e orientada ao desmonte, vendo-se o desfinanciamento dos NASFs e o financiamento dos Hospitais Psiquiátricos. No entanto, viu-se resistência nas redes assistenciais tanto a nível meso quanto a nível micro.

No município de estudo, gestores e trabalhadores locais envolveram-se em um processo formativo em pleno auge da pandemia, mesmo que no formato online, e ainda se dedicaram à formação de um Comitê de Educação Permanente. Viu-se as ESFs e os CAPS se organizando para implementar o Apoio Matricial mesmo após a saída do NASF. Acompanhou-se no CAPS AD e nas ESFs atendimentos voltados à redução de danos, mesmo quando na esfera federal a orientação era a abstinência. Assim, apesar da sensação de impotência frente ao não alinhamento de todos os níveis de gestão e do sofrimento a isso associado, há potência em outros níveis.

De modo pertinente e disruptivo, os profissionais da especialidade participantes apontam que não apenas com grandes e caras ações se faz a diferença para a integração da rede. Alertam para o risco de imobilidade que a busca por condições ideais pode gerar e buscam no cotidiano de trabalho soluções que poderiam ser tomadas a nível municipal com vistas a otimizar a comunicação entre os serviços, como medidas administrativas e agendas abertas. Importante destacar aqui que em nenhum momento foi diminuída a urgência de reformas a nível macro, reconhecendo sua fundamental importância para a construção da RAPS e os prejuízos que pode trazer à sua implementação.

Ainda no que diz respeito a discussão sobre a rede vale pontuar a importância de considerar-se a intersetorialidade, uma vez que o trabalho articulado com outros setores pode

mostra-se fundamental à efetivação da integralidade do cuidado, seja de um usuário, de uma família ou de um território. Quando as pessoas são consideras em sua totalidade, compreende-se que, muitas vezes, ações resolutivas demandam parcerias entre diversos setores, como a Assitência Social, a Educação, a Cultura, a Segurança Pública, o Judiciário. Desse modo, a ação intersetorial atua sobre a fragmentação entre as diferentes políticas e suas formas de execução, buscando superá-las (Severo e Dimenstein[97], 2011; Severo et al.[106], 2018).

Essa relação muitas vezes é permeada por tensionamentos. No GF-AE é trazido que a relação com os serviços da rede intersetorial é ainda mais difícil do que com os outros serviços da saúde. Segundo Severo et al. [106] (2018), divergências nos modos de funcionamento, no estilo de gestão e no grau de consolidação das diferentes áreas pode favorecer a ocorrência de conflitos e a dificuldade em trabalhar por um objetivo comum. Os autores trazem ainda que interferências político-partidárias podem complexificar ainda mais essa relação.

Apesar de desafiador, o trabalho intersetorial é compreendido como fundamental à resolutividade no Paradigma Psicossocial e na efetivação da RAPS. Severo e Dimenstein[97] (2011) trazem que a intersetorialidade contribui para que o usuário seja percebido como cidadão, colocando a doença “entre parênteses” e considerando a globalidade de suas necessidades. De modo a favorecer a inclusão social e o acesso a direitos.

6.5 O trabalho em Saúde e a Saúde do Trabalhador

Apesar da relevância do campo da Saúde Mental e da grande demanda que chega aos serviços, os trabalhadores de ambos os grupos percebem que não há valorização do cuidado em saúde mental e que seus serviços não são prioritários na recepção de recursos. Os generalistas apontam para o desmerecimento das queixas subjetivas em detrimento daquelas mensuráveis por exames como um problema pertinente a esse desinvestimento. Os especialistas compartilham sentirem-se sós, muitas vezes, na busca pela garantia de um cuidado antimanicomial, percebendo desinteresse de outros pontos da rede na busca por compreenderem a especificidade do cuidado em saúde mental e as origens dos serviços substitutivos. Segundo Alves et al.[107] (2015) a desvalorização do trabalhador da saúde mental fragiliza a luta antimanicomial e favorece o adoecimento do trabalhador.

A fragmentação na RAPS e o desconhecimento do campo podem levar ao endereçamento de expectativas irreais ao trabalho realizado, como se um único serviço ou equipe pudessem apresentar a máxima resolutividade. Em ambos os grupos, os trabalhadores sentiram-se cobrados a dar conta de toda a problemática e terem as soluções para os problemas.

Minozzo e Costa[108] (2013) perceberam, por meio do estudo que realizaram, que em cenários de enfraquecimento da RAPS pode-se acabar delegando aos profissionais dos CAPS todas as respostas da saúde mental.

Os trabalhadores participantes demonstram que essas expectativas lhes provocam sofrimento, uma vez que se misturam com seu desejo de fazer a diferença e com seus ideais. Trazem grande satisfação quando percebem que foi possível realizar um bom trabalho, seguindo os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Ao mesmo tempo que se sentem frustrados quando não encontram as condições esperadas. Nessas situações, a culpabilização é uma armadilha à espreita.

> A dissociação entre os aspectos político-institucionais e clínicos implica que os trabalhadores assumam que a qualidade da atenção prestada seja responsabilidade exclusiva da organização da equipe de profissionais, levando, assim, à culpabilização de indivíduos isoladamente nas falhas do cuidado (Barros e Bernardo[109], 2017, p.69).

No intuito de expressar os impactos da exigência sentida, os trabalhadores da especialidade usam termos como “milagre”, “super-homens” e "super-mulheres". Palavras essas que remetem a interseção divina ou a extrapolação da capacidade individual, indicando a tendência presente na cultura de responsabilização de indivíduos ou de recorrer ao sobrenatural, pouco considerando a perspectiva política e institucional.

Em relação ao papel dos trabalhadores de saúde, pode-se encontrar diferentes visões a depender do modelo assistencial. Enquanto a compreensão hegemônica pautada no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador espera por resoluções no estilo queixa-conduta, o entendimento advindo no Paradigma Psicossocial traz o suporte, a inclusão e a autonomia como metas. A disputa entre essas duas concepções não se dá apenas a nível externo, mas pode também ser vista a nível pessoal nos próprios profissionais de saúde, uma vez que também habitam a cultura.

Campos et al.[14] (2011) observa pertinentemente que no intuito de responder e solucionar a demanda “parece existir uma propensão dos profissionais em saúde a “darem algo” e não a “provocarem algo” nas populações que os procuram” (Campos et al.[14], 2011, p.4.647). Para que os profissionais possam criar um desvio nessa rota, os autores afirmam que “É necessário um exercício permanente de diferenciar o “ser responsável por alguém” do “apoiar alguém dentro da liberdade de decisão desta pessoa” (Campos et al.[14], 2011, p.4.647). Uma diferenciação cara ao Paradigma Psicossocial e muito desafiadora em meio às cobranças no cotidiano intenso de

trabalho, às influências do modo tradicional de pensar a saúde, à falta de suporte da rede assistencial e à sobrecarga com as equipes reduzidas.

> Inicialmente nos deparamos com uma dificuldade: como é possível que equipes tão mínimas como as encontradas em nosso meio, trabalhando sob condições tão precárias, possam operacionalizar uma delimitação de objeto de trabalho/cuidado tão ampliada, que, conforme descrito no modelo psicossocial, busca superar a clínica tradicional e compromissarem-se com uma prática clínica baseada no diálogo entre racionalidades científicas, discursos socioculturais e meios de trabalho? (Oliveira[110], 2006, p.698).

A sensação de não se perceber apto a realização de seu trabalho e a busca por sempre adaptar-se para cumprir as exigências laborais é conceituada por Linhart[111] (2009) como precariedade subjetiva. Para o autor, uma situação na qual os trabalhadores vivem exigências cada vez maiores em seu trabalho e encontram-se preocupados por nem sempre poder responder a elas, pode desencadear esse tipo de sofrimento. Há também a precariedade objetiva, que pode ser facilitada em cenários onde pretende-se garantir a produtividade com o mínimo de investimento, nos quais os trabalhadores são levados à exaustão. Esse arranjo gerencial representa importante prejuízo à qualidade das relações pertinentes aos processos de cuidado (Barros e Bernardo[109], 2017).

Barros e Bernardo[109] (2017) trazem que quando a precariedade objetiva se soma à subjetiva podem haver consequências importantes para o trabalhador. Como fatores protetores a esse cenário pontua-se a importância do trabalho em equipe e o investimento na construção do cuidado compartilhado. Numa rede de articulações fortalecidas e orientadas ao Modelo Psicossocial, os benefícios não são apenas a promoção da saúde dos usuários, mas também a dos trabalhadores, que poderão ver minimizada ou quiçá extinguida a sensação de solidão, sobrecarga e culpa.

A situação pandêmica foi referida pelos generalistas participantes como um momento de precariedade subjetiva e objetiva em que foram levados ao limite, tanto pela carga pesada de trabalho e a natureza da doença que enfrentavam, quanto pela falta de recursos, indo da escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) até baixo quantitativo de trabalhadores. Trouxeram a seguinte construção narrativa: “Durante a pandemia, por exemplo, muito se exigiu de nós, mas foi dado pouco respaldo e pouca proteção” (GF-AB). Trazem ter vivenciado sentimentos como medo, desvalorização e falta de reconhecimento. De acordo com Oliveira et al.[81] (2020) os trabalhadores foram expostos a grande estresse nesse período com o aumento do

risco de contágio por estarem na linha de frente, com a limitação dos equipamentos de segurança e, como se não bastasse, pelas ameaças e agressões de segmentos populacionais.

A falta de reconhecimento do Estado somada ao desrespeito com que foram tratados por parte da população intensificou a sensação de injustiça vivenciada pelos trabalhadores: "Trabalhamos tanto por você, pela sua família, pela família de várias pessoas, como pode falar isso de nós que fizemos tanto?" (GF-AB). Houveram também trabalhadores que afastados por comorbidade sentiram-se em dívida com a equipe. Alguns dos profissionais participantes lembram do período mais intenso da pandemia como um cenário de horrores do qual não gostam de lembrar-se. Identificam que com a pandemia não foi apenas a saúde mental dos pacientes que piorou, mas a dos profissionais também. Duarte et al.[112] (2021), traz o risco aumentado dos profissionais expostos às mazelas pandêmicas desenvolverem estresse pós-traumático e sofrimentos associados àquele contexto.

Apesar do cenário pandêmico ter intensificado problemas institucionais e trazido suas próprias adversidades, o trabalho em saúde traz em si desafios muito importantes, uma vez que se lida frequentemente com situações de sofrimento e a subjetividade dos envolvidos sempre se faz presente. Barros e Bernardo[109] (2017) afirmam inspirados por Campos[113] (2005), o "sofrimento psíquico decorrente da organização e das condições de trabalho se soma àquele decorrente do contato intenso com a dor, com o sofrimento e a morte" (Barros e Bernardo[109], 2017, p.69). Os generalistas participantes reconhecem essa característica do trabalho em saúde: "Não estamos presentes apenas no momento em que uma criança nasce, mas também estamos ali no momento da dor, do sofrimento, da perda (GF-AB)."

Os trabalhadores da AB se veem implicados subjetivamente na produção do cuidado e percebem que lidar com suas afetações acaba por não ser nada trivial. Compartilham sobre a dificuldade de dosar entre envolvimento e separação, potência e limite.

> Há certa dificuldade em encontrar a medida exata do quanto é possível doar de si sem se expor ao risco de machucar-se e sentir dor. Há uma linha tênue, uma questão de espessura da barreira para que a proteção não se torne insensibilidade e frieza. É algo delicado, como sentir e envolver-se o suficiente para se importar e cuidar, mantendo a distância certa para não sucumbir? (GF-AB).

Entendendo o desafio que representa para o profissional o estabelecimento dessa barreira de espessura exata entre o eu e o outro, entre o profissional e o pessoal, Bleger[114] (1984) cria o conceito de "dissociação instrumental". O autor compreende que certo grau de dissociação é necessário para a produção do cuidado. Essa dissociação permite ao trabalhador

da saúde identificar-se com o usuário sem implicar-se pessoalmente com ele, possibilitando que realize as intervenções necessárias satisfatoriamente. No entanto, o autor reconhece que isso demanda grande aprendizado, consciência de si e ferramentas de suporte.

Os especialistas participantes também trouxeram sobre a alta carga emocional envolvida no trabalho em saúde mental e compartilham que vários profissionais da área acabam por ficar estafados e pedem transferência de serviço. Sinalizam que o trabalho envolve lidar com alto grau de sofrimento e com grande responsabilidade. Em ambos os grupos é trazido sobre profissionais que fazem psicoterapia e utilizam psicotrópicos.

Ambos os grupos identificam que os trabalhadores precisam contar com condições dignas de trabalho, com o acesso a cuidados terapêuticos, usufruindo de espaços de escuta e participando de trocas abertas. Afinal, o trabalhador é sua principal ferramenta de trabalho na oferta de cuidado em saúde mental, de modo que sua disponibilidade ao outro passa por si mesmo. Assim, deve-se investir na promoção da saúde mental do trabalhador, pois é dela que depende toda a produção de saúde: "percebemos que trabalhar em saúde é trabalhar com a nossa saúde, o cuidado passa por nós. Se não pudermos cuidar de nós, não conseguiremos oferecer um olhar para mais ninguém" (GF-AB).

Os trabalhadores trazem que seria importante poder contar com mais espaços de trocas e compartilhamento, que acabam por ser escassos no cotidiano de trabalho. Minozzo e Costa[108] (2013), apontam que embora o apoio matricial não tenha finalidade terapêutica, pode ser muito proveitoso para o fortalecimento das equipes na lida com situações complexas, inclusive, do próprio processo de trabalho. Coloca-se também o importante papel da gestão na busca por contribuir na oferta de trabalho a esses profissionais, assim como o reconhecimento da importância da realização pessoal com o trabalho.

> Quando se trata de trabalho em saúde, o cuidado do outro é a nossa tarefa mais conhecida, e nossa função desde o lugar de cuidadores é produzir desvios nas situações dadas e criar outras formas de existência. O que propomos é tomar esse exercício para nós mesmos, trabalhadores, para interrogar além das nossas práticas, nossos corpos e nossos modos de viver o mundo do trabalho e da vida na relação uns com os outros, a fim de qualificar não somente o cuidado dos usuários, mas o cuidado com nós mesmos (Almeida e Merhy[22], 2020, p. 72).

Almeida e Mehry[22] (2020) trazem que uma forma potente de cuidado aos trabalhadores é a formação de coletivos de trabalhadores solidários e capazes de autoanálise, tecendo uma rede viva protetiva. Ao final do GF-AB viu-se um poderoso momento de acolhimento das profissionais mais experientes para com os mais jovens, numa busca de auxiliar na percepção

dos limites, das possibilidades do lugar de trabalho na vida e também na identificação de suas redes de apoio.

> Isto vai além de uma instrumentalização do trabalho e de um agir antimanicomial voltado para a mudança das ações de cuidado com os usuários, envolve também a produção de uma ética de escuta, de acolhimento, de relação uns com os outros, inclusive na relação trabalhador-trabalhador (Almeida e Merhy[22], 2020, p.72).

Tal abordagem coletiva e entre os pares também se faz fundamental ao cuidado segundo o paradigma psicossocial, uma vez que o cuidado antimanicomial não consegue sustentar-se se as energias estão exauridas e se não se pode contar com parcerias. Assim, segundo Almeida e Merhy[22] (2020) "o cuidado do outro é tão fundamental quanto o cuidado de si e o cuidado com o encontro" (p.73).

Aqui mostra-se fundamental refletirmos sobre algumas armadilhas à espreita quando se aborda a temática da saúde mental dos trabalhadores da saúde. Considerar o sofrimento relacionado ao trabalho é diferente de patologizar o fenômeno que se apresenta ou desresponsabilizar o trabalhador do serviço a ser prestado ao usuário. Um processo cuidadoso com quem cuida, no ambiente de trabalho, consiste na oferta de espaços de escuta, de trocas horizontais, de participação, de respeito, de educação permanente e também na possibilidade de se pensar as condições de trabalho, questioná-las e construir alternativas. Embora tudo isso possa alcançar grande profundidade subjetiva, é diferente de uma terapia coletiva no trabalho. A tarefa da equipe segue sendo o cuidado com o usuário. O cuidado consigo, o cuidado de um membro da equipe para com o outro, a melhor relação com outros profissionais e com a rede, a reflexão sobre as condições de trabalho e a luta por melhores condições são pontos preciosíssimos no trabalho em saúde, no entanto são o caminho e não a finalidade em si.

A melhora nas condições de trabalho e a possibilidade da construção de um cuidado compartilhado, por exemplo, trarão melhor qualidade à saúde mental do trabalhador e para a do usuário também. Quando o trabalhador não se sente só na sua tarefa de cuidar e percebe que há parcerias que a amparam e auxiliam a sustentar-se, o sentimento de solidão tão relatado por todos os participantes se dissipa. De certo modo, pode-se considerar que cuidar das condições do cuidado e de quem cuida, de forma adequada sem jamais esquecer-se da tarefa, é a melhor forma de avançar na maior resolutividade das ações e num melhor resultado ao usuário.

Considerar esses fatores, traz sérias preocupações ao se pensar nos desmontes e nas terceirizações de que o SUS tem sido vítima, uma vez que se cria um cenário contraditório no qual não há recursos para que se cumpra a tarefa solicitada, deixando gerentes de serviços,

trabalhadores e usuários confusos sobre quem deve ser responsabilizado quando a conta não fecha. Não ter clareza sobre os ataques à política pública e os interesses subjacentes, o que é comum em meio a alienação do cotidiano apressado de trabalho, pode ser o elemento mais prejudicial à saúde do trabalhador, caso indevidamente a falta seja individualizada sob a perspectiva do fracasso individual.

7. Considerações Finais

Ao colocar a prática do cuidado compartilhado em foco, a presente pesquisa viu-se imersa em questões nevrálgicas da atenção à Saúde Mental brasileira. A temática da formação desponta ao se considerar a promoção de uma mudança paradigmática da assistência no campo. Assim como mostram-se fundamentais as discussões que buscam aprofundar as potencialidades e desafios do cuidado em saúde mental na AB, a qualidade das relações entre a AB e a atenção especializada e o grau de integração da rede assistencial. Reflexões sobre a saúde mental dos trabalhadores também aparecem como essenciais ao se considerar a produção de saúde.

As iniciativas para qualificação do cuidado engendradas pela UNICAMP em parceria com a gestão municipal, tiveram reconhecido seu resultado. No entanto, muito embora haja devolutivas positivas, vê-se que o seu objetivo quanto a melhora na integração da rede assistencial nos cuidados em saúde mental era ambicioso e foi apenas parcialmente alcançado. A rotatividade dos profissionais, a terceirização em curso, o incentivo à produtividade, o desmonte dos NASFs, o fortalecimento dos ambulatórios e das instituições asilares, o pouco investimento de recursos no campo da Saúde Mental, a sobrecarga dos profissionais e a tendência ao ensimesmamento dos serviços nesse cenário hostil vão na contramão da qualificação do cuidado compartilhado em saúde mental e da integração de rede.

Observa-se que a rede no município campo do estudo ainda guarda características correspondentes ao modelo hierarquizado entre os níveis assistenciais, mas nota-se a presença significativa, principalmente nas ESFs e nos CAPS, de um movimento de abertura, interesse e busca pela construção de uma rede mais integrada e com maior horizontalidade entre os pontos de atenção. Vê-se nas narrativas dos trabalhadores raciocínios nada triviais que demonstram esse movimento, como: “saúde mental é saúde”, “nos preparamos para sermos profissionais da rede e não apenas dos serviços” ou “o cuidado passa por nós”. Os trabalhadores desempenham papel fundamental na transição paradigmática. A busca por melhor compreender o processo de trabalho em saúde e as estratégias viáveis para o fomento do trabalho colaborativo mostraram-se essenciais.

Partindo-se dos achados deste estudo algumas recomendações podem ser pensadas e utilizadas como subsídio para a necessária e permanente reformulação das práticas e políticas públicas de saúde, são elas:

- Investir em ações de Educação Permanente para trabalhadores e gestores de modo rotineiro, cuidando da qualificação do cuidado em saúde mental orientado ao Modelo Psicossocial.

- Favorecer o intercâmbio de profissionais entre diferentes serviços, de modo a otimizar o conhecimento das práticas de saúde mental na rede e favorecer a construção de diálogos.
- Fortalecer a discussão sobre planos de carreira e salários para o trabalhador do SUS, nas três esferas de governo.
- Atentar para a privatização no campo da saúde, melhor compreendendo suas repercussões e evitando-a, quando possível.
- Realizar enfrentamento frente às estratégias de repasse financeiro voltadas à produtividade, tendo como baliza o número de procedimentos e não a qualidade da ação realizada.
- Incentivar ações para melhoria da atenção à crise, tendo em vista seu papel estratégico na desinstitucionalização.
- Não se olvidar da enorme potência do cuidado transversal em saúde mental na AB, mas sem pretender que se dê conta de toda a demanda nesse nível assistencial.
- Considerar o lugar estratégico que os CAPS ocupam na RAPS, fortalecendo suas ações junto aos outros serviços, mas sem esquecer-se de que o cuidado em saúde mental se produz em rede.
- Estimular e oferecer condições para o pleno desenvolvimento do Apoio Matricial, buscando incluir nele, cada vez mais, profissionais de outros pontos de atenção para além da AB, dos NASFs e dos CAPS, quando houver.
- Atentar para as relações estabelecidas entre generalistas e especialistas no Apoio Matricial, resguardando a horizontalidade e a troca de saberes.
- Desenvolver estratégias para trazer maior materialidade às discussões em saúde mental, como a pactuação de indicadores e a realização de atendimentos compartilhados.
- Incentivar que o Apoio Matricial possa acontecer para além das discussões de caso, construindo-se como um espaço também receptivo a análise de questões referentes à clínica, ao território e ao processo de trabalho.
- Construir junto aos apoiadores a possibilidade de se posicionarem de modo mais diretivo e propositivo, sem que isso mostre-se prescritivo ou restritivo de alguma forma.
- Investir em melhores condições de trabalho na saúde como um todo e direcionar recursos com prioridade para o campo da Saúde Mental, sempre promovendo espaços de diálogo, trocas, escuta e participação aos trabalhadores de saúde.

- Compreender que um processo cuidadoso com quem cuida implica repensar as condições de trabalho, o grau de integração de rede e as possibilidades de cuidado compartilhado, não recorrendo à patologização individual.

Mais do que uma recomendação, torna-se imperativo que o cenário de desmontes e ações de orientação ao Modelo Biomédico Hospitalocêntrico Medicalizador seja enfrentado e revertido nos três níveis de gestão. Algo que fica claro a partir dessa pesquisa é a importância de que a Saúde Mental seja priorizada como um dos pilares da saúde, dada sua relevância. Será que tal percepção poderá ser favorecida pelo fato da Saúde Mental ter se tornado um departamento no Ministério da Saúde no atual governo? Talvez um bom caminho seja seguir sempre lutando, sem deixar de permitir-se momentos de renovação para que a sustentabilidade desse movimento seja possível. Por estar alicerçado, em grande medida, em um movimento contra-hegemônico de produção de saúde e de vida como um direito, faz-se necessário a renovação das forças coletivas para que a luta não esmoreça e permaneça ativa, pois para acabar com o SUS basta esquecê-lo ou permitir que se esqueçam.

Vale aqui pontuar que as discussões trazidas neste estudo tangenciam pontos importantes na construção de políticas públicas, que embora não se constituíram como escopo deste trabalho, poderiam receber maior aprofundamento em pesquisas futuras. Sugere-se que possa ser melhor investigada a demanda tão massiva que se observa de casos considerados de gravidade leve a intermediária que chegam aos serviços buscando melhor compreendê-la. Também vê-se a necessidade da abertura de um diálogo que busque repensar sobre como tradicionalmente tem-se abordado o aspecto territorial nas políticas de saúde, assim como, refletir sobre a inserção da especialidade no âmbito do SUS. Para tanto, investigar como outros sistemas universais se organizam em torno dessas temáticas pode trazer subsídios para fomentar uma análise a partir da realidade brasileira.

8. Referências Bibliográficas

[1]Basaglia F. Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. 1ª ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

[2]Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicacio F (org.). Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-101.

[3]Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007

[4]Bauru. Manifesto de Bauru, Bauru - SP, 1897. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf

[5]Bauru. Carta de Bauru - 30 ANOS, Bauru - SP, 2017. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf

[6]Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015.

[7]Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. 1ª ed. Salvador: Editora Fiocruz; 2008.

[8]Brasil. Lei nº 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. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990.

[9]Sampaio J. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: Diretrizes e Experiências no Ceará. In: Lancetti A, organizadores. Saúde e Loucura n. 7. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1989. p.167-186.

[10]Rebello TJ, Marques A, Gureje O, Pike KM. Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. Current Opinion in Psychiatry. 2014Jul; 27(4): 308-14.

[11]Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001

[12]Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ;1995.

[13]Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1ª ed. São Paulo: Editora Unesp; 2003.

[14]Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD dos, Stefanello S, Trapé TL, et al.. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011Dec;16(12). Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013

[15]Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009Jan;14(1). Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036

[16]Shimoguiri AFDT. O Paradigma Psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Rev. Psicol. UNESP, Assis. 2019dez; 18: 198-216.

[17]Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. 2003; 1: 13-44.

[18]American Psychiatric Association (APA). DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.

[19]Chauvet DCV, Mori VD, Goulart DM. Neoliberalismo e subjetividade: desdobramentos em um serviço de saúde mental [dissertação de iniciação científica]. Brasília: UniCEUB; 2019.

[20]Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos - a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

[21]Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciencia & saúde coletiva [Internet]. 2010; 15: 2337-44. Disponível em: https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/845/826

[22]Almeida SA, Merhy EE. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. Revista Psicologia Política. 2020; 20(47): 65-75.

[23]Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-Abrasco; 2006. p. 459-74.

[24]Bermudez KM, Siqueira-Batista R."Um monte de buracos amarrados com barbantes": o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. Saude soc [Internet]. 2017Oct; 26 (4). Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170298

[25]Cecílio, LCO. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública. 1997; 13 (3):469-78.

[26]Nunes BM. Seguindo os fios que tecem as redes com Eugênio Vilaça Mendes e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: UERJ; 2021.

[27]Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. 1ªed. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.

[28]Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010Aug; 15 (5):2297–305. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005

[29]Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, p. 89-89, 2010.

[30]Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, p. 230-232, 2011.

[31]Macedo JP, Abreu MM de, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Saude soc [Internet]. 2017Jan; 26 (1):155–70. Disponíovel em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827

[32]Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006Maio; 22(Cad. Saúde Pública, (5):1053–62. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018

[33]Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. Physis [Internet]. 2014Jan; 24(1):253–71. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014

[34]Tófoli LF. Desinstitucionalização e integralidade no sertão cearense. In: Pinheiro R, Guljor AP, da Silva Junior G, Matto RA, organizadores. Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 225-238.

[35]Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016Abr; 20(57). Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0231

[36]Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007; 23(2):399-408

[37]Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde Soc. 2011; 20(4):961-70.

[38]Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009Jan;14(1). Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018

[39]Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. O SUS Cria Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União; Brasília; 2008.

[40]Emerich BF, Yasui S, Barros ACF. Apoio matricial, formação e saúde mental: conversas necessárias para sustentar o sus em tempos sombrios. In: Maria Salete Bessa Jorge, Maria Raquel Rodrigues Carvalho e Lourdes Suelen Pontes Costa, organizadores. Dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em saúde mental na atenção primária: articulações entre saberes e práticas. 1ªed.Fortaleza: EdUECE; 2019.

[41]Treichel CA dos S, Onocko-Campos RT, Campos GW de S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. Interface (Botucatu). 2019; 23: e180617.

[42]Oliveira MM de, Campos GW de S. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015Jan; 20(1):229–38. Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013

[43]Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. BMJ. 2014; 347.

[44]Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment Health. 2011; 38(2):65-76.

[45]Silva AA, Luiz CCA, Onocko-Campos RT, Leal EM, Lopes GP, Dainezi JA. Implementação de um ambulatório psicossocial para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário. Vínculo [Internet], 2021Abr;18 (1):42-52.Disponível em: http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p73-91.

[46]Treichel CADS, Silva MC, Presotto RF, Onocko-Campos RT. Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. Saúde em Debate. 2019; 43: 35-47.

[47]Camargo NF. Os desafios de implementação das evidências científicas e tradução do conhecimento na prática: revisão integrativa [dissertação de conclusão de curso]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019.

[48]Sáenz V, Patino CM, Ferreira JC. Implementation research and its role in public health and health policies. J bras pneumol [Internet]. 2021;47(5). Available from: https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210443

[49]Peters, David, Tran, Nhan, Adam, Taghreed. Implementation research in health: a practical guide. Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. 2013. Available from: http://www.who.int/iris/handle/10665/91758.

[50]Onocko Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Revista de Saúde Pública. 2008; 42(6):1090-6.

[51]Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hicitec. 2014.

[52]Minayo MDS. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R (org.). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores; 2008. p. 27-37.

[53]Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública. 2005; 39(3): 507-14.

[54]Gadamer HG. Verdade e método. 3ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

[55]Passos E, Kastrup V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. Fractal Rev Psicol [Internet]. 2013May; 25(2). Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200011

[56]Miranda L, Ferrre AL, Figueiredo MD, Onocko Campos RT. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko Campos RT, Furtado J, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. 1ª ed.São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores; 2008. p. 249-277

[57]Furtado JP, Campos RO. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008Nov; 24(11):2671–80. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100022

[58]Ricoeur P. Tempo e Narrativa (Tomo I). Campinas: Papirus; 1994.

[59]Ayres JR de CM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc saúde coletiva. 2005Jul;10(3):549–60.

[60]Habermas. Dialética e hermenêutica. Porto Alegre: LPM; 1987.

[61]Emerich BF, Onocko-Campos R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. Interface (Botucatu) [Internet]. 2019;23. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.170521.

[62]Gama CAP da, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. Interface (Botucatu) [Internet]. 2021;25. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200438.

[63]Furtado JP, Campos RO. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [Internet]. 2005 8(1). Disponível em: https://doi.org/10.1590/1415-47142005001011.

[64]Carvalho YM, Ceccin RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In:Campos GW (org.). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2006. p.232-41.

[65]Dias HS, Lima LD de, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013Jun;18(6):1613–24. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013.

[66]Costa DAS, Silva RF da, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018Oct;22(67):1183–95. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376.

[67]Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004b. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 fev. 2004.

[68]Saffer DA, Barone LR. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2017; 27 (3): 813-33. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300022.

[69]Cabral TMN, Albuquerque PC de. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. Saúde debate [Internet]. 2015Jan;39(104):159–71. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-110420151040415.

[70]Campos GW de S. SUS: o que e como fazer?. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2018Jun;23(6). Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018

[71]Campos GW de S. Reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2022;27(7). Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232027277.07692022

[72]Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2001Fev;5(8). Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000100007

[73]Gomes C, Rosa C. (2016). Efeitos de estratégia utilizada para fidelização de profissionais médicos na atenção básica de um município brasileiro. Revista de Gestão e Contabilidade da UFPI. 2016; 3 (1): 181-96.

[74]Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OM de FL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010Jun;15(1). Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064

[75]Gonçalves CB, Pinto ICDM., França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Saúde em Debate. 2019; 43: 12-23.

[76]Paiva DCP de. A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da Equipe de Saúde da Família [Dissertação de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2015.

[77]Correia VR, Barros S, Colvero L de A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011Dec;45(6). Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032

[78]Treichel CAS, Campos RTO. Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte. Saúde em Debate. 2022; 46:121-34.

[79]Brasil. Ministério da Saúde; Coordenação de Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde. Circular conjunta n. 01, de 13 de novembro de 2003. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários [Internet]. Brasília; 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf

[80]Figueiredo TP de, Sousa MNA de, Alves HB. Welcome in mental health in primary health care in the context of the COVID-19 pandemic. RSD [Internet]. 2021Jun; 10(7). Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16848

[81]Oliveira GS de, Monteiro L de S, Carvalho M de FAA, Freire AK da S. Saúde Mental em tempos da Pandemia da COVID-19: Concepções dos trabalhadores da Atenção Primaria a Saúde . RSD [Internet]. 2020;9(10). Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9339

[82]Castro-de-Araujo LFS, Machado DB. Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country. Ciência & saúde coletiva. 2020; 25: 2457-60.

[83]Molck BV, Barbosa GC, Domingos TS. Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. Interface (Botucatu)[online]. 2021;25: e200129. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200129.

[84]Izecksohn MMV, Teixeira JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017Mar;22(3):737–46. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.332372016

[85]Feliciano KVDO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(8): 3373-82.

[86]Hirdes A, Scarparo HBK. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015Feb;20(2):383–93. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013

[87]Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TW de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(9). Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220

[88]Tomaz M, Caputo LR, Bedim VB, Duarte MJ de O. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. Argumentum. 2020; 12(2): 91-106.

[89]Furtado JP, Onocko-Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013Jan;29(1):102–10. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100012

[90]Figueiredo AC. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. Mental. 2005; 3(5): 44-55.

[91]Uzuelli FH de P, Costa ACD da, Guedes B, Sabiá CF, Batista SRR. Reforma da Atenção Hospitalar para modelo de saúde baseada em valor e especialidades multifocais. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2019Jun;24(6). Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08612019

[92]Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2017Jul;21(62). Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939

[93]Furtado JP, Oda WY, Borysow I da C, Kapp S. A concepção de território na Saúde Mental. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016;32(9):e00059116. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116

[94]Lima EMF de A, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Saúde debate [Internet]. 2014Jul;38(102):593–606. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055

[95]Gomes VG, Onocko Campos R e Furtado JP. Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Campinas: Unicamp; 2006.

[96]Tesser CD, Poli P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017; 22(3):941-51 Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016.

[97]Severo AK, Dimenstein M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. Psicol cienc prof [Internet]. 2011;31(3). Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300015

[98]Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, janeiro de 2007, 85p.

[99]Ferreira Neto JL, Araújo JNG de. Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. Psicologia & Sociedade. 2014; 26: 675-84.

[100]Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, Brito C, Medeiros I, Bezerril MC. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. Rev. Polis e Psique [Internet]. 2013;2(3). Disponível em: https://www.seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40323.

[101]Jardim K, Dimenstein, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. Psicologia em revista. 2007; 13(1), 169-189.

[102]Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Psicol cienc prof [Internet]. 2008;28(3):632–45. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015

[103]Onocko-Campos R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In:Campos GWS (org.). Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003. p.122-49.

[104]Reis MFL. Integração da rede de cuidados em saúde mental: impactos de uma pesquisa de implementação na perspectiva dos gestores [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2023.

[105]Trapé TL, Onocko-Campos R, Gama CAP. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian National Health System. International Journal of Health Sciences. 2015; 3(3): 45-53.

[106]Severo AKS, Romagnoli RC, Amorim AKMA, Nobre MT. Intersetorialidade em Saúde Mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. Revista Subjetividades [Internet]. 2018;17(3): 157-168. Disponível em: https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/6075.

[107]Alves SC, Barbosa de SL, da Silva TL, Vicente QV. A gestão do trabalho no campo da saúde mental: desafios e possibilidades. Cadernos ESP [Internet]. 2015;9(1):9-18. Disponível em: https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/87

[108]Minozzo F, Costa II da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. Psico-USF [Internet]. 2013Jan;18(1). Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000100016

[109]Barros ACF, Bernardo MH. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. Revista de Psicologia da UNESP Assis. 2017; 16 (1): 60-74.

[110]Oliveira AGB de. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. Esc Anna Nery [Internet]. 2006Dec;10(4). Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000400011

[111]Linhart D. Modernisation et précarisation de la vie au travail. Papeles Del CEIC. International Journal on Collective Identity Research. 2009;(1):1-19.

[112]Duarte N, Jorge MSB, Silva DMF da, Souza DBC de, Oliveira RS, Barroso P, Lourinho L. Estratégias de promoção da saúde mental na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa. RSD [Internet].2021;10(11). Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19527

[113]Campos RO. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2005Jul;10(3):573–83. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300015

[114]Bleger J. Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.

9. Apêndices

9.1 Apêndice I: Roteiro dos Grupos Focais

ROTEIRO NORTEADOR DE PERGUNTAS PARA OS GRUPOS FOCAIS - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

1) A construção do trabalho compartilhado em saúde mental em uma rede integrada, te impacta enquanto trabalhador? Se sim, como?
2) Algo mudou nas suas ações, no trabalho em equipe ou na articulação da rede de saúde mental desde que teve início a implementação?
3) Como está hoje a questão da definição de papéis no cuidado em saúde mental e o fluxo dos usuários no que diz respeito a rede intra e intersetorial?
4) Como avaliam a qualidade das ações de Apoio Matricial no município?
5) Quais os maiores desafios que percebem para realizar o cuidado da saúde mental em rede, nesse momento?

9.2 Apêndice II: Narrativas

9.2.1 - Grupo Focal da Atenção Básica

A capacitação oferecida pela UNICAMP contribuiu para qualificar o trabalho que realizamos. Ajudou a transformar nossa forma de olhar e direcionar a atenção. Começamos a identificar algumas coisas que passavam em branco, de modo a conseguirmos avaliar melhor os pacientes com necessidades de saúde mental. Hoje também entendemos melhor sobre o uso das medicações psiquiátricas e suas indicações. Por vezes, saber quais medicações um paciente usa nos dá pistas sobre um possível diagnóstico. Algo importante e que muitas vezes o próprio paciente não sabe informar. Essas hipóteses orientam nossas condutas terapêuticas. A capacitação também foi importante para nos trazer conhecimentos sobre os transtornos psiquiátricos e contribuiu para que nosso medo de atender pacientes com necessidades de saúde mental diminuísse. Hoje nos sentimos mais seguras sobre como agir e podemos ouvi-los sem ficar assustadas ou apreensivas. Não percebemos que a capacitação contribuiu com a integração da rede, para isso ainda é preciso caminhar. De qualquer modo, caminhar pode ficar mais fácil após aprimorarmos nossos conhecimentos.

Em relação à própria capacitação, nem todo mundo participou, mas muitos dos que participaram já saíram e tantos outros entraram, seria importante contar com capacitações permanentes. Há uma rotatividade muito grande na atenção básica, alguns profissionais são desligados, muitos saem para assumir vagas em concursos públicos e outros são transferidos de unidades conforme as necessidades da própria fundação. Isso prejudica o seguimento dos pacientes no geral, mas principalmente dos com necessidade de cuidado em saúde mental, pois eles criam um vínculo muito forte com o profissional. Além disso, o profissional que já o conhecia, contava com sua confiança e tinha mais facilidade para manejar o caso. Muitas vezes uma breve conversa já poderia ser bastante resolutiva. O vínculo está relacionado com o acompanhamento ao longo do tempo. Na unidade em que uma de nós trabalha, vimos ainda essa semana que frente a uma situação de crise em saúde mental a médica pediu ajuda para a ACS que tinha vínculo com o paciente em questão e esta foi fundamental para o manejo do caso.

Um fator que percebemos ser de grande importância, quando pensamos no cuidado em saúde mental, é a postura ativa do profissional. Percebemos que muitos dos pacientes de saúde mental tem dificuldade de aderir ao acompanhamento ou mesmo de vir ao posto no dia agendado, então temos que aproveitar quando aparecem para cuidar deles ao máximo, oferecer tudo de qualidade que pudermos dentro das necessidades de saúde que apresentem. Podemos

fazer um teste rápido, um Papanicolau, uma vacina que esteja faltando. Se com isso conseguirmos construir um vínculo com o paciente e ele passar a aderir, maravilha, se não pelo menos conseguimos ofertar algum cuidado. São pessoas que não raro estão em situação de vulnerabilidade e exigem nossa atenção.

Outra estratégia é incluir temáticas de saúde mental dentro das ações programáticas das unidades e aproveitar espaços de grupo, que estão retornando em alguns locais, para realizar ações de promoção e prevenção em saúde mental. Uma ideia é aproveitar o momento em que os pacientes vêm fazer exames ou pegar receitas para nos aproximarmos deles. Uma de nós trouxe sobre a experiência aproveitar o dia em que viriam cerca de 60 pacientes no posto realizar a coleta de exames, para em parceria com o farmacêutico da unidade, realizar uma palestra sobre o uso de medicamentos, sobretudo dos de uso controlado. Nessa mesma unidade, geralmente a entrega de receitas também é acompanhada de alguma palestra ou discussão, por vezes disparadas pela exibição de vídeos. Essas práticas têm sido avaliadas positivamente. Uma outra forma frequente desses pacientes chegarem até nós é em situações de emergência. Recentemente aconteceu com uma de nós de em sua unidade acolherem um senhor em síndrome de abstinência alcoólica, que chegou a convulsionar no próprio posto, antes disso ele nunca havia ido até lá. As unidades novas tem uma estrutura que fornece condições para prestar um primeiro atendimento nesses casos.

A demanda de casos de saúde mental é grande e diária em nossas unidades. Somos a primeira porta de entrada, é aqui eles vêm buscar socorro para tudo. Acolhemos um número importante de pacientes com quadros depressivos, ansiosos e dependentes de substâncias psicoativas, em alguns postos. Percebemos um aumento das demandas de cuidados em saúde mental desde a pandemia, muitos pacientes que não tinham problema em saúde mental passaram a ter, essa tem sido a doença do momento. Atendemos várias outras doenças e agravos de saúde, mas o crescimento dessa demanda chama a atenção. Estamos vendo uma crescente demanda por questões sociais também, tem vindo muitas pessoas que perderam seu emprego e seu convênio de saúde.

Vemos que a prescrição de psicotrópicos é grande nas unidades e nem sempre é acompanhada de reavaliação. A medicação pode ser importante em uma crise, mas não necessariamente precisa perdurar. Além disso, nem todos os casos precisariam de medicamentos. Tornou-se algo banal. Acreditamos que essa medicalização esteja relacionada à escassez de outras ofertas terapêuticas, como se dando medicação pudesse-se substituir uma psicoterapia. Precisaríamos ter outras alternativas, mas percebemos que as construir é um desafio tanto para a equipe quanto para os pacientes. É frequente que o paciente chegue pedindo

medicação, parece que é algo cultural. Muitas vezes o paciente não abre espaço para que o médico sugira outras possibilidades e por vezes já vem solicitando uma medicação específica e assumindo um determinado diagnóstico que teria pesquisado na internet. Além disso, há a questão dos benzodiazepínicos. Receita azul é a perder de vista. Há grande dificuldade de fazer o desmame e retirá-los.

Em relação às dificuldades da equipe, parte delas se justifica pelo enfoque na produtividade. A possibilidade de olhar para o paciente perde espaço para que consigamos dar conta dos números, o trabalho entra no automático. Sentimos nos últimos tempos que a exigência para que a gente produza mais, bata a meta e consiga a verba tem ficado cada vez maior. A captação de dados ficou melhor, está informatizada. Os valores são pagos por procedimento e diferem se a pessoa tem ou não um CPF cadastrado, em caso afirmativo o valor é maior. Assim, há uma pressão por tornar cada vez mais eficaz o preenchimento de dados, o que é bastante difícil visto que nem sempre as pessoas passam seus dados corretamente seja por estarem incompletos ou por uma questão de insegurança. A isso soma-se o fato de muitas vezes trabalharmos em equipes com quantidade de profissionais abaixo da necessária, sem reposição ou cobertura de férias.

Nós conseguimos oferecer aquilo que temos no posto, um grupo, às vezes uma conversa, quando querem contar alguma coisa, mas esse outro atendimento secundário, esse atendimento específico, a gente não têm como oferecer. O paciente vem, você atende, conversa, entrega a receita, mas não temos como oferecer aquele atendimento com tempo e qualidade ideais. O atendimento em saúde mental na Atenção Básica ficou bastante prejudicado por conta da saída do NASF, ficamos sem assistência nenhuma, sem psicólogo, sem nutricionista, sem fisioterapeuta. O serviço de referência tornou-se o Ambulatório Central de Especialidades, mas lá a demora é muito grande, não há vagas e eles também não dão conta de dar uma boa assistência ao paciente. Percebemos que para além da ausência de vagas, há outros entraves que dificultam a oferta do atendimento especializado em saúde mental em tempo oportuno no ACE. Por vezes os encaminhamentos, ainda feitos no papel, são perdidos. Também nos deparamos com dificuldades da central de regulação na compreensão das situações de saúde mental. Com a demora na oferta da assistência adequada os casos se agravam e a intervenção necessária se complexifica. Algo que vem contribuindo para evitar os encaminhamentos e a fila de espera é a presença de estagiários de psicologia nas ESFs, pena não se tratar de uma presença permanente. A oferta de psicoterapia na universidade também auxilia.

O NASF nos ajudava muito, tínhamos grupos de promoção à saúde, como o grupo do educador físico, que nos ajudava a manejar os pacientes com quadros depressivos leves.

Quando a gente tinha esse outro serviço integrado, conseguíamos dividir e dar uma assistência melhor para o paciente, isso faz bastante falta em todos os postos, foi uma perda muito grande. O apoio que o CAPS oferece não substitui o suporte do NASF, que estava ali para construir junto no cotidiano. Os CAPS são serviços separados, é mais distante e, na maioria das vezes, nos vemos apenas nas reuniões de matriciamento.

Na prática, tem algumas situações em que não fica muito claro se seria ou não caso de encaminhar para acompanhamento nos CAPS. De um lado, temos casos que poderiam ser considerados de leves a moderados, no quais o paciente recusa-se a contar sobre o que sente para a equipe do posto, seja por vergonha ou por não querer expor sua família. De outro lado, tem pacientes com quadros graves que consideraríamos importante um atendimento especializado em saúde mental, mas que se recusam a ir até CAPS, seja pela dificuldade de locomoção ou pelo vínculo com a equipe do posto e pedem para que tudo seja resolvido por aqui. Tem casos que acabamos encaminhamos aos CAPS, mas que dificilmente chegarão até lá. Às vezes percebemos que é importante alguma flexibilidade para não gerarmos desassistência. É importante que toda a equipe esteja alinhada, inclusive os médicos clínicos dos postos, senão, torna-se mais difícil assegurar o cuidado. Percebemos que é fundamental a horizontalidade e não hierarquização dentro das equipes. Quando uma equipe é unida e gerencia bem as diferenças entre seus membros o cuidado é favorecido e as condições de trabalho também.

O contato com a rede de saúde faz muita diferença e poder contar com apoio dos CAPS nas reuniões mensais de matriciamento é importante, propicia trocas e nos ajuda a melhor compreender o fluxo entre os serviços. Entretanto a conversa fica um pouco vaga, em alguns momentos, e talvez pudesse se tornar mais completa e objetiva nos ajudando, por exemplo, na construção de um protocolo de orientação aos atendimentos. Percebemos que os médicos clínicos ficam inseguros em tomar condutas e avaliamos que o matriciamento é bom para discutir casos, mas não diz o que pode ser feito, ou de que maneira, não passa segurança, para isso seria indicado um treinamento específico. Seria importante ter um psiquiatra de referência com quem o médico da unidade pudesse conversar, ligar quando necessário ou atender conjuntamente se o caso exigir. Hoje as reuniões de matriciamento em geral acontecem na ausência do psiquiatra, sentimos falta da presença dele, já que poderia nos trazer orientação de como conduzir aqui no posto esse paciente e esclarecer sobre interações medicamentosas. Conseguimos contato com a equipe técnica do CAPS, mas algumas de nós entendem que é necessário debater sobre a linha de cuidado do tratamento com o médico psiquiatra, já que é ele quem prescreve.

Por vezes não sentimos parceria e resolutividade na discussão de casos com alguns profissionais dos CAPS. Ouvimos falas como “façam alguma coisa” ou então “manda ele ir lá passar em acolhimento”, normalmente eles pedem para o paciente ir até o CAPS. Algumas de nós já nos deparamos com frases como essas “ah, quando morrer resolve” ou “quando os pais morrerem, ele amadurece”. Isso não é acolhimento! Não é uma resolução, isso é o mesmo que dizer “deixa do jeito que está”. A gente teve um caso aqui muito sério, anos atrás, e a resposta foi “quando morrer resolve”. Infelizmente a solução foi a morte, porque ninguém resolveu e os envolvidos eram pacientes do CAPS. Situações como essas nos levam, em alguns momentos, a perder a fé na resolução e a desacreditar que alguma coisa vai mudar. O sistema dá a volta e volta para o mesmo ponto porque os profissionais que estão lá seguem os mesmos, seria importante que pudéssemos renovar e trazer vida nova.

Algumas de nós tem a sensação de que trabalhar por muitos anos na rede não necessariamente significa mais conhecimento, muito pelo contrário, pode significar dessensibilização, desesperança e ser prejudicial a qualidade do trabalho realizado. Após ter visto tantas desgraças, o profissional pode passar a não se importar mais e a não procurar fazer a diferença. Outras de nós acreditam que há profissionais antigos que contribuem significativamente a partir da experiência adquirida com a formação dos novatos.

De qualquer forma, esse é um espaço importante, então a gente tenta, a gente continua matriciando, continua trazendo casos, continua tentando buscar por alternativas. Há algum tempo tínhamos uma boa coordenação de saúde mental que participava dos encontros de apoio matricial, talvez se ela pudesse voltar a participar a qualidade das reuniões melhorasse. Estamos pensando em falar para a nossa coordenação da fundação fazer essa ponte.

Gostaríamos de poder melhorar nossa relação com os CAPS, pois poderiam ser grandes parceiros. Percebemos que às vezes os encaminhamentos que fazemos não fazem muito sentido para eles. Já aconteceu de pedirmos auxílio para o CAPS AD no caso de uma gestante e eles tentaram ajudar, mas ao verem que a paciente não quis aceitar o atendimento, eles desistiram e nos enviaram um relatório explicando a recusa da paciente. Após isso não houve nenhuma outra ação. Entendemos que os CAPS estão sobrecarregados e que a nossa frustração também é a frustração deles, porque eles têm muita demanda e não conseguem dar o suporte necessário. Como nós, também dependem de outros setores, do governo. Falta investimento no SUS e na saúde mental. Percebemos que por vezes a saúde mental não tem prioridade. Parece que tudo que não é palpável é desvalidado, se não há um exame de sangue que comprove que algo não vai bem, você passa despercebido. Assim fica difícil que o cuidado oferecido seja resolutivo, o problema continua lá. Por isso às vezes gostaríamos que fizessem aquele pouquinho extra, sabe?

Seria importante que os CAPS pudessem funcionar 24h, ou pelo menos ter um psiquiatra todos os dias em horário comercial e contar com uma equipe completa. O sofrimento mental, o surto, a tentativa de suicídio não têm dia e nem horário para acontecer, por isso que é necessário ter alguém ali o dia todo. Lá precisa ser o local em que o paciente possa sentar, chorar, falar da vida e ter alguém disponível para ouvir em qualquer momento. A saúde mental não pode ter data, nem hora marcada. A noite inclusive, costuma ser o horário mais crítico para alguém que não está bem. Não podemos contar que a pessoa que está em um sofrimento extremo terá condições de esperar o serviço abrir ou voltar quando tiver agenda disponível.

Os serviços de retaguarda para emergências no município deixam a desejar. O próprio pessoal dos CAPS se sente desamparado, queixam-se muito de não ter um leito hospitalar para pacientes em situações de crise. A Santa Casa, o hospital municipal, não está organizada para isso, o máximo que pode acontecer é colocarem o paciente em uma cela que eles tem lá, tem grade e é trancada com cadeado, é lamentável. A UPA por sua vez tem dificuldade de realizar um primeiro atendimento efetivo e muitas vezes não oferece nem os cuidados mínimos, tem plantonistas que não medicam casos de saúde mental e se não há psiquiatra no CAPS, muitas vezes, o caso vem parar nos postos de saúde. Se a médica clínica da ESF pode prescrever, porque o plantonista já não o fez?

Acreditamos que construir uma rede de saúde mental é um desafio para qualquer município, mas se a gestão não abraça essa causa, o cuidado não se torna efetivo e o que vemos é esse jogo de empurra. O que é péssimo para o paciente, que muitas vezes não tem condições financeiras ou uma rede de apoio que o ajude nesse itinerário, ainda mais nesse momento social tão delicado que vivemos. E também péssimo para serviços, pois uma vez que não há corresponsabilização, procura-se um culpado quando as coisas dão errado e geralmente somos nós da Atenção Básica os responsabilizados.

Isso nos deixa triste porque muitas vezes nós vemos caminhos para possíveis resoluções, mas trabalhamos em rede, dependemos da atenção especializada para a integralidade do cuidado e nem sempre o outro serviço vai enxergar da mesma forma e nem sempre poderá responder a demanda. As contrarreferências raramente retornam e quando vem costumam estar mal preenchidas, não há uma sugestão do especialista de como conduzir o caso. Isso sem contar os serviços que recusam o encaminhamento. Nós somos da atenção primária e o paciente nunca deixa de ser nosso, no entanto não temos como dar conta de todas as suas necessidades de saúde e por vezes parece que é isso que esperam de nós.

Sentimos que muitas vezes nosso trabalho não é reconhecido, nem pela rede, nem pelo paciente e às vezes nem pelos nossos pares. Durante a pandemia, por exemplo, muito se exigiu

de nós, mas foi dado pouco respaldo e pouca proteção. Trabalhamos na linha de frente naquele momento em que tudo ainda se desconhecia sobre a doença. Faltou muito recurso, havia momentos em que nada podíamos fazer, além de acompanhar as mortes no cotidiano do serviço e na televisão. A vontade era de chorar, tínhamos medo de pegar a doença e contaminar nossos familiares. Por vezes passávamos cerca de 8h seguidas paramentados com os EPIs, fazendo mais de 100 testes por dia. Para algumas de nós seria desejável apagar essas lembranças da memória. Foi horrível. A vinda da pandemia não piorou apenas a saúde mental dos pacientes, mas a dos profissionais também. A própria vacinação foi bem cansativa, foram vários finais de semana vacinando.

Mais de uma de nós precisou ficar afastada no período inicial da pandemia por pertencer ao grupo de risco, uma de nós traz que o sentimento no retorno foi de dívida com a equipe e que a vontade era de trabalhar o extremo para compensar o tempo em que não pôde dividir a carga pesada. Outra de nós conta que trabalhou à exaustão nesse período e que neste ano, quando as coisas acalmaram, viveu um afastamento em decorrência de intenso sofrimento psíquico. Há quem entre nós sinta, em alguns momentos, que está no limite. Algumas coisas que contribuem para isso são atitudes desrespeitosas que alguns pacientes têm para conosco e a ausência de suporte da equipe nessas situações. Seria necessário defender os seus pares, reconhecendo seu valor e ajudá-los a colocar limite na agressividade do outro. Frente a essas situações, por vezes a sensação é de injustiça e a vontade é de poder falar coisas como "Trabalhamos tanto por você, pela sua família, pela família de várias pessoas, como pode falar isso de nós que fizemos tanto?" ou "Você presenciou tudo, como pôde não falar nada, não nos defender? Você mais do que ninguém deveria falar calma senhora. Me senti uma nada ali".

Em geral, nós gostamos do que fazemos, mas acreditamos que seria importante podermos contar com um apoio psicológico. Algumas de nós fazem psicoterapia e por vezes utilizam psicotrópicos. Não é fácil gerenciar o stress, a demanda, a frustração e por vezes as coisas se acumulam. Não estamos presentes apenas no momento em que uma criança nasce, mas também estamos ali no momento da dor, do sofrimento, da perda. Nós nos envolvemos e queremos ofertar o melhor para o paciente e fazer valer os princípios do SUS. Mas percebemos que trabalhar em saúde é trabalhar com a nossa saúde, o cuidado passa por nós. Se não pudermos cuidar de nós, não conseguiremos oferecer um olhar para mais ninguém. Sentimos que não há uma preocupação para que essas condições de trabalho sejam asseguradas. Não há promoção da saúde mental do trabalhador, a carga horária é elevada, não há grupos como este, em que possamos falar e ser acolhidas sem julgamento.

Algumas de nós, formadas há menos tempo, percebem uma mudança em sua satisfação com o trabalho. A realização encontrada nos primeiros tempos após a formatura sofre um declínio à medida que aparecem algumas situações do cotidiano e a precariedade das condições de trabalho. Há certa dificuldade em encontrar a medida exata do quanto é possível doar de si sem se expor ao risco de machucar-se e sentir dor. Há uma linha tênue, uma questão de espessura da barreira para que a proteção não se torne insensibilidade e frieza. É algo delicado, como sentir e envolver-se o suficiente para se importar e cuidar, mantendo a distância certa para não sucumbir? As que dentre nós já estão há mais tempo nos serviços entendem que é algo realmente difícil de aprender, mas possível e necessário. Compartilham da importância de se ater ao que está dentro do nosso alcance e procurar oferecer o melhor dentro de nossas possibilidades, reconhecendo que haverá um limite. Reconhecem que esse amadurecimento não se dá de forma homogênea e por vezes alguns assuntos se tornam tranquilos, enquanto outros ainda são mais difíceis de serem digeridos. Dizem que com o tempo ficamos mais espertas e aprendemos a filtrar. Trazem também a compreensão de que o trabalho é só nosso trabalho. A nossa vida é também fora daqui, na nossa casa, onde encontramos amor. Trazem da importância de encontrar um local em que a gente se sinta acolhida, seja em nossa família, nas conversar entre os pares, em atendimento com um profissional. O necessário é encontrar alguém que nos ouça.

9.2.2 - Grupo Focal da Atenção Especializada

Avaliamos que houve melhora na integração da rede em relação aos anos anteriores, principalmente no que se refere à relação entre os CAPS e a AB. A comunicação entre os serviços e a realização de encaminhamentos tornou-se mais fluida. Percebemos que depois da vinda da pesquisa da UNICAMP passou-se a falar mais sobre as redes e a se prestar mais atenção a elas. A pesquisa como um todo e a capacitação dão início a algo, a um processo de fato, mas é necessário amadurecer ainda. Um ganho da capacitação foi contribuir para a desestigmatização do campo da saúde mental e dos usuários da saúde mental para os profissionais da AB.

Para muitos de nós, a capacitação contribuiu para a qualificação de nossa prática profissional e também para a ampliação de nossa compreensão sobre as possibilidades de cuidado que poderiam ser ofertadas por outras categorias profissionais e por outros pontos da RAPS. Há ações básicas em saúde mental que qualquer profissional da equipe técnica de qualquer serviço de saúde poderia estar apto a realizar, como é o caso da escuta terapêutica, por

exemplo. Alguns de nós não tínhamos clareza disso e conhecer essas possibilidades contribuiu para compreendermos o quanto os outros espaços da rede são também estratégicos.

Muitas vezes iniciamos no campo da saúde mental sem preparo técnico. A capacitação ofertada pela pesquisa auxiliou na inserção de profissionais recém chegados aos CAPS. Alguns de nós, inclusive, fazíamos parte desse pessoal. Além dos conteúdos compartilhados, foi muito positivo o intercâmbio entre os trabalhadores de diversos serviços durante os encontros da capacitação, no sentido de perceber como outros atores compreendem as problemáticas da saúde mental, discutem os casos e trabalham com elas.

Tivemos diferentes formações e percursos profissionais. Muitos de nós sentimos que "caímos de paraquedas" no campo da saúde mental. Para alguns de nós essa queda foi mais dolorosa, há quem já tenha considerado pedir transferência de serviço no início e quem chorava diariamente nas primeiras semanas. Cada um à sua maneira, todos decidimos ficar e enfrentar o desafio. E veja só, aqui estamos já aprendendo a caminhar. Muito sofrimento poderia ter sido evitado se tivéssemos sido recepcionados com treinamento e mais informações. Seria importante que tivéssemos tido a possibilidade de circular por diferentes serviços da rede municipal, ainda que por um período breve. Apenas um de nós teve essa oportunidade. Quando circulamos por outros espaços, entramos em contato com outros pontos de vista e entendemos a potência que cada um dos pontos da rede pode nela desempenhar. Assim, nos preparamos para sermos profissionais da rede e não apenas dos serviços. Seria importante inclusive estabelecer conversas com outros municípios, organizar fóruns de saúde mental regionais, já que isso poderia nos oferecer parâmetros para avaliar nosso trabalho e abrir a possibilidade de inventarmos coisas ainda não pensadas.

Muito do que grande parte de nós aprendeu foi a partir das trocas com profissionais mais experientes e com o próprio cotidiano de trabalho. Se nós conseguimos aprender, profissionais de outros serviços também poderiam se beneficiar com as trocas e com a exposição ao nosso cotidiano de trabalho e transformarem também suas visões acerca do campo da Saúde Mental. Alguns de nós nos surpreendemos vendo todas as dificuldades pelas quais passam os profissionais da saúde mental, com a escassez de recursos e com o quão complexo é o trabalho em si. Talvez, se fosse estabelecida maior proximidade, profissionais de outros serviços da rede assistencial entenderiam melhor as limitações e potências de serviços como os CAPS. Percebemos que o trabalho em saúde mental apresenta uma especificidade que não é encontrada na dinâmica de trabalho de nenhum outro serviço. De qualquer modo, se nossa formação de base contemplou as políticas do SUS e de Saúde Mental temos mais chance de ficar empolgados e estimulados a trabalhar para efetivá-las.

Consideramos insuficiente nosso conhecimento sobre a rede e percebemos que isso pode dificultar o acesso do usuário a outros pontos de atenção e os intercâmbios entre os serviços. Na maioria das vezes não ficamos sabendo sobre quais ofertas terapêuticas tem cada unidade. Isso deveria ser mais claro para nós e para toda a rede. Esse desconhecimento torna difícil pensar em outras possibilidades de seguimento terapêutico em saúde mental para além daquelas ofertadas pelo trinômio: AB-ACE-CAPS. No CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher), por exemplo, soubemos recentemente que há oferta de psicoterapia para algumas mulheres, mas não sabemos quais os critérios para o acompanhamento nem sobre como acessá-lo. É como se girasse do CAISM para o CAISM. Essas dificuldades são crônicas no município. Percebemos a ausência de uma gestão que desempenhe papel de coordenação perante a rede, os fluxos, a comunicação e a articulação entre os diferentes serviços de saúde. E se na própria saúde não é fácil, a relação com os serviços da rede intersetorial, como da assistência social, é ainda mais difícil.

Em relação ao Ambulatório Central de Especialidades (ACE) avaliamos que ele deixa a desejar, tanto no que diz respeito a sua inserção na rede assistencial, quanto no que tange a sua própria dinâmica de funcionamento. É um equipamento que consideramos como afastado, isolado, solitário, ensimesmado, tendo a rede dificuldade de acessá-lo, de se comunicar e até de saber quem lá trabalha. Também há dificuldade de compreender como lá se dá o processo de trabalho e o quanto está orientado para as diretrizes do SUS. É um serviço desorganizado, sem reunião de equipe e ouvimos dizer que há casos em que uma sessão de psicoterapia é realizada a cada dois meses, o que dificulta que compreendamos qual sua finalidade terapêutica. Discussão de caso só é possível com trabalhadores que além de lá também atendem nos CAPS e tal prática torna possível o fluxo de usuários entre os serviços. Caso contrário, esse fluxo é barrado por uma grande fila de espera. Não raro recebemos pacientes em quadros agudos, que após a estabilização e melhora se tornam casos que não necessitariam de um seguimento no CAPS. Se encaminhamos para o ACE, logo o paciente volta dizendo que não conseguiu ser atendido lá, que ficou na fila de espera e que a medicação acabou.

Há hoje o que poderíamos nomear como “vazio assistencial” para os casos em saúde mental considerados de gravidade leve ou moderada. Um caso que não tenha perfil para o CAPS, mas exige uma certa atenção, muito provavelmente ele não receberá a atenção devida no ACE. Desde do desmonte da equipe do NASF no município, o ACE tem sido visto como a principal oferta de cuidados especializados para usuários com quadros de baixa gravidade.

Percebemos que esse vazio assistencial gera descontinuidade no cuidado ao usuário, uma vez que embora realizado acolhimento em situações de crise, como em uma hospitalização,

não há segmento terapêutico e assim o prognóstico fica comprometido. Em relação a rede de urgência e emergência também vivemos um cenário complicado. A Santa Casa parece não fazer parte da rede, sua participação na RAPS deixa muito a desejar. Percebemos dificuldade de uma melhor costura no processo de alta hospitalar. Antes da pandemia já chegamos a ter dois leitos disponíveis, mas um deles era inadequado, o chamávamos de celinha, pois tinha grades, cadeado. Seria importante reavermos pelo menos um leito em condições dignas. Nós dos CAPS acabamos recorrendo à UPA para a retaguarda, mas vale dizer que o trabalho junto a ela está longe de ser fácil. Não raro os pacientes evadem e temos a sensação que de um jeito sutil a fuga é facilitada. Não parece que o paciente que evade, mas que evadem o paciente. Temos uma boa relação com a Assistente Social da UPA e podemos contar com sua parceria, mas quando não está lá sentimos que não temos com quem contar. Também há boa relação entre a psicóloga da Santa Casa e os profissionais do CAPS. Seria importante que os profissionais da rede de urgência e emergência pudessem começar a participar das reuniões de apoio matricial também.

No que se refere aos PSFs, percebemos que os vem apresentando dificuldade no cuidado em saúde mental com a saída da equipe especializada que lhes dava suporte. Quando tínhamos o NASF, era bem legal, nos comunicávamos bem. Elas tinham bastante demanda porque eram em poucas profissionais, mas estavam lá, isso já fazia a diferença. A gente sabia que encaminhando para UBS ou PSF o NASF iria dar uma assistência, mas agora não tem. E aí? Há quem encaminhe os pacientes às clínicas escola de psicologia.

Sabemos da sobrecarga que costumam enfrentar as unidades de AB, compreendemos a complexidade do cuidado desse nível assistencial e as condições por vezes precárias de trabalho. No entanto, desejamos poder ampliar nossa integração com as ESFs e poder nos sentir mais respaldados por ela, tanto no que se refere aos cuidados oferecidos em saúde mental à população do território, quanto na oferta de cuidados clínicos aos usuários de serviços de saúde mental. A AB é estratégica para a efetivação da oferta de uma atenção integral. Esperamos por uma corresponsabilização, porque o paciente pode estar sendo atendido no CAPS, mas não deixa de ser um munícipe, um paciente do bairro também. Saúde mental é uma só, saúde mental é saúde. Então a lógica “toma que o filho é seu filho” não pode acontecer, o filho é nosso, ele é um munícipe. Infelizmente, encontramos dificuldades ao tentar garantir um cuidado integral. Muitas vezes o paciente chega na especialidade e aqui fica, ele nunca mais cuida da parte clínica básica, nunca mais nem pisa na UBS. Vira paciente do CAPS. Sentimos, por vezes, que os outros serviços esperam que o CAPS possa se responsabilizar por todas as necessidades de saúde do usuário. E sempre buscamos explicar de que há uma razão para não se ter tudo aqui e da importância de que possam encontrar assistência clínica, odontológica, em outros. Falamos

da importância de que o usuário possa circular pela rede. Apesar das dificuldades, percebemos uma grande heterogeneidade nas possibilidades de construção de cuidado compartilhado entre as ESFs. O posicionamento do coordenador da equipe e dos trabalhadores pode desempenhar importante papel nessa disponibilidade. Alguns de nós vivenciaram experiências positivas de trabalho cooperativo que se mostraram resolutivas e satisfatórias. É gratificante saber que, com algumas parcerias, conseguimos efetivar o cuidado integral e cooperativo, chega a ser emocionante quando os princípios da política SUS se realizam através do nosso trabalho.

Para tanto, consideramos que as reuniões de apoio matricial ajudam muito e percebemos que no geral está em curso um amadurecimento. Podemos observar tanto equipes super interessadas, quanto equipes que nem aparecem na reunião ou só vão se tiverem um caso para discutir. Já aconteceu com pelo menos um de nós ouvir de um profissional da AB dizer sobre estar muito ocupado, com coisas muito importantes para fazer e que não poderia ficar sentado conosco por uma hora. Ou seja, entendemos que discutir saúde mental não é uma prioridade para ele. Até pode acontecer de não se ter um caso para discutir, apesar da grande demanda de saúde mental que chega nas UBS, porque a comunicação pode estar acontecendo de outras formas, como através de ligações, WhatsApp, e não apenas na reunião de matriciamento. Alguns médicos psiquiatras dos CAPS tem dificuldade de participar das reuniões por conta da carga horária, mas colocam-se disponíveis para o contato. Mesmo que não se tenha casos, pode-se aprender com discussões trazidas pelos colegas ou aproveitar o espaço para conversar sobre outras questões, seja sobre um tema escolhido, a formulação de políticas ou até mesmo tentar pensar formas de melhorar a rede. O Apoio Matricial não deve se reduzir a discussão de casos. Realizar atendimentos conjuntos também é uma ótima opção, porque quando atendemos juntos ultrapassamos a discussão abstrata e o aprendizado se torna mais real e palpável. Isso acaba levando a uma capacitação de uma forma que não é maçante, não é aquela coisa de aula, torna-se dinâmica e significativa no dia a dia. Ainda precisamos aprimorar o encontro do discurso com a prática, do raciocínio clínico com o manejo clínico. Essa parte fica ainda meio fragmentada. Também seria muito importante que conseguíssemos conhecermos melhor os funcionamentos das ESFs e suas dificuldades. Assim, poderíamos identificar as necessidades das equipes e do território.

Uma situação que amplifica os desafios ao cuidado e ao trabalho em rede é a grande rotatividade de profissionais da ESFs no município. É complicado porque estabelecemos relações com pessoas e não apenas com o serviço. Nós construímos um bom vínculo com a equipe, pactuamos sobre o fluxo de usuários, os encaminhamentos passam a ser feitos corretamente, existe uma comunicação quase que diária às vezes, dependendo o PSF, e daí de

repente troca alguém e começam a vir os descompassos. Infelizmente isso é algo bem estrutural. Teoricamente os PSFs deveriam ter um vínculo profundo com seus usuários e estar apropriados das dinâmicas e realidades de seu território. Mas a rotatividade traz fragmentação e descontinuidade seja no vínculo com os munícipes adscritos, seja com os profissionais da rede. Tudo precisa ser reconstruído, muita coisa acaba se perdendo.

Devido a essas dificuldades que enfrentamos no trabalho com as ESFs e com a rede como um todo, nós, muitas vezes, nos sentimos sozinhos no trabalho em saúde mental. Os CAPS acabam sendo os pontos quentes onde as questões mais sérias aparecem. Trabalhar sem uma rede engajada e com uma equipe menor que a mínima, num setor tão complexo, chega a ser sub humano. Há um descompasso entre o que a gente pode fazer e a atenção que deveria ser dada. Então tentamos fazer um milagre. Fazer o que é impossível. Por todos os lados, sentimos uma exigência muito grande, de fontes internas e externas. Sentimos que deveríamos ser super-homens e super-mulheres.

Há ainda muito preconceito em relação ao campo Saúde Mental. Encontramos dificuldades para que outros pontos da rede se co-responsabilizem pelo cuidado. Não percebemos interesse dos demais serviços em saber como é o nosso trabalho, os motivos pelos quais buscamos trabalhar segundo os princípios antimanicomiais, nem porquê serviços como os CAPS existem. A maneira como os usuários são referenciados para nós demonstram, por vezes, a expectativa de que nós tivéssemos as soluções para os problemas. E como adoraríamos poder tê-las, isso mexe conosco. Por vezes sentimos que estamos apenas enxugando gelo, o que é frustrante quando se quer o melhor para o paciente.

Nos sentimos sozinhos, pois não vemos que a sociedade e os outros setores possam lutar conosco por melhores condições de trabalho, por mais profissionais. É desgastante trabalhar desse modo por muito tempo, o stress é grande. Nosso trabalho envolve grande gasto de energia, ouvimos muitas coisas e temos que lidar com situações muito pesadas, a responsabilidade é grande. Por vezes vemos profissionais estafados pedindo transferência. Procuramos manter um ambiente bem descontraído para compensar um pouco. Os profissionais precisam de cuidados também. Além disso, percebemos dificuldades em relação a recursos financeiros e materiais. O que vem pra nós costuma ser usado, remendado, já ter passado pela rede inteira. O descuido parece se apresentar em nível material também.

Apesar de toda a precariedade de condições e do desafio que representa o cuidado em saúde mental, devemos seguir lutando e encontrando um caminho, porque fechar os CAPS não é uma opção. Contar com uma equipe de tamanho adequado e com todas as condições de trabalho seria incrível, mas esses desejos, utópicos para o momento, podem ofuscar algumas

medidas mais simples e de baixo custo que em muito poderiam ajudar. Algumas medidas administrativas poderiam facilitar o fluxo de usuários entre os serviços e o acesso a diferentes modalidades de cuidado. A pactuação de agendas abertas compartilhadas com a AB, por exemplo, poderia favorecer um encaminhamento qualificado e evitar desgastes. Percebemos que os usuários de saúde mental costumam ter muita dificuldade em acessar outros pontos da rede e por isso mesmo, considerando-se o princípio da equidade, deveriam ser uma população priorizada. Somando-se a isso há a dificuldade das equipes de realizar busca ativa e manejar possíveis resistências. De modo que estratégias para otimizar a comunicação seriam fundamentais. Se a gente tem como fazer a vacina chegar na temperatura certa de um lado pro outro, com a informação também dá pra fazer isso.

10. Anexos

10.1 Anexo I: Parecer consubstanciado

UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO

Pesquisador: Rosana Teresa OnockoCampos

Área Temática:

Versão: 12

CAAE: 00827918.8.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.299.417

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda que visa inserir novos membros na equipe de pesquisa e outras mudanças, conforme informado no item "justificativa".

Objetivo da Pesquisa:

Mantidos em relação ao projeto original.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantidos em relação ao projeto original.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora responsável informou no Formulário de Informações Básicas da Plataforma Brasil: " Justificativa da Emenda: 1. Inclusão das novas alunas de mestrado Rosângela Santos Oliveira e Lívia Penteado Pinheiro no item Equipe de Pesquisa (página 1) - (tarjado em amarelo). 2. Reorganização da ordem numérica de 6.14 a 6.16 no Sumário - (tarjado em amarelo) - (página 6). 3. Inclusão dos novos Apêndices no Sumário (página 6) - (tarjado em amarelo): - Apêndice CII (página 6), - Apêndice DII (página 6), - Apêndice EII (página 6), - Apêndice FII (página 6); 4. No Item 6.3 incluiu-se novo sujeito de pesquisa devido a questões do campo, acrescentando entrevistas a serem realizadas com gestores (página 23) - (tarjado em amarelo); 5. No Item 6.5.2 devido a questões do campo de pesquisa, verificou-se a necessidade de ampliação da população de estudo

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1° andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br

passando a incluir adolescentes entre 14-17 anos. Para tal, foram descritos os critérios para inclusão e exclusão na coleta de dados e consequentemente um novo TCLE aos responsáveis e um novo TALE (página 33) - (tarjado em amarelo); 6. No Item 6.5.3 incluímos a logística quanto ao estudo de itinerários terapêuticos com os usuários adolescentes. Os demais procedimentos a serem utilizados já foram aprovados anteriormente pelo CEP no mesmo item (6.5) (página 34) - (tarjado em amarelo); 7. No Item 6.5.5 quanto aos aspectos éticos específicos incluímos a informação da necessidade da utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos responsáveis e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido aos adolescentes. (página 35). - (tarjado em amarelo); 8. No item 6.13 foi incluído número "I" (em algarismo romano) (página 55) - (tarjado em amarelo); 9. Inserção de novo item em 6.14 que passou a ser "Etapa final de avaliação II - entrevistas"(página 58) - (tarjado em amarelo); 10. Em decorrência da inserção de novo item na numeração 6.14, houve alteração da numeração nos itens seguintes (que passaram a ser 6.15 e 6.16), por isso os números estão tarjados em amarelo (página 61 a 67) - (tarjado em amarelo); 11. Reorganização da ordem numérica de 6.14 a 6.16 (página 58 a 67) - (tarjado em amarelo); 12. Inserção de nova referência bibliográfica – tarjada em amarelo (página 72); 13. Inclusão dos Apêndices: - Apêndice CII: TCLE aos Responsáveis Usuários Adolescentes Itinerários Terapêuticos (página 182) - Apêndice DII: TALE Usuários Adolescentes Itinerários Terapêuticos (página 190) - Apêndice EII: TCLE para entrevista com gestores – Avaliação da implementação (página 195) - Apêndice FII: Roteiro norteador de perguntas para entrevista com gestores (página 198)."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na avaliação desta emenda foram analisados os documentos anexados: " PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1895669_E4.pdf", " CARTA_RESPOSTA_11_Emenda_07_03_22.pdf", " Projeto_versao11_07_03_22.pdf", " APENDICE_EII_entrevista_com_gestores.pdf", " APENDICE_CII_TCLE_Responsaveis_Usuarios_Adolescentes_Itinerarios.pdf" e " APENDICE_DII_TALE_Usuarios_Adolescentes_Itinerarios_Terapeuticos.pdf".

Recomendações:

--

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável). - O participante da pesquisa tem a liberdade de

recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável). - O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes. - O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento. - Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial. - Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo. -Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento". -O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1895669_E4.pdf	07/03/2022 23:09:07		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_11_Emenda_07_03_22.pdf	07/03/2022 23:00:06	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao11_07_03_22.pdf	07/03/2022 22:46:34	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
TCLE / Termos de	APENDICE_EII_entrevista_com_gestor	07/03/2022	Rosana Teresa	Aceito

Assentimento / Justificativa de Ausência	es.pdf	22:41:58	OnockoCampos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_CII_TCLE_Responsaveis_Usuarios_Adolescentes_Itinerarios.pdf	07/03/2022 22:41:39	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_DII_TALE_Usuarios_Adolescentes_Itinerarios_Terapeuticos.pdf	07/03/2022 22:41:08	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Outros	APENDICE_FII_roteiro_gestores.pdf	09/02/2022 17:15:53	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Outros	Emenda_09_02_22.pdf	09/02/2022 10:07:16	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Cronograma	cronograma_09_02_22.pdf	09/02/2022 10:05:31	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_com_emenda_09_02_22.pdf	09/02/2022 10:04:10	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Outros	Emenda_18_03_21.pdf	18/03/2021 15:02:44	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_com_emenda_18_03_21.pdf	18/03/2021 15:00:17	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	09/09/2020 19:08:41	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Participantes_Estudo_Piloto_ImpRes.docx	09/09/2020 19:03:55	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Especialistas_ImpRes.docx	09/09/2020 19:02:51	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_com_emenda_09_09_20.docx	09/09/2020 19:01:49	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Outros	Carta_Emenda_07_08_20.pdf	07/08/2020 17:41:33	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Especialistas_ImpRes.pdf	07/08/2020 17:39:39	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Participantes_Estudo_Piloto_ImpRes.pdf	07/08/2020 17:38:11	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

Continuação do Parecer: 5.299.417

Ausência	TCLE_Participantes_Estudo_Piloto_ImpRes.pdf	07/08/2020 17:38:11	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_com_Emenda_07_08_20.pdf	07/08/2020 17:34:57	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia2_Itatiba.pdf	12/12/2019 15:36:12	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_Q_editado_TCL_GF_avaliacao_capacitacao.pdf	12/12/2019 15:35:43	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_M_editado_tcle_trab_EPsiq_HC_Unicamp.pdf	12/12/2019 15:35:22	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_L_editado_tcle_usu_EPsiqHC.pdf	12/12/2019 15:35:06	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_J_editado_Roteiro_GF_ESMHC_Unicamp_Usuarios.pdf	12/12/2019 15:34:40	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_I_editado_TCLEitinerario_usu.pdf	12/12/2019 15:34:13	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_editado_TCLE_Trabalhadores_SUR.pdf	12/12/2019 15:33:53	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_editado_TCLE_Familiares.pdf	12/12/2019 15:33:37	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	12/12/2019 15:31:04	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	Emenda_18_11_2019.pdf	18/11/2019 10:41:15	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	CartaEmendaCEP.pdf	07/11/2019 11:44:03	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	emenda_29_10_19.pdf	04/11/2019 07:22:56	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_R_Roteiro_Norteador_Para_Observa_Participante.pdf	30/10/2019 11:13:35	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1° andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br

Continuação do Parecer: 5.299.417

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_Q_TCLE_GF_avaliacao_capacita.pdf	30/10/2019 11:13:13	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_P_roteiro_GF_Avalia_Capacita.pdf	30/10/2019 11:12:39	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_O_Avalia_Da_Implementa.pdf	30/10/2019 11:12:18	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_N_roteiro_GF_modelo_teorio.pdf	30/10/2019 11:09:45	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_L_tcle_usu_EPsiqHC.pdf	30/10/2019 11:09:10	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_M_TCLE_trab_EPsiqHCUnicamp.pdf	30/10/2019 11:08:12	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_K_Observ_GF_EPsiqHCUnicamp_trab.pdf	30/10/2019 11:06:26	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_J_OBSERVA_GF_EPsiqHCUnicamp_usuarios.pdf	30/10/2019 11:05:17	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_I_TCLE_UsuariosItinerariosTerapeuticos.pdf	30/10/2019 11:03:24	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_H_Questoes_Itinerario_terapeutico.pdf	30/10/2019 11:01:55	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_G_Roteiro_Norteador_para_Observacao_Participante.pdf	30/10/2019 11:01:33	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_F_QuestionArio_Survey_Trabalhador.pdf	30/10/2019 11:01:04	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_D_QuestionArio_Survey_UsuArios.pdf	30/10/2019 10:58:57	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_E_QuestionArio_Survey_Familiares.pdf	30/10/2019 10:49:15	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TCLE_Trabalhadores_SUR.pdf	30/10/2019 10:48:42	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_TCLE_Familiares_sur.pdf	30/10/2019 10:44:04	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_4_CEP_ITATIBA.pdf	30/10/2019 10:35:46	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1° andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br

Parecer Anterior	PARECER_ANTERIOR.pdf	22/11/2018 16:41:16	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER.pdf	22/11/2018 16:41:05	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.pdf	22/11/2018 16:40:22	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	COMPROVANTE_DE_VINCULO_DA_PESQUISADORA.pdf	08/11/2018 18:03:23	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	08/11/2018 18:02:35	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	10/10/2018 16:16:51	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	INTREUMENTOS_DE_COLETA.pdf	10/10/2018 13:02:45	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/10/2018 13:02:02	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/10/2018 13:01:33	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPINAS, 18 de Março de 2022

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))

10.2 Anexo II: TCLE

APÊNDICE T: TCLE Para Os Grupos Focais – Avaliação Da Implementação

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA - (Resolução 466/12 do Ministério da Saúde) TRABALHADORES

Pesquisa: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.

Pesquisador responsável: Rosana Teresa Onocko Campos

Número do CAAE: 00827918.8.0000.5404

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O objetivo desta pesquisa é avaliar o processo de implementação de dispositivos de integração de rede no seu município. A justificativa para realização desta pesquisa é a importância de entender como a implementação favoreceu ou não o funcionamento da rede de serviços em saúde mental.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a participar em grupo focal, que consiste em uma roda de conversas com outros profissionais da rede de serviços de saúde e assistência social do seu município. A realização será aqui no serviço mesmo. O pesquisador

vai fazer perguntas às quais todos serão convidados a responder e dialogar sobre o que pensam acerca do assunto. Essa roda de conversas será audiogravada e posteriormente transcrita, preservando a identidade dos participantes, para que se possa fazer a análise dos dados. O material audiogravado será armazenado pela pesquisadora responsável somente em formato digital pelo período de 3 anos, após esse período, o mesmo será destruído. Deverão acontecer entre 2 e 3 encontros com duração entre 1 e 2 horas.

Desconfortos e riscos:

Você não deve participar deste estudo se não houver participado do processo de construção do modelo teórico na primeira fase do estudo. Embora tenhamos o interesse de manter você o mais confortável possível, sabemos que existe o risco de que as perguntas deste estudo, por fazer alusão ao seu processo de trabalho, podem causar incômodo. Este risco se justifica pela necessidade de entender como o seu processo de trabalho interage com o processo de implementação. Contudo, você pode interromper sua participação sempre que quiser, podendo continuar depois a participar do grupo focal ou não. Não há outros riscos previsíveis.

Benefícios:

Não haverá nenhum benefício financeiro para você na participação deste estudo, o único benefício direto será a oportunidade de compartilhar suas vivências e sentimentos acerca do seu processo de trabalho e funcionamento da rede de serviços de saúde mental. Contudo, de forma indireta, você estará ajudando a entender os problemas que poderiam ser melhorados nos serviços de saúde aqui do município proporcionando assim um melhor atendimento para os usuários e um melhor processo de trabalho para você e seus colegas.

Acompanhamento e assistência:

Você tem o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Caso necessário e consentido por você, qualquer situação de incômodo ou desconforto físico e emocional será relatada ao seu supervisor direto para que você possa receber atendimento e/ou apoio. Você terá o direito de acessar os seus dados e os resultados da pesquisa sempre que for de seu interesse. Lembramos que você pode cancelar sua participação no estudo a qualquer momento.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

Como o estudo será feito durante sua rotina nesse serviço, não esperamos gerar gastos para você, mas caso você tenha algum gasto para participar dessa pesquisa fora da sua rotina, você será ressarcido integralmente de suas despesas. Caso isso ocorra, esse ressarcimento será feito em espécie, no momento da entrevista, e você deverá assinar um recibo. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com Rosana Teresa Onocko Campos pelo email rosanaoc@mpc.com.br ou no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs: R. Albert Sabin, s/ nº. Cidade Universitária "Zeferino Vaz" CEP: 13083-894. Campinas, SP, Brasil. Telefone para contato: (19) 3521-9574.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

( ) Autorizo a gravação do meu depoimento em áudio ( ) Não autorizo a gravação do meu depoimento em áudio.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ____/_____/_____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/_____/_____.