



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Felipe Guedes da Silva

Desafios e estratégias das Equipes de Saúde da Família no cuidado à saúde
mental: o saber da experiência e a experiência de não-saber

CAMPINAS
2024

FELIPE GUEDES DA SILVA

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO
À SAÚDE MENTAL: O SABER DA EXPERIÊNCIA E A EXPERIÊNCIA DE NÃO-
SABER

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

ORIENTADOR: DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELO ALUNO FELIPE
GUEDES DA SILVA E ORIENTADA
PELO PROF. DR. GASTÃO WAGNER
DE SOUSA CAMPOS.

CAMPINAS
2024

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

Guedes da Silva, Felipe, 1991-
G934d Desafios e estratégias das Equipes de Saúde da Família no cuidado à saúde mental: o
saber da experiência e a experiência de não-saber/ Felipe Guedes da Silva – Campinas, SP;
[s.n.], 2024.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1.Saúde Mental 2. Atenção Primária à Saúde 3. Profissionais de Saúde. I.
Campos, Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Challenges and strategies of family health teams in mental health
care : knowledge from experience and the experience of not-knowing

Palavras-chave em inglês:

Mental health

Primary health care

Health personnel

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

Maria Lívia Tourinho Moretto

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Data de defesa: 20-02-2024

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-2200-454X>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/4047339972984223>

BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE MESTRADO
FELIPE GUEDES DA SILVA

ORIENTADOR: PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

MEMBROS

1. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

2. Prof. Dra. Maria Lívia Tourinho Moretto

3. Prof. Dr. Deivisson Vianna dos Santos Dantas

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

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 Unidade.

Data defesa: 20/02/2024

Za-Zen

*Como criança incapacitada da fantasia
e entediada com a monotonia do
sempre igual brinquedo,
num gesto de pouco pensar,
lancei minhas coisas ao ar.*

*E elas caíram:
o preto no lugar do branco
o azul, no do vermelho;
o verde no do amarelo.
E tudo teve um novo lugar.*

*Brinquei, mas brinquei pouco.
O gesto me deixou atento:
uma ordem continuava a existir,
proibindo o possível e sua
mutabilidade.*

*No ensaio de um gesto desesperado,
lanço tudo de novo ao ar:
Agora, já!*

*E descubro:
O difícil não é mudar a ordem das coisas.
Difícil é mantê-las no ar.
Difícil é mudar as coisas da Ordem.*

Marcus Matraga

AGRADECIMENTOS

A escrita da dissertação é um processo solitário, mas o mestrado não precisa ser e, no meu caso, não foi. Por isso gostaria de agradecer às muitas pessoas que me acompanharam e dividiram comigo as angústias, durezas e alegrias desse texto que ora ganha o mundo e da vida durante esse período.

Como não poderia deixar de ser, começo agradecendo aos meus pais pelo cuidado e dedicação ao longo destes anos, em especial à minha mãe, minha principal incentivadora, que conseguiu me convencer que estudar poderia ser mais do que apenas uma obrigação. Um agradecimento mais que especial a Camila, minha irmã, meu exemplo de dedicação e comprometimento, sempre disposta a me ouvir nos momentos em que a dissertação e a vida apertavam; a eles, sou só gratidão.

A Rosa, pelo seu companheirismo e carinho e por dividir comigo mais do que longas tardes de leituras e escritas nessa jornada, mas por ser também minha interlocutora preferida das ideias aqui apresentadas e de outras tantas.

Aos amigos da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Unicamp pela parceria aprendizados e afetos, em especial aos queridos André P. de Melo, Bruno Bauer e Pedro Pirovani com quem sigo tendo o prazer de dialogar e divido o ânimo em aprender.

Aos amigos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unicamp, em especial aos colegas do Coletivo de Estudos Paideia com quem tenho o prazer de debater e aprender desde 2018.

Aos companheiros de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Estação, em Campinas, que, em muitas discussões cotidianas, contribuíram com a matéria-prima que originou estas ideias e o texto que segue; e também aos amigos da Atenção Primária à Saúde, meu atual local de trabalho, pelas discussões cotidianas e por me fazerem aprender mesmo em situações adversas.

Ao meu orientador, Prof. Gastão Wagner, pela confiança e pelo privilégio da convivência sempre muito generosa e respeitosa; também pela aposta em caminhar comigo por caminhos pouco habituais, no meio das intempéries que povoam a vida de um trabalhador-pesquisador, e por dividir comigo o entusiasmo pelas novas descobertas.

A Marcus Vinícius de Oliveira Silva, o Marcus Matraga (*in memoriam*), por ter me apresentado, com a coragem e vigor que lhe eram característicos, o trabalho com “a coisa mental”, por ter visto em mim um pesquisador e me orientado no mundo da pesquisa ainda na graduação; a ele, meu respeito e gratidão.

A Mariana Véo (*in memoriam*) por ter sido importante incentivadora e encorajadora desse mestrado e por ter acolhido e debatido as minhas ideias quando elas ainda eram um esboço de projeto.

Aos membros da banca de qualificação, Prof. Maria Livia Moretto e Prof. Erotildes Leal e ao Prof. Deivisson Vianna, que se soma à banca de defesa.

RESUMO

São muitas as aproximações entre o campo da Saúde Mental e o da Atenção Primária à Saúde (APS), mas também são variados os desafios na inclusão das questões de saúde mental na prática dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF). O crescimento da prevalência dos casos de saúde mental, juntamente com o número insuficiente de profissionais especializados apontam para uma lacuna nesse campo de cuidados reconhecida internacionalmente. Nos últimos anos, inúmeras iniciativas têm buscado ampliar o objeto de intervenção em saúde para além das questões biológicas e, apesar da importância dos cuidados em saúde mental na APS estar prevista nos documentos e diretrizes oficiais, eles nem sempre acontecem de forma efetiva nas unidades de saúde. Levando isso em consideração, este trabalho busca analisar as dificuldades encontradas por profissionais das EqSF no atendimento dos casos com componente importante de Saúde Mental. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semi-estruturadas com 15 profissionais das EqSF, a saber: coordenadores, médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem. Os profissionais atuam em três Centros de Saúde da cidade de Campinas. As entrevistas foram analisadas a partir da análise de conteúdo temática. Os resultados apontam que os profissionais se sentem pouco capacitados para o atendimento aos casos com componentes de saúde mental. A sensação de despreparo precipita encaminhamentos dentro da própria equipe e parcela significativa dos entrevistados identifica que um dos principais problemas é a falta de especialistas, como psicólogos e psiquiatras. Em geral, os atendimentos se concentram nos médicos e a medicação é uma das principais ofertas diante desses casos. Uma parcela dos entrevistados sente-se apta a acolher os casos, mas não a seguir o acompanhamento. As equipes relatam que lidam com uma série de casos difíceis e destacam o cuidado aos pacientes em crise, como os que trazem mais dificuldades; isso está atrelado também ao medo que os profissionais dizem sentir no atendimento a esses casos. A maior parte dos entrevistados não destaca nenhuma experiência positiva na formação ou na trajetória profissional, mas experiências anteriores ruins parecem determinar a preferência por esta área durante a atuação profissional. Os trabalhadores entrevistados apontam a calma e paciência como características daqueles profissionais que atendem melhor esses casos e frisam que os profissionais que interagem menos têm mais dificuldade, o que leva a pensar a escuta e capacidade de acolhimento dos profissionais como sendo influenciadas pela capacidade de interagir melhor com os pacientes. Os dados apontam a necessidade de incluir capacitações voltadas aos trabalhadores da APS sobre saúde mental, permitindo que os aspectos pessoais sejam também

trabalhados, considerando a importância dessas questões na disponibilidade dos profissionais em atenderem esses casos, mas também de incentivar uma postura ética que permita aos profissionais escutarem os usuários a partir do reconhecimento de uma singularidade que eles ignoram. Demanda-se também uma melhor definição sobre os fluxos de atendimento nas unidades, o que poderia aumentar a clareza das EqSF sobre as suas atribuições. Os cuidados em Saúde Mental na APS são fundamentais na ampliação do acesso, na redução do estigma e na criação de estratégias não medicalizantes.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

There are many connections between the field of Mental Health and Primary Health Care (PHC) but there are also various challenges in incorporating mental health issues into the practice of Family Health Team (FHT) professionals. The growing prevalence of mental health cases, coupled with the insufficient number of specialized professionals, points to a recognized international gap in this field of care. In recent years, numerous initiatives have sought to broaden the scope of health intervention beyond biological issues, and despite the importance of mental health care in PHC being outlined in official documents and guidelines, it does not always happen effectively in health units. Taking this into consideration, this study aims to analyze the difficulties encountered by FHT professionals in dealing with cases with a significant mental health component. Data were obtained from semi-structured interviews with 15 FHT professionals, including coordinators, doctors, nurses, and nursing technicians. The professionals work in three Health Centers in the city of Campinas. The interviews were analyzed using thematic content analysis. The results indicate that professionals feel inadequately equipped to handle cases with mental health components. The sense of unpreparedness leads to referrals within the team itself, and a significant portion of the interviewees identifies the lack of specialists, such as psychologists and psychiatrists, as one of the main problems. In general, the focus of care is on doctors, and medication is one of the main offerings for these cases. Some interviewees feel capable of providing initial support but not continuing follow-up care. The teams report dealing with a range of challenging cases and highlight the care for patients in crisis as particularly difficult; this is also linked to the fear that professionals express in dealing with these cases. Most interviewees do not highlight any positive experiences in their training or professional trajectory, but negative past experiences seem to determine a preference for this area during professional practice. The interviewed workers point out calmness and patience as characteristics of those professionals who handle these cases better and emphasize that professionals who interact less have more difficulty, suggesting that listening and the ability to provide support are influenced by the ability to interact better with patients. The data highlight the need to include training for PHC workers on mental health, allowing personal aspects to be addressed as well, considering the importance of these issues in the professionals' readiness to handle such cases. It also encourages an ethical stance that allows professionals to listen to users based on the recognition of a uniqueness that they may overlook. There is also a demand for a better definition of care pathways in units, which could increase FHT's clarity about their

responsibilities. Mental health care in PHC is crucial for expanding access, reducing stigma, and creating non-medicalizing strategies.

Key words: Mental Health; Primary Health Care; Health Personnel.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	13
2	INTRODUÇÃO.....	15
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTÓRIA E ATUALIDADE.....	15
2.2	BIOMEDICINA E SUBJETIVIDADE.....	16
2.3	SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
3.1	SAÚDE MENTAL E APS: AMPLITUDE E ATUALIDADE.....	27
3.2	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL.....	32
3.3	FRONTEIRAS ENTRE SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE.....	38
4	METODOLOGIA.....	46
4.1	CONTEXTO: CAMPINAS E A SAÚDE MENTAL NA APS.....	48
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5.1	O FLUXO DE ATENDIMENTO DAS UNIDADES: SAÚDE MENTAL COMO QUESTÃO PARA ESPECIALISTAS.....	54
5.2	FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	67
5.2.1	Diferenças entre o hospital e a APS.....	78
5.3	ESCUTA E ACOLHIMENTO.....	81
5.4	ATENDIMENTO MÉDICO-CENTRADO E MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO.....	95
5.5	UM OLHAR PARA A PRÁTICA: OS CASOS EM QUESTÃO.....	103
5.5.1	Os casos mais difíceis de atender: crise e agressividade em questão.....	104
5.6	EXPERIÊNCIAS E CARACTERÍSTICAS PESSOAIS.....	116
5.6.1	Implicações pessoais: empatia, identificação e indiferença.....	122
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
	REFERÊNCIAS.....	141
	APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM TRABALHADORES E GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINAS.....	155
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS TRABALHADORES.....	157

1 APRESENTAÇÃO

As fronteiras entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária não são muito bem delimitadas e de muitas formas os seus limites se atravessam, seja no cotidiano dos serviços ou mesmo nas formulações políticas. Este trabalho busca tratar de uma problemática que habita justamente essa fronteira.

O tema nasce das minhas inquietações enquanto trabalhador do SUS, em um primeiro momento como Psicólogo de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, na cidade de Campinas, e em seguida como profissional da Atenção Primária à Saúde (APS), atualmente em um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). No CAPS, a inquietação era alimentada pelo pressuposto mais ou menos tácito de que todos os profissionais da equipe, independente da categoria profissional (Terapeuta Ocupacional, Enfermeira, Psicólogo, Assistente Social, Técnicos de Enfermagem, etc) tinham atribuições semelhantes e deveriam acompanhar os casos, tendo na maior parte das vezes as mesmas tarefas e compromissos, como profissionais de referência.

Esse pressuposto, no entanto, encontrava uma série de dificuldades na prática, já que a formação, a experiência e a porosidade às questões subjetivas não estavam igualmente distribuída entre todos os profissionais. A capacidade de escutar, fazer algo com o que se escutava e manejar casos complexos variava de acordo com as formações, mas também de acordo com as características pessoais e outras características que nem sempre ficavam muito claras. Às vezes profissionais da mesma categoria profissional tinham disponibilidades completamente diferentes para o manejo do sofrimento trazido pelos usuários. No cotidiano do CAPS, no entanto, percebia que essas diferenças mais ou menos se dissolviam diante das outras formas de cuidado possíveis, dos diversos dispositivos e do trabalho solidário em equipe. Apesar disso, não passei ileso a essas diferenças.

Trabalhando no CAPS e em contato direto com os profissionais dos Centros de Saúde, percebi que algo disso também se manifestava no cotidiano destes serviços. Havia uma expectativa de que os profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF) cada vez mais pudessem se responsabilizar pelos casos com questões subjetivas vistos ou não também como casos de saúde mental. As dificuldades dos profissionais na APS, no entanto, se faziam muito mais ruidosas, seja pela falta de profissionais “especializados” que pudessem absorver essa demanda ou por uma recusa mais acintosa dos profissionais generalistas; diante do imperativo (“Todos precisam atender os casos de saúde mental!”), muita resistência e muitos “restos” se produziam.

Ilana Katz, no prefácio ao livro de André Nader “O não ao manicômio”, relembra que “o que faz da Reforma Psiquiátrica um movimento vivo é o enfrentamento dos impasses que compõem o campo, o acolhimento dos seus restos”^{1:10}. Manter a vivacidade das Reformas Psiquiátrica e Sanitária tem a ver com jogar luz sobre as suas dificuldades, escutando os impasses, na esperança de encontrar outros destinos para esses desafios.

Essa dificuldade na “inclusão” dos aspectos mentais no cuidado dos usuários é algo que insiste no cotidiano dos serviços, não raro produzindo desavenças entre os profissionais, mal-estar institucional e, de algum modo, também sofrimento entre os trabalhadores. O desafio da inclusão da loucura não é uma questão apenas perante a sociedade, mas se mostra em diversos espaços, atravessado por questões epistemológicas, institucionais e pessoais dos atores envolvidos no cuidado.

O exercício da convivência também se estende ao trabalho em equipes multiprofissionais, tornando um desafio a não-homogeneização dos trabalhadores e a construção criativa a partir das diferenças, na busca pela democratização dos serviços e pela ampliação dos cuidados, evitando que isso produza hierarquias ou reproduza desigualdades. Nas palavras de Santos: “as pessoas e os grupos sociais têm o direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza”^{2:122}, já que “nem todas as igualdades são idênticas e nem todas as diferenças são desiguais”^{2:115}.

A investigação que se segue está entranhada por uma questão maior que é também uma questão pessoal: o que faz alguém escutar melhor? Como fazer para ampliar cada vez mais o alcance dos ouvidos e a capacidade de escuta? Buscar investigar a dificuldade no atendimento a pessoas que apresentam algum sofrimento é tentar também responder a essas perguntas, que me faço cotidianamente na busca por escutar sempre algo que não foi escutado antes.

A divisão do trabalho nos tópicos que se seguem obedece a um critério puramente convencional e didático, mas muitos dos temas estão conectados, o que faz com que questões próximas sejam abordadas de formas distintas em tópicos diferentes. Fizemos a opção de realizar uma divisão temática, não obedecendo à sequência das perguntas das entrevistas que ensejaram as respostas dos profissionais, o que fez com que respostas a diferentes tópicos fossem abordadas na mesma sensação temática.

2 INTRODUÇÃO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTÓRIA E ATUALIDADE

Ao longo do século XX, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi tendo a sua importância reconhecida e diversas vezes reiterada na estruturação de sistemas nacionais de saúde. Desde o Relatório Dawson, em 1920, passando pela Declaração de Alma-Ata em 1978, até a estruturação do Programa de Saúde da Família em 1994, no caso brasileiro, a posição central ocupada pela APS vem se consolidando³ à medida em que a complexidade desse nível de atenção foi ficando mais evidente.

Além de uma estratégia de ampliação do acesso e ferramenta fundamental em sistemas de saúde universais, a APS também busca capitanear outro modelo de atenção à saúde, diferenciando-se da “atenção médica convencional” por pautar-se em uma “atenção abrangente, continuada”, que busca não só tratar de forma episódica problemas pontuais, mas pautar-se por um cuidado longitudinal, por meio do trabalho em equipe e da colaboração intersetorial, conjuntamente com a comunidade⁴, com especial destaque para as ações de prevenção e promoção à saúde, sem deixar de lado as ações curativas e de reabilitação.

No Brasil, o avanço da APS se constituiu como uma das principais estratégias para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a superação de práticas anteriores que eram centradas na atenção médica individual, restrita apenas a uma parcela da população e concentrada nos serviços ambulatoriais e de alta complexidade. Diante da forte associação entre a forma de organização dos serviços e o tipo de atenção prestada, a implantação APS não significava apenas a introdução de novos serviços ou a expansão da rede de atenção, mas uma tentativa de lançar novas perspectivas sobre o processo de saúde-doença-cuidado⁵.

O modelo médico hegemônico pauta-se por uma atenção à doença, excluindo em grande medida as questões sociais e subjetivas dos indivíduos. Guedes et al.⁶ salientam que as deficiências do modelo médico não se dão apenas por questões políticas, que poderiam ocasionar uma melhora na estrutura ou na gestão dos serviços, mas vão além apontando que a exclusão das questões subjetivas na biomedicina tem uma natureza epistemológica, portanto, com raízes fortemente fincadas na forma como este saber se organizou, orientado por um pertencimento às ciências naturais.

A implantação da APS no Brasil vem imbuída em uma série de movimentos que buscam superar esse modelo de atenção restritivo, ampliando o olhar para os determinantes sociais da saúde e também para os aspectos subjetivos atravessados no processo saúde-doença-cuidado. Inicialmente implantada como um Programa, em 2006 ganhou o nome de

Estratégia de Saúde da Família (ESF), como forma de incentivar um modelo específico de organização dessa rede de serviços⁷. Outro marco importante no aumento da robustez da APS em nosso país foi a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, que passou a agregar novos profissionais de saúde aos serviços da APS, trabalhando a partir da lógica do Apoio Matricial.

Apesar dos avanços nas últimas décadas, mais recentemente houve mudanças que apontavam para uma despotencialização do papel das equipes de Saúde da Família, a exemplo do Programa Previne Brasil e da Nota Técnica nº 3/2020, editada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que previa a extinção dos incentivos federais para os municípios que optarem em ter equipes multiprofissionais na APS⁸.

Tendo como horizonte a ampliação e qualificação do cuidado ofertado na APS, Campos assinala algumas particularidades da clínica que se produz nesses serviços, enfatizando que ela é marcada pela construção do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, sendo que a condição primordial para isso está na “capacidade de a equipe responsabilizar-se pela atenção integral à saúde dos que vivem em um dado território”^{9:71}. O autor parte da crítica feita à medicina, que tomava a doença como objeto ontologizado, para propor uma clínica do sujeito concreto, que não descarta o valor dos saberes e práticas construídos pela biomedicina, mas vai além, incorporando os aspectos subjetivos e sociais, uma clínica ampliada, por tanto.

A proximidade das equipes da APS do território, onde a vida das pessoas acontece, agrega novas complexidades ao cuidado prestado pelos profissionais, proporcionando combinações singulares e um tipo particular de tensionamento entre os aspectos ligados à doença, à subjetividade e aos determinantes sociais. Um trabalho que se pretenda não ter os aspectos biológicos como foco central afeta os profissionais de saúde de outros modos. Uma implicação que muitas vezes defronta o profissional com seus valores, crenças, visão de mundo, noções morais e políticas, convocando-o afetivamente, por vezes de modo desconfortável, e retirando-o de uma posição pretensamente neutra, objetiva, segura ou familiar¹⁰.

2.2 BIOMEDICINA E SUBJETIVIDADE

Michel Balint, médico e psicanalista húngaro naturalizado no Reino Unido, foi um dos pioneiros na crítica ao modelo biomédico ao identificar a necessidade do resgate da relação médico-paciente, buscando ampliar a capacidade de escuta dos profissionais médicos para

além dos relatos objetivos dos pacientes, mas para os aspectos psicológicos ligados aos processos de adoecimento. Os escritos de Balint exerceram forte influência sobre o campo da psicossomática e serviram de inspiração para a proposta da Clínica Ampliada¹¹, que tem como objetivo a incorporação das dimensões subjetivas e sociais como condição fundamental na qualidade e efetividade do cuidado no SUS.

Balint trabalhou na formação de grupos de médicos por muitos anos, utilizando uma metodologia específica para discussão dos casos e abordagem da complexidade envolvida, a princípio a partir de um curso denominado por ele de “cursos de introdução aos problemas psicológicos na clínica geral”^{12:231}. Apesar dos efeitos desse trabalho se fazerem notar até hoje, Balint percebeu que uma parte dos profissionais – aproximadamente 60% nos primeiros grupos e em torno de 35% depois – tiveram dificuldades para prosseguir com a empreitada; parte dessas deserções, Balint atribui a profissionais que tinham dificuldades quando o assunto era “implicações psicológicas de caráter pessoal”^{12:232}. Embora essa “rejeição” dos médicos possa ser imputada em grande parte à metodologia de Balint, sugerimos também tomá-la como um índice parcial para analisar a resistência aos aspectos subjetivos por parte dos profissionais.

Parte da importância das questões apontadas por Balint são provadas pela sua permanência no tempo. A incorporação de um olhar dedicado ao sujeito ainda hoje é um desafio não só na prática médica, mas na prática da maioria dos profissionais de saúde. Moretto¹³ aponta que a exclusão da subjetividade da cena médica não se dá apenas do lado do paciente, mas também do próprio profissional; em nome da objetividade e da suposta neutralidade, produz-se uma tentativa de retirada das marcas singulares dos sujeitos envolvidos. Isso não se faz sem consequências para os cuidados prestados nos serviços de saúde.

A crítica dessa herança naturalizante, que pretende destituir o processo saúde-doença-cuidado dos aspectos singulares, também é importante para não se apagar os marcadores sociais da diferença desse processo. Os ideais objetivantes buscam destituir não apenas os aspectos individuais da história de cada sujeito, mas também buscam desconsiderar marcas coletivas como gênero, classe e raça, dando a ilusão de que estes aspectos não são relevantes e podem ser ignorados.

De acordo com Nogueira et al.^{14:456}, na formação biomédica tradicional, que se dá sobretudo em ambiente hospitalar, o aprendizado da clínica é marcado por dois atravessamentos: a desconsideração dos aspectos não biológicos ligados ao processo de adoecimento e o reconhecimento desses fatores como “estranhos à medicina e à prática

clínica”. Em pesquisa com residentes de medicina de família e comunidade, as autoras reportam que todos os profissionais responderam ter dificuldades para lidar com os aspectos sociais e emocionais dos pacientes, enfatizando a falta de formação para “a escuta, o acolhimento e o cuidado do indivíduo doente”^{14:451}.

Pensar o tensionamento singular que se produz no cuidado ofertado por profissionais da APS requer não apenas refletir sobre as pressões advindas do modelo médico hegemônico e de uma maneira de pensar o saber médico a partir de uma lógica ancorada na ciência mecanicista¹⁵, mas é preciso se levar em consideração os atravessamentos do conhecimento produzido pela própria Saúde Pública.

Ferreira Neto et al.¹⁶ apontam que o conceito de subjetividade tem diferentes ancoramentos no campo da Saúde Coletiva, respondendo a diferentes escolas teóricas e servindo de base a aplicações práticas diversas. Destacamos a concepção que posiciona o conceito de subjetividade a partir de sua referência ao conceito de singularidade, remetendo àquilo que é específico de “cada pessoa e de cada agrupamento coletivo”^{11:52}. No entanto, seguindo Moretto^{17:14}, estamos também interessados por aquilo que costuma trazer dificuldades às equipes e isso se dá quando “aquilo que é da ordem da subjetividade atravessa a cena institucional pela via da angústia e/ou do sofrimento, seja do paciente e/ou seus familiares, seja dos próprios membros da equipe”.

No campo da Saúde Coletiva, Minayo^{18:14}, ao refletir sobre as noções de estrutura e sujeito, afirma que tanto o conhecimento médico quanto a saúde pública tem trabalhado sistematicamente para o “apagamento do sujeito”; o primeiro amparado em uma noção positivista que tende a reduzir o corpo a um objeto, mirando unicamente as doenças e estas como produto de alterações anátomo-fisiológicas; já a saúde pública teria apostado na mudança das estruturas como caminho para a transformação, amparada pelo estrutural-funcionalismo, enfocando tanto as relações de produção quanto as determinações sociais.

Campos^{19:221}, buscando fazer uma análise do campo da Saúde Coletiva, propõe a retomada de “algumas experiências construídas pela velha saúde pública que o radicalismo inerente ao momento de fundação de uma nova proposta impediu examinar com mais cuidado”, enfocando que a incorporação “do social” no campo sanitário acabou se dando de uma maneira objetivista – herdeira das escolas estruturalista e de certa tradição marxista – o que acarretou em uma diminuição da importância do papel dos Sujeitos.

A Saúde Coletiva seria tomada como um novo paradigma e, amparada no modelo de vigilância em saúde, teria criado um modo de operar que, ao incorporar “o social” em suas análises, passaria a negar o modelo clínico. Tendo como objetivo principal criticar o modelo

biomédico hegemônico, a Saúde Coletiva teria operado para substituí-lo, em lugar de complementá-lo, assumindo uma postura igualmente totalitária¹⁹. O “recalcamento” da subjetividade é, por tanto, um risco importante na APS, já que atravessada por esses dois campos, a saber o da clínica e o da saúde coletiva.

Santos et al.²⁰, ao analisar as potencialidades da subjetividade para a mudança no modelo de cuidado na APS, apontam que as equipes investigadas se mostraram abertas para o território das “tecnologias relacionais”, mas não as reconhecem como instrumento legítimo de trabalho. Os autores encontraram ainda que os profissionais subestimam a potência das ofertas ligadas à escuta e ao vínculo no seu cotidiano de trabalho e isso leva-os a acreditar que alguns tipos de demandas dos usuários que buscam acolhimento atrapalham as unidades.

Alberti²¹, ao discutir o trabalho multiprofissional no atendimento a adolescentes, aponta uma divisão na disponibilidade dos profissionais da equipe no contato com o que ela chamou de “clínica do sujeito”: alguns profissionais se mostraram mais disponíveis a levarem em consideração o sujeito nas suas intervenções, enquanto outros não demonstravam nenhum interesse em privilegiar esse tipo de abordagem, considerando inclusive como um incômodo diante das subversões que podem ser promovidas no regulamento da instituição. Essa divisão, embora não seja estanque, aparece também em outras pesquisas.

Moretto et al.²², ao discutirem a inserção de psicanalistas em equipes multiprofissionais, apontam como uma variável importante dos encaminhamentos que se fazem a esses profissionais, a maneira como as equipes lidam com a subjetividade dos pacientes e com a sua própria subjetividade. Em uma esquematização didática, as autoras demarcam como uma posição possível para as equipes uma relação de exclusão da subjetividade, que culmina em um “não querer saber nada sobre isso”^{22:296}, levando a encaminhamentos desinteressados aos profissionais *psi*, que podem sugerir uma transferência de responsabilidade, se desimplicando do atendimento de alguns casos.

Cunha²³ apresenta algumas particularidades da Atenção Primária à Saúde, tomando-a em comparação com o ambiente hospitalar, que podem ser úteis para pensar os desafios dos profissionais da APS no trato com questões frequentemente negligenciadas pelo modelo médico hegemônico. De acordo com o autor, no hospital, as relações costumam se dar a partir de encontros pontuais com o paciente em situação de isolamento; já na APS, o cuidado se dá ao longo do tempo e mais próximo de onde a vida das pessoas acontece. Isso pode aumentar os níveis de incerteza por parte dos profissionais, reconfigurando em parte as relações de poder que se dão no encontro com os pacientes.

Cunha^{23:37} também reforça que a complexidade agregada ao cuidado prestado na APS, advindo da necessidade de incorporar o sujeito e também de negociar as propostas terapêuticas, nem sempre é reconhecida pelas corporações e afirma que “a superação dessa dificuldade institucional da Atenção Primária passa certamente pela aquisição e compreensão de uma diversidade de ferramentas e conhecimentos até certo ponto estranhos à Biomedicina, nascida e criada no hospital”.

Uma APS forte e resolutiva tem como característica ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde, no entanto, a não consideração da subjetividade nesses serviços pode produzir um estreitamento da porta, deixando algumas pessoas do lado de fora. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, uma APS resolutiva seria responsável por solucionar em torno de 80% dos problemas de saúde da população de um determinado território²⁴, no entanto, isso não seria possível sem uma ampliação da clínica, sem a incorporação dos aspectos subjetivos (e sociais) ligados ao processo saúde-doença da população atendida e de um olhar para o território.

A não incorporação da subjetividade apontada por nós aqui pode ser entendida como uma das causas de problemas práticos, como o excesso de encaminhamentos a serviços especializados ou mesmo a medicalização do sofrimento, colocada muitas vezes como uma “resposta a priori, única forma de cuidado permanente e, praticamente, exclusiva aos diferentes impasses subjetivos e ao sofrimento psíquico”^{25:12} dos usuários da Estratégia de Saúde da Família. Seguindo a trilha apontada por Moretto^{26:199}, a exclusão da subjetividade não se dá sem consequências; “o que é negado na teoria, retorna na prática”, muitas vezes produzindo angústia.

As questões apontadas aqui ganham novos aspectos considerando o cenário pós-pandemia de COVID-19. Vários autores apontam repercussões significativas para a saúde mental, com aumento de relatos de tristeza, nervosismo/ansiedade e problemas de sono²⁷, seja no momento intracrise, no auge da pandemia, ou no momento pós-crise²⁸. Tais dados corroboram a importância e urgência de investigarmos a experiência dos profissionais da APS diante as questões subjetivas dos usuários.

2.3 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As aproximações entre o campo da Saúde Mental e o da Atenção Primária à Saúde não são exatamente novas. No Brasil, as lutas pela garantia do acesso universal à saúde e pela Reforma Psiquiátrica nasceram e se alimentaram mutuamente durante a maior parte do tempo.

Para além de uma coincidência histórica, do ponto de vista da operacionalização dos serviços ambas compartilham princípios e estratégias de cuidado, a saber: o cuidado no território, o vínculo como guia condutor das práticas, a preocupação quanto à medicalização dos casos, dentre outros.

Um dos marcos legais da Reforma Psiquiátrica brasileira, a portaria GM/MS nº 336/2002²⁹ que, dentre outras coisas, estabelece as modalidades e as formas de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, preconiza também que estes serviços especializados deverão “realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes”. Tal apontamento, atrelado a um outro dado largamente difundido, aquele que estabelece, como já referido, que uma Atenção Primária eficiente deveria resolver entre 80% e 90% dos problemas de saúde dos seus usuários coloca a APS como um dos cenários centrais quando o tema é Saúde Mental.

Apesar dessas aproximações, a assistência à saúde mental na APS nem sempre ocorre de forma harmoniosa e sem impasses. Mesmo com os dados que assinalam o crescimento da demanda em saúde mental³⁰, o estigma sobre esses pacientes ainda se faz presente no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. A ideia de que esses pacientes formariam um grupo fechado, com características próprias, diferentes dos demais usuários atendidos pela unidade é ao mesmo tempo causa e consequência do estigma que pesa sobre esses casos. Obviamente esse estigma tem proporções diferentes de acordo com os diagnósticos e não é algo que se aplica de maneira uniforme a todos os pacientes que são atendidos por profissionais de saúde mental da unidade ou que fazem uso de psicotrópicos.

A separação do saber biomédico em especialidades pode sugerir a falsa ilusão de recortes bem definidos das áreas de atuação e das atribuições profissionais. No entanto, no cotidiano dos serviços é que se nota a porosidade das fronteiras entre os saberes das diversas profissões e mesmo entre as especialidades de uma mesma categoria profissional. Por diversos motivos, o que temos apontado aqui como “questões subjetivas” e as demandas em saúde mental podem ser tomadas muitas vezes como sendo a mesma coisa, o que contribui para a produção de uma confusão a respeito das responsabilidades profissionais.

No campo da Saúde Coletiva, historicamente o campo da Saúde Mental tem sido sinônimo do atendimento aos casos graves. A substituição da terminologia “doentes mentais” por “casos de saúde mental” ajudou na redução do estigma dado a esses pacientes, contudo, não deixou de produzir outros efeitos. Talvez o mais notório deles seja essa redução do campo da saúde mental ao atendimento aos casos mais graves, que são mais claramente casos que demandam uma atenção especializada.

Essa retomada é parte do esforço em tentar distinguir um campo fronteiriço que tem recebido diversos nomeações mesmo no campo da Saúde Coletiva. Aspectos subjetivos do adoecimento, aspectos psicossociais, questões socioemocionais, necessidade de saúde mental, sofrimentos, são algumas das nomenclaturas utilizadas para batizar esse campo de questões. Todas essas denominações são sinônimos de saúde mental? Os detalhes e as diferenças entre cada um desses termos ficam muitas vezes restrito ao âmbito teórico, não alcançado o mundo da prática dos trabalhadores. É desse ponto, portanto, que partem alguns dos desafios desse trabalho.

Nas últimas décadas, apesar de retrocessos pontuais, a Atenção Primária à Saúde tem avançado e se consolidado como a principal estratégia de implantação do Sistema Único de Saúde. Com o avanço da sua implementação, os desafios sofreram importantes transformações e as respostas a eles têm demandado cada vez mais a articulação de saberes para além da Saúde Coletiva. A qualidade da atenção e a integralidade do cuidado continuam a ser temas centrais para a consolidação da APS. Nessa linha, as propostas da Clínica Ampliada e Compartilhada¹¹ e da Humanização da Atenção³¹ são aqui destacadas.

Para introduzir o tema da Clínica Ampliada, Campos³² retoma que a crítica endereçada à clínica médica pelo campo da saúde pública quase sempre é àquela clínica que se exerce em condições de precarização institucional e das condições de trabalho. O autor resgata esses aspectos para defender que uma boa clínica, distinta da clínica degradada que se produz nessas condições citadas, é algo necessário para a consolidação do SUS. Em contraponto ao modelo tradicional de clínica, focado apenas nos aspectos biomédicos, essa modalidade incorporaria necessariamente em seu arcabouço a presença de outros elementos, sejam eles de ordem social, cultural ou mesmo subjetivos e individuais.

Dessas e de outras formulações derivaram uma série de propostas que buscam qualificar a atenção da APS e também ampliar o seu escopo de atuação. Dentre as propostas mais significativas está o Apoio Matricial³³, que se incorporou ao cotidiano da APS sobretudo a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estas novas equipes necessariamente multiprofissionais, formadas por especialistas, tinham como missão a “melhoria da qualidade e da resolutividade das ações” da APS, conforme preconizado pelo volume do Cadernos da Atenção Básica nº 34, dedicado à Saúde Mental³⁴.

Como um dos desafios que interferem na qualidade da APS, o Caderno da Atenção Básica nº 39, que versa sobre o trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, é explícito em dizer da “capacidade de escuta e de construção de vínculos positivos”^{35:15} por parte dos profissionais. Embora esta seja uma tarefa cujo enfrentamento traria benefícios para as

diversas demandas atendidas pela APS, nos casos em que os aspectos subjetivos e os componentes de saúde mental são proeminentes, ela é central.

Embora este trabalho não se debruce sobre a atuação específica do NASF, atualmente sob a denominação de Equipes Multiprofissionais (E-multi), um dos seus objetivos é esmiuçar o desafio de ampliar a capacidade de cuidado das equipes, especificamente nos casos com componentes de saúde mental, analisando as resistências pessoais e institucionais encontradas e vivenciadas por profissionais generalistas da APS. O trabalho do NASF e mesmo dos serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que trabalham a partir de uma lógica matricial, pressupõem que os profissionais da equipe de referência, os generalistas³³, estejam abertos e dispostos a incorporar novas tecnologias à sua forma de atuação. Contudo, no cotidiano dos serviços, não é essa a realidade.

Seguindo a linha traçada por Campos et al.³³, alguns estudos têm explorado a natureza institucional dessas resistências e dificuldades dos trabalhadores. Outros trabalhos se dedicam a apontar as deficiências na formação em saúde ainda pautadas por um modelo positivista e em metodologias conservadoras³⁶ e há ainda outros autores que demarcam o número insuficiente de estratégias de educação permanente para os trabalhadores que lhes permitiriam ampliar o seu rol de atuação para além da sua área de formação mais imediata.

Campos¹⁹ ao pensar o trabalho interdisciplinar no campo da saúde coletiva vai criar os conceitos de núcleo e campo profissionais. A ideia principal é estabelecer que há algo exclusivo de cada profissão e formação, o que conformaria os núcleos profissionais, mas há também algo de cada profissão que pode ser compartilhado e que, portanto, seriam saberes do campo profissional. Enquanto o núcleo faz referência aos saberes que conformam a “identidade” de uma certa profissão, o campo seria um espaço em que cada disciplina buscaria nas outras ferramentas para as suas intervenções sejam práticas ou na resolução de questões teóricas.

Esta reflexão de Núcleo e Campo profissional tem uma importância crucial em nosso trabalho, já que as questões aqui colocadas estão também atravessadas pelo questionamento de quais seriam os saberes da saúde mental passíveis de serem compartilhados e apropriados pelos profissionais de saúde generalistas. No entanto, uma ressalva que se faz necessária é não tomar o “campo” da saúde mental como se fosse algo homogêneo, já que é entrecortado por uma série de saberes (Reabilitação Psicossocial, Psiquiatria, Psicanálise, etc) que nem sempre guardam uma completa afinidade entre si. Por isso, poderá haver algumas aproximações entre profissões e o campo da saúde mental, mas não necessariamente com todo o campo.

Cunha et al.³⁷ vão apontar que existe uma cultura dominante que dificulta o compartilhamento de saberes entre os trabalhadores, apontando que muitas vezes os profissionais lidam com o “saber nuclear” como uma propriedade privada, o que demonstraria uma forte relação entre o enrijecimento das fronteiras disciplinares e uma reserva de mercado. Os autores apontam como a organização do trabalho produz interferência direta sobre as possibilidades de os trabalhadores compartilharem conhecimento e responsabilidades.

São muitos os desafios apontados pelos autores para a construção de formas de organização do trabalho que permitiriam aos profissionais o compartilhamento de saberes e práticas e a consequente ampliação da capacidade de atuação sobre os casos. No entanto, considera-se neste trabalho que as dificuldades na incorporação de novos conhecimentos e novas formas de atuar não são indiferentes ao tipo saber que se busca introduzir, às práticas que ele engendra e nem do público-alvo a ser atendido pelos profissionais.

Campos et al.³³, ao sistematizarem as bases da proposta do Apoio Matricial e das Equipes de Referência, elencam alguns obstáculos para a efetivação do trabalho integrado em saúde, dividindo-os em 6 tipos: obstáculo estrutural; obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos; obstáculo político e de comunicação; obstáculo subjetivo e cultural; obstáculo epistemológico e obstáculo ético. É preciso reconhecer que estes obstáculos na maioria dos contextos concretos não se dão a ver em separado e provavelmente cada um deles ganha uma magnitude diferente das circunstâncias.

Treichel et al.³⁸ elaboraram uma revisão bibliográfica integrativa, que levou em conta as publicações entre os anos de 2008 e 2018, buscando identificar as dificuldades na consolidação do apoio matricial em saúde mental na APS. Dentre os achados apontados pelos autores, com a finalidade de uma circunscrição momentânea do nosso objeto, destacamos os obstáculos subjetivos e culturais. Neste quesito, os autores ressaltam que “a resistência por parte de alguns profissionais para o cuidado ao usuário com transtornos mentais e necessidades em saúde mental ainda é muito presente no país”^{38:11} e atrelam isso iniciativas ainda incipientes no enfrentamento aos estigmas que vivenciam os usuários de saúde mental.

Os autores trazem uma preocupação quanto à necessidade de selecionar melhor os profissionais envolvidos no atendimento em saúde mental, considerando o atendimento a esses casos como um ponto importante dos critérios de seleção. As dificuldades e negativas dos profissionais em lidarem com os casos de saúde mental apareceu em 11 dos estudos rastreados pelos autores e não foi um fenômeno restrito apenas aos profissionais da APS, mas que também se manifestou dentre os trabalhadores dos serviços especializados³⁸.

No cotidiano dos serviços da APS, não raramente vai se produzindo uma especialização tácita entre os profissionais generalistas (técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos), de modo que alguns profissionais vão se mostrando mais abertos e outros mais fechados ao atendimento dos “casos com componentes de saúde mental”. A disposição e a disponibilidade desses profissionais para acolherem esses casos, quase sempre caem em uma zona cinzenta, que alguns parecem capacitados de forma inata enquanto outros estariam condenados a não gostar de atender esses casos. Como superar essa divisão? Existe algo capaz de reverter essas disposições? O que dizem os trabalhadores? Isso gera sobrecarga nos mais disponíveis?

Embora a incorporação dos cuidados em saúde mental à prática dos profissionais da APS não seja uma problemática recente, os estudos que se dedicam a questionar diretamente os trabalhadores sobre as suas dificuldades, de qual natureza elas são, se algo os ajuda a lidar melhor com elas e também sobre as estratégias que utilizam ainda são raros, o que contribui para justificar ainda mais essa pesquisa.

Partindo de uma ética inspirada pela psicanálise, propusemos que, diante de uma resistência, é preciso fazer falar. Por isso este trabalho busca ouvir diretamente os profissionais de saúde, seguindo o caminho apontado por Moretto: “o que os profissionais dizem a respeito do problema que protagonizam?”^{17:110}.

Fizemos também a opção de incluir como atores da pesquisa os coordenadores dos Centros de Saúde investigados, considerando que estes possuem uma visão geral sobre o funcionamento da unidade e também a respeito das diferenças entre os profissionais que compõem cada equipe. São raros os estudos que envolvem coordenadores de unidades de saúde da APS e o tema da Saúde Mental. Eslabão et al.³⁹, em uma pesquisa com coordenadores de seis unidades de saúde da APS de Pelotas-RS, encontrou que a maioria dos gestores entrevistados possuía uma visão restrita sobre os equipamentos que compunham a rede de saúde mental e alguns deles não viam a própria unidade como parte dessa rede.

Em nossa pesquisa, além de responderem às mesmas perguntas dirigidas aos profissionais, os coordenadores também foram questionados sobre as atividades ofertadas pelas unidades com relação à saúde mental, a composição das equipes e relação com outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, ocupando posição de informantes-chave.

Diante disso, o objetivo geral desse trabalho é investigar os desafios e as estratégias utilizadas pelos profissionais generalistas da Atenção Primária à Saúde para lidar com os casos com componentes de saúde mental que comparecem nos serviços. Como objetivos específicos, elencamos: analisar de que modo as experiências formativas dos profissionais

impactam a assistência em saúde mental por eles prestadas; examinar como as características pessoais dos profissionais interferem no atendimento prestado aos casos com componentes de saúde mental; identificar as dificuldades e potencialidades encontradas pelos profissionais a partir de relatos de casos concretos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SAÚDE MENTAL E APS: AMPLITUDE E ATUALIDADE

A integração dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde é um desafio não apenas brasileiro e nos últimos anos vem ganhando um destaque cada vez maior no cenário internacional. O Movimento Global de Saúde Mental (*GMMH – Global Movement for Mental Health*, em inglês) tem ganhado um destaque cada vez maior nos últimos anos com o objetivo de reduzir as iniquidades no acesso e nos cuidados à saúde mental⁴⁰. Embora a Organização Mundial da Saúde já venha tratando do tema da saúde mental desde as décadas de 1970 e 1980, esse movimento com caráter global passou a se firmar apenas nos últimos anos.

Wenceslau et al.⁴⁰ retomam a importante publicação na revista *The Lancet* em 2007, de uma série de artigos dedicados ao tema da Saúde Mental Global, que funcionou como um marco para esse campo de estudos e de práticas, fundamentando os seus pilares em evidências científicas. Dentre os assuntos abordados na publicação, os autores apontam o destaque dado as questões como: “a carga e o impacto sanitário dos transtornos mentais; a evidência de tratamentos efetivos; as necessidades de cuidados não atendidas nos países classificados pelo Banco Mundial como de baixa e média renda – LAMIC, *low and middle income countries*; a grave escassez e iníqua distribuição de recursos, e as barreiras para ampliação dos serviços de saúde mental.”^{40:1122}.

Além desses temas, um dos principais focos da Saúde Mental Global está relacionada com o chamado *gap* ou “hiato terapêutico”^{40:1122}, que busca analisar a dificuldade enfrentada por pessoas com transtornos mentais no acesso ao diagnóstico e tratamento adequados. Esta questão tem contornos específicos nos países em desenvolvimento, onde há uma importante defasagem dos investimentos específicos em saúde mental. A Atenção Primária à Saúde tem um papel fundamental para a superação dessa lacuna. Ampliar o treinamento e o envolvimento dos profissionais não especialistas é uma das estratégias principais para a ampliação dos cuidados em saúde mental⁴¹. Wenceslau et al.^{40:1123} apontam para a necessidade de estudos sobre como “os autores envolvidos se veem neste processo e quais são as suas demandas e dificuldades para alcançar os objetivos desejados considerando as particularidades locais e regionais existentes”.

Os mesmos autores, em outro artigo⁴¹ relatam que a agenda brasileira encontra-se relativamente fechada às questões discutidas pela Saúde Mental Global, o que dificulta a

incorporação dos avanços encontrados por esse movimento. Isso não significa que o campo da saúde mental brasileira não esteja se ocupando de muitas das questões apontadas pelo movimento internacional, inventando soluções próprias para muitos dos desafios encontrados. A integração entre APS e Saúde Mental ainda é uma das questões mais importantes no cenário nacional, embora se depare com lacunas, tais como: a indefinição quanto ao seu papel nos cuidados aos casos de saúde mental; a ausência de profissionais especialistas em atenção primária à saúde trabalhando nesse nível de atenção; e a ausência de linhas de cuidados que orientem a atuação dos profissionais da APS no cuidado aos usuários com transtornos mentais⁴².

O movimento internacional também tem um papel importante na afirmação do cuidado em saúde mental como uma forma de promoção dos direitos humanos, evitando não apenas a desassistência, mas também o estigma e a marginalização dos usuários com diagnóstico de transtorno mental. A promoção e a proteção dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais tem sido uma das pautas prioritárias da OMS, tendo destaque merecido no seu Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020⁴³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem reunido esforços significativos para que os cuidados em saúde mental não fiquem restritos aos serviços especializados. Para isso, toma como ponto de partida alguns dados que apontam o déficit de profissionais especializados em saúde mental e a alta demanda por esses tipos de cuidado: “Quase 1 em cada 10 pessoas tem um transtorno de saúde mental, mas somente 1% da força de trabalho em saúde mundial oferece atenção à saúde mental”^{44:4}. A falta de profissionais especializados terminaria por produzir a falta de acesso às pessoas com transtornos mentais.

Levando isso em conta, em 2008, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS lançou o Programa de Ação para reduzir as lacunas em Saúde Mental (mhGAP, na sigla em inglês), que, dentre outras coisas, busca romper com a ideia de que “todas as intervenções em saúde mental são complexas e só podem ser realizadas por pessoal altamente especializado”^{44:4}. Nos últimos anos o programa vem sendo atualizado periodicamente e conta com uma série de recomendações técnicas que pretendem subsidiar intervenções na rede básica de saúde.

O Manual citado acima busca abarcar uma série de aspectos envolvendo não só as questões médicas, mas também os aspectos psicossociais, preenchendo uma lacuna importante ao buscar subsidiar intervenções em saúde mental pelos profissionais da APS que sejam embasadas cientificamente. Embora não se tenha como medir o alcance das propostas

realizadas, o esforço da OMS aponta para uma popularização do acesso às informações relativas à saúde mental entre os profissionais de saúde.

Hirdes et al.⁴⁵ também se ocupando do tema da integração entre a Atenção Primária e os cuidados em Saúde Mental, colocam um foco sobre barreiras e os fatores que facilitariam a estratégia do Apoio Matricial em Saúde Mental. As autoras dão um importante destaque à resistência dos profissionais, sejam especialistas ou generalistas:

Os argumentos utilizados são de que problemas de ordem “mental” devem ser referenciados para especialistas; além disso, é constante a cobrança por produtividade pelo órgão gestor o que resulta em pouca disponibilidade para a escuta da elevada demanda por atendimento. Somam-se a isso aspectos da cultura de cada profissão e a disponibilidade pessoal para a tarefa, atributo que poderá promover mudanças nas histórias das pessoas, assim como na interação entre os profissionais. A escuta envolve considerar a alteridade, tarefa que exige constante preparo.^{45:385}

As autoras ainda acrescentam que muitas vezes as demandas em saúde mental são encaradas como acréscimo às demandas da APS, que no geral já são elevadas, enfatizando que a mudança paradigmática para que os cuidados em saúde mental sejam incorporados ao cotidiano da APS demanda sensibilizar os profissionais envolvidos; também lembram que a resistência não se dá apenas do lado dos generalistas e que muitos especialistas têm dificuldades em compartilhar saberes.

Nunes et al.⁴⁶ investigaram a atuação de quatro Equipes de Saúde da Família, em Salvador-BA, a partir da relação delas com o sofrimento mental, buscando identificar as facilidades e dificuldades dessas equipes ao lidar com esses casos, a formação desses profissionais generalistas em saúde mental, o conhecimento que eles tinham sobre o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e ainda o funcionamento e a implantação da rede de serviços de saúde mental.

Trata-se de um dos raros estudos que buscam escutar diretamente os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde brasileira sobre as dificuldades e resistências no atendimento aos casos de saúde mental. Os profissionais entrevistados relataram a quase inexistência de ações de saúde mental nos locais em que trabalham, mas a maior parte deles relatou alguma situação no cuidado a esses usuários.

Os profissionais entrevistados se queixaram da falta de capacitação adequada para a prestação de cuidados em saúde mental. As autoras levantam o argumento em consideração, mas fazem uma ressalva crítica apontando que

evidentemente, não se pode idealizar essa demanda, sabendo-se das resistências que também envolvem esse cuidado e que mobilizam justificativas que vão desde o excesso de trabalho dos profissionais da rede básica para ainda se ocuparem de mais um problema, até questões inconscientes que incluem aspectos pessoais.^{46:2381-2}

A inclusão dos aspectos pessoais é pouco citada na literatura especializada como um fator importante quando se leva em consideração os cuidados em saúde mental. O foco da quase totalidade das propostas está em fornecer informações sobre diagnósticos psiquiátricos e o manejo dos pacientes com transtornos mentais, atribuindo toda a dificuldade dos profissionais apenas à falta de capacitação e de informações.

A contradição encontrada pelos autores citados acima também aponta para o fato de que mesmo não sentindo-se capacitados, os profissionais seguem lidando com esses casos de saúde mental na prática. Portanto, é importante considerar que os profissionais operam um saber a partir dos casos que atendem, mais ou menos socializado e compartilhado a depender do contexto onde estão inseridos. Esta constatação da presença de certa empiria do saber com a saúde mental e a subjetividade nos interessa nesse trabalho.

A falta de capacitação e/ou de preparo dos profissionais abre espaço para a discussão de um tema pouco debatido no campo da saúde coletiva em geral e no campo da saúde mental em particular. Trata-se de pensar nos potenciais malefícios causados pelos supostos tratamentos no campo da saúde mental, sobretudo nas intervenções que não envolvem medicamentos.

Akimoto Jr et al.⁴⁷, a partir de uma revisão da literatura, apontam que os tratamentos em saúde mental pioram o quadro clínico dos pacientes em aproximadamente 10% dos casos. Os autores, retomando outros achados, discutem que há certa ignorância dos profissionais operadores da saúde mental quanto aos possíveis efeitos iatrogênicos das suas intervenções, em grande parte ancorado na crença de que por tratar-se apenas de “conversas”, ou seja, de procedimentos não-invasivos, não há risco de danos. Embora haja uma série de estudos apontando as taxas de ocorrência dos riscos envolvidos nos tratamentos psicoterápicos, ainda são raros os estudos que aprofundam sobre as causas ou outros fatores envolvidos que poderiam contribuir para encontrar “estratégias adequadas para redução do potencial iatrogênico dos tratamentos”^{47:94}.

A ideia de que se trata “apenas de uma conversa”, também aponta para uma outra questão de que a intervenção em saúde mental se reduz apenas a escutar; “basta escutar” dizem muitos dos profissionais bem-intencionados, que apontam ser essa uma tarefa

fundamental no acolhimento e na humanização do cuidado. De fato, escutar é importante, mas será que sempre é suficiente?

Embora ainda pouco explorado na literatura, como já apontando, o tema dos danos decorrentes das estratégias terapêuticas está presente também na produção de Michael Balint. Ao levar em conta a centralidade da figura do médico na condução do tratamento, o autor aponta que a consideração sobre os possíveis efeitos deletérios das intervenções, é condição importante para o alcance do sucesso do tratamento.

Eu sei que essas ideias trazem uma pesada e alarmante responsabilidade para todos nós – clínicos gerais, especialistas, psicanalistas, e demais – mas eu não acredito que possamos evitar enfrentar isso. E eu, firmemente, acredito que, ao nos tornar mais e mais advertidos de nossos papéis na relação entre médico e paciente – ou seja, nós como drogas passíveis de causar efeitos colaterais – nossa eficiência terapêutica irá prosperar.¹²

A ressalva feita por Balint é antiga, mas ainda pouco discutida em nossos dias. A ideia de primeiro não causar dano está na base da medicina, a partir do juramento hipocrático, e vem sendo retomada com força pela Medicina de Família e Comunidade (MFC) a partir da ideia de prevenção quaternária. Contudo, nesse campo da atuação médica, a maioria dos estudos se concentram apenas em evitar a solicitação de exames desnecessários e também se contrapõem ao uso excessivo de medicamentos.

O debate sobre as iatrogenias no campo da saúde mental abre a possibilidade de discutirmos sobre as estratégias de que os profissionais de saúde da família realizem o acompanhamento de casos com questões de saúde mental mesmo os profissionais falando reiteradamente sobre o quanto se sentem despreparados para acompanhar esses casos^{48,49}

Não está completamente clara a exigência que se faz aos profissionais das Equipes de Saúde da Família quanto ao atendimento aos casos com componentes de saúde Mental; em muitos momentos, o que se requer é que estejam atentos aos aspectos subjetivos que atravessam o processo de adoecimento, mas em outros espaços esse mesmo argumento desliza para a ideia de que os profissionais terão que sustentar o acompanhamento desses casos, já que os recursos especializados – seja no NASF ou nos CAPS – são escassos e por isso restritos aos casos mais complexos. Neste cenário, qual tipo de acompanhamento se espera que seja feito?

Parte dessa discussão se faz importante para realizarmos uma análise crítica quanto às exigências em torno da necessidade de escuta dos profissionais. O papel da escuta vem sendo ressaltado como sendo de fundamental importância para a ampliação da clínica e em

contraposição à “clínica do olhar”, aquela que busca no substrato anátomo-patológico a única razão do seu fundamento e que por isso se pretende universal, alheias aos sujeitos e contextos.

No entanto, identifica-se que é preciso aprofundar o debate em torno da noção de escuta para que ela não se torne apenas um imperativo vazio. Escutar o quê? Para quê? Por quê? O que fazer com o que se escuta? Essas são algumas das perguntas possíveis diante dessa questão ainda pouco debatida em nosso meio e devem ser enfrentadas para não apenas evitar efeitos iatrogênicos, mas ampliar os efeitos terapêuticos das nossas propostas. Esses questionamentos se fazem úteis para resgatar as potências e limites das proposições em torno da escuta evitando que a sua ampla utilização culmine em um esgarçamento e na neutralização do seu sentido.

É imprescindível pensar sobre o que se espera dos profissionais da APS, sobre os seus limites no atendimento a esses casos, mesmo entendendo que na maioria das vezes eles podem ser plásticos e variar de acordo com as equipes, os casos, as condições de trabalho e o apoio que cada profissional possui. Estas reflexões colocam o tema da capacitação para o atendimento em saúde mental como central na expansão dos cuidados em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família são arranjos organizativos com a missão dupla de incidir sobre a dimensão pedagógica e assistencial. Tendo como principal método de trabalho o Apoio Matricial, essas equipes buscam ofertar retaguarda especializada para as Equipes de Saúde da Família, tendo como uma das suas áreas prioritárias a saúde mental⁵⁰.

Nos últimos anos, no entanto, com a perda do financiamento das equipes NASF pelo Ministério da Saúde, houve um vácuo com relação às propostas para os cuidados em Saúde Mental na APS. Os desafios diante dessa ausência de diretrizes agravaram-se ainda mais com a emergência da pandemia de COVID-19 e o consequente aumento da demanda por cuidados em saúde mental. Mais recentemente, no primeiro semestre de 2023, o governo federal voltou a ofertar uma nova modalidade de financiamento para viabilizar a presença de outros profissionais na APS para além das EqSF; a nova proposta, chamada E-multi⁵¹, embora preveja a inserção de profissionais do campo da saúde mental (Psicólogo, Terapeuta Ocupacional e Psiquiatra), já não apresenta a Saúde Mental como sendo uma das áreas prioritárias.

Embora o Apoio Matricial seja uma estratégia comprovadamente potente na capacitação dos profissionais para a ampliação da clínica na APS e a complexificação do cuidado, entendemos que esse arranjo, por si só, não encerra as possibilidades de educação permanente e capacitação dos profissionais quanto aos cuidados em saúde mental.

A qualificação dos trabalhadores do SUS a partir de estratégias de educação permanente é uma das estratégias centrais na transformação do modelo de atenção à saúde. Cecim et al.^{52:43} em um texto seminal para a estruturação das estratégias de formação dos trabalhadores, apontam que:

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

A incorporação das “várias dimensões” do cuidado tem se mostrado como um desafio para as propostas e atividades de educação permanente. Soalheiro et al.⁵³ identificaram nas bases de dados (Bireme, Lilacs, Cochrane, SciELO, Pepsic, Capes e Pubmed) uma escassez de trabalhos que descrevam experiências de educação permanente em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

As autoras identificam uma ambivalência das equipes da APS quando o tema é capacitação em saúde mental. Por um lado, as equipes apresentam um discurso reiterado de que não se sentem suficientemente preparados para atender os casos de saúde mental, demandando processos formativos direcionados, mas por outro lado e apesar disso, lidam a seu modo com diversos casos complexos que envolvem questões de saúde mental e que surgem no cotidiano.

Diante da escassez de experiências de educação permanente em saúde mental, as autoras propuseram um material para servir como guia de experiências envolvendo o tema na APS. O “Roteiro de Apoio e Facilitação de Processos Formativos em Saúde Mental para a Atenção Básica” parte da constatação de que os trabalhadores da APS, mesmo não formados pela área Psi, se deparam cotidianamente com diversas situações envolvendo sofrimento e acolhimento; e muitas vezes os profissionais referem que não se sentem preparados para atender essas demandas, o que os deixa inseguros⁵⁴.

O Roteiro propõe uma divisão a partir de seis Eixos, buscando incrementar o cuidado não centrado nos aspectos biológicos que envolvem a Saúde Mental; a saber: SUS, Atenção Básica e Saúde Mental; Território; Acolhimento; Escuta; A Potência das práticas; e O

Trabalho em Equipe. Cada um desses eixos traz uma breve discussão, além de textos sobre o tema a serem trabalhados com as equipes e propostas de atividades e discussões. O material faz uma aposta em saberes não biomédicos, centrados na doença, e em lugar disso propõe algumas diretrizes não-técnicas para guiar o trabalho dos profissionais da APS. A presença ou não de estratégias de educação permanente em saúde mental para trabalhadores da APS coloca em pauta um necessário debate sobre a importância do saber a ser transmitido tanto para os cuidados com a subjetividade como para o trabalho com a “coisa mental”.

Onocko-Campos⁵⁵ chama a atenção para o olhar pouco cuidadoso que se lançava sobre os profissionais da saúde. A autora faz uma crítica a um discurso surgido nos anos 90 no âmbito da saúde coletiva que, com forte teor pós-moderno desqualificava as análises técnicas. Advogando pela retomada dessa dimensão, Onocko-Campos⁵⁵ assinala que há um recalçamento da dimensão técnica dos encontros assistenciais, o que deriva para o recalçamento da clínica. Esse apelo se faz importante, segundo a autora, porque muitos autores no campo da saúde coletiva estariam insistindo apenas na dimensão não técnica do cuidado:

Essa questão parece-nos central, inclusive, porque a definição de quais meios técnicos um dado trabalhador possui, ou não, na sua prática, será fundamental tanto para a eficácia dessas práticas quanto interferirá também no grau de resistência e tolerância com que o sujeito em questão conta para enfrentar o dia-a-dia em contato permanente com a dor e o sofrimento. Deter o domínio de uma ou várias técnicas não é bom ou ruim em si. Segundo tentamos mostrar, dependendo do seu funcionamento, do tipo de processos de subjetivação que um dado equipamento favorece ou não, a técnica poderá se constituir em alavanca de novos processos criativos, abertos à diversidade, acolhedores da diferença; ou funcionar como receita prescritiva, guarda-chuva defensivo contra aquilo que no outro nos ameaça. Mas isso não é uma qualidade da técnica, dependerá do contexto de experimentação da técnica em questão.^{55:578}

A dimensão técnica cumpriria ainda um importante papel na melhora da assistência, mas também na saúde dos trabalhadores, evitando a angústia que provoca o “nada saber”^{55:579}. Os debates em torno da dimensão do saber abrem outras possibilidades para refletir também sobre os fazeres desenvolvidos pelos profissionais diante do desamparo teórico-técnico a que muitas vezes estão submetidos. Dito de outra forma, é possível pensar que os trabalhadores desenvolvem um saber próprio que os auxilia na prática diante da ausência de um saber técnico estruturado?

A opção desse trabalho em analisar as práticas dos profissionais da APS a partir das suas dificuldades, ou seja, dos limites que encontram ao lidar com os casos de saúde mental,

mas também dos atendimentos que consideram ter sido “bem sucedidos”, é uma escolha que faz uma aposta na visão de que, mesmo não tendo capacitação suficiente, os trabalhadores seguem atendendo os casos de saúde mental e prestando cuidado a casos complexos e a usuários envolvidos em situações de muito sofrimento.

Não se pretende colocar a educação permanente e a capacitação dos trabalhadores em um lugar que organizaria o trabalho de forma prescritiva, garantindo que os profissionais não tivessem dificuldades. Entendemos que a ausência de protocolos ou modos consensuados de ação podem, por um lado, provocar angústia nos trabalhadores, mas também lhes permite a criação de modos inventivos e singulares de trabalho que podem ser igualmente ricos e benéficos aos pacientes e que também nos interessam conhecer.

As considerações sobre o tipo de saber envolvido no cuidado em saúde mental talvez ajudem a explicar a ausência de atividades de educação permanente sobre o tema no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Mesmo considerando que a educação permanente se baseia na construção do saber a partir da prática profissional, nos questionamos se não há uma aposta tácita de que todo e qualquer conhecimento “técnico” estaria a serviço do modelo biomédico, o que terminaria por provocar resistência nos serviços e nos atores envolvidos em propostas minimamente estruturadas sobre o saber em saúde mental.

Barros et al.^{56:1690}, em um estudo qualitativo envolvendo mais de 90 trabalhadores da ESF em São Paulo, constatou a ausência de Educação Permanente voltada para os trabalhadores no campo da saúde mental: “alguns profissionais relataram que não receberam Educação Permanente no serviço ou qualquer outro treinamento em Saúde Mental, em toda a sua vida profissional (...)”. As autoras ainda se questionam o motivo da formação ainda ser uma das principais dificuldades na incorporação dos cuidados em saúde mental no processo de trabalho da ESF, considerando que a literatura já aponta há mais de uma década a existência de limitações na formação em Saúde Mental dos trabalhadores do nível primário de atenção.

Rezio et al.⁵⁷ e Rezio et al.⁵⁸ desenvolveram uma experiência de Educação Permanente (EP) em saúde mental com profissionais da APS, em Cuiabá-MT. As autoras analisaram uma experiência que realizam a partir dos pressupostos da educação permanente, enfocando sobre a potencialidade da EP no processo de capacitação dos profissionais da APS, mas menos nas alterações do modelo de atenção e das ofertas de cuidado dos profissionais. Apesar das análises não privilegiarem as mudanças na clínica produzidas, alguns relatos apontam que os profissionais relataram ter menos medo e estarem “sabendo escutar mais”^{57:6}.

Uma outra experiência que merece destaque no rol de atividades de EP sobre saúde mental é o Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, uma parceria da Prefeitura de São Paulo com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Costa et al.⁵⁹ narraram parte da experiência desenvolvida entre os anos de 2014 a 2016, em que foram criadas capacitações para trabalhadores alocados em diversos pontos da RAPS com o objetivo de qualificar os trabalhadores para o cuidado em saúde mental, priorizando:

a manutenção dos vínculos sociais e familiares e a minimização do sofrimento psíquico; a integração e a articulação intersetorial dos diversos serviços no fortalecimento da Raps no município; e a promoção do cuidado em rede na busca da integralidade na atenção à saúde da população a partir da reorganização dos processos de trabalho”.^{59:1314}

O trabalho partiu ainda do reconhecimento das necessidades apontadas pelos trabalhadores e buscou alinhar os conteúdos com os saberes constituídos por eles a partir da prática. Ao abarcar trabalhadores de diversos pontos da Rede, o trabalho estende uma discussão necessária sobre os paradigmas da atenção psicossocial que nem sempre alcança os trabalhadores da atenção primária dos hospitais ou dos centros de especialidade, embora eles também ofertem cuidados em saúde mental.

Santos et al.⁶⁰ também realizaram um estudo sobre uma capacitação em Saúde Mental na APS, mas igualmente enfocam os processos envolvidos na formação do processo educativo como pertencente ao campo da educação permanente. Estes autores enfocam que a EP deve ter flexibilidade para a incorporar as necessidades advindas dos profissionais, levar em conta o conhecimento e as experiências prévias dos trabalhadores a partir de problemas enfrentados pelos profissionais na prática.

No campo da educação na saúde, que envolve os processos formativos dos profissionais inseridos nos serviços, há uma dicotomia que a literatura especializada costuma reproduzir. A divisão entre Educação Continuada (EC) e Educação Permanente em Saúde (EPS) costuma se dar definindo a primeira como sinônimo de um enfoque instrumental, transmitindo informações de forma verticalizada, pontual e fragmentada, pautando-se em uma forma tradicional de transmissão de conhecimento⁶¹; já a EPS, ao contrário, seria dialógica, crítica, articulada com a gestão e o controle social, permitindo aos trabalhadores problematizarem as suas práticas, aproximando-se dos pressupostos discutidos por Paulo Freire, buscando a aprendizagem significativa⁶².

Essa dicotomia, no entanto, nos parece pouco produtiva, sobretudo no contexto do trabalho multiprofissional e da atenção psicossocial, que pressupõem um olhar complexo e complementar entre os diferentes saberes. Aqui caberia uma comparação e uma crítica com relação à forma de organização do trabalho nos serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial. Na maioria desses serviços, as equipes se organizam a partir do arranjo dos profissionais de referência⁶³, com foco nas atividades que são comuns a todos os profissionais, no entanto, isso termina por produzir, em muitos casos, um arrazoadado das diferenças profissionais, que tende a transformar a todos os trabalhadores, com diferentes formações, em “técnicos de saúde mental”. Entendemos que há uma linha de continuidade entre a crítica que se faz às propostas de educação pautadas por conteúdos específicos, aos saberes do tipo técnico e por conseguinte aos saberes específicos de cada profissão.

As ponderações de Campos¹⁹ quanto às críticas sobre o modelo biomédico e de Onocko-Campos⁵⁵ a respeito das críticas aos saberes técnicos nos fazem colocar em perspectiva também as críticas ao modelo de educação continuada. No geral, as críticas que se fazem a essas formas tendem a sobrepor uma hegemonia pela outra¹⁹, o que termina por deixar de lado as contribuições possíveis das formas hegemônicas, seja do modelo educacional, do paradigma científico ou dos saberes a respeito das práticas em saúde.

Mattos et al.⁶⁴ realizaram uma revisão integrativa da literatura sobre experiências de educação permanente no contexto dos CAPS e encontraram alguns trabalhos⁶⁵⁻⁶⁷ que apontam que para alguns trabalhadores dos CAPS o conceito de educação continuada e educação permanente estão muito próximos e que profissionais e gestores acreditam que “formatar capacitações a partir de uma necessidade ou demanda (...) poderiam resolver muito mais coisas”^{64:1285}. Em outro trabalho encontrado na revisão⁶⁸, os autores notam uma suposta contradição: ao mesmo tempo em que os trabalhadores buscam uma formação autogestionária também buscam uma organização do processo de ensino-aprendizagem mais formal com discussões teóricas, que supostamente seriam mais centradas na reprodução de conceitos e na educação bancária⁶⁴.

Diante dessa questão, Mattos et al.^{64:1286} apontam para uma solução dialética, entendendo que a capacitação técnica e a educação permanente em saúde podem caminhar de forma conjunta:

É importante que a educação permanente em saúde e a educação continuada sejam complementares e não substitutivas, para que os atravessamentos do cotidiano mantenham ‘viva’ a forma autônoma e criativa das equipes de atenção psicossocial.

Levando em consideração as ponderações de Nader¹, que, ao tomar como objeto as formas de organização do discurso antimanicomial, chama a atenção para a crítica necessária às lógicas binárias e totalizantes de compreensão do mundo, que costuma tomar os componentes de forma simplificada, como elementos simétricos e opostos. Mesmo nos movimentos progressistas há o risco de reprodução dessa lógica dicotômica que sustenta a lógica manicomial ao opor razão e loucura, mente e corpo, individual e coletivo, clínica e política.

Para romper com essa lógica que separa de forma dicotômica as distintas formas de educação para os trabalhadores da saúde, caberia evocar Ceccim^{69:162} ao discutir um modelo de educação permanente que não despreza a educação continuada, mas vai além, incorporando a ela uma intencionalidade política e um compromisso com a transformação dos processos de trabalho:

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

Romper as dicotomias se faz necessário sob a pena de reproduzir um erro que imputam ao próprio paradigma que buscam criticar, já que a separação entre “corpo e mente, razão e sentimento, ciência e ética” é vista como pertencente ao modelo positivista que reduz o saber à eficiência técnica^{36:748}.

3.3 FRONTEIRAS ENTRE SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE

Grande parte das críticas endereçadas ao modelo biomédico foram importantes para ajudar a construir um modelo de entendimento que não tem os aspectos biológicos como chave única e exclusiva de entendimento do processo saúde-doença-cuidado. Apesar das críticas ao seu caráter utópico, a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) “como um estado de completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a

ausência de doença ou de enfermidade”, publicada em 1946, é um marco importante na ampliação da concepção de saúde e dos seus alcances.

Em grande medida, essa definição é uma das principais subsidiárias das discussões sobre Integralidade da atenção⁷⁰, e sobre Clínica Ampliada e Compartilhada¹¹ fundamentais na construção e consolidação do SUS e do seu caráter universal. No entanto, a aglutinação das questões “mentais” e “sociais” aos aspectos “físicos” nem sempre se dá de forma harmônica como o nome “biopsicossocial”, largamente utilizado no âmbito da saúde coletiva, tende a sugerir.

Estas discussões têm avançado bastante nas últimas décadas e há um crescente investimento em teorias e práticas que visam o incremento dos aspectos relacionais tanto na formação quanto na atuação dos profissionais de saúde. Parte desses investimentos são oriundos da constatação de que pouco conseguiu-se avançar na qualidade do cuidado ofertado e nas dinâmicas de gestão das organizações, para além da ampliação do acesso aos serviços⁷¹; Onocko-Campos^{72,73} reconhece que houve avanços na questão do acesso, contudo, ressalta que é importante indagar: acesso a quê?

A Política Nacional de Humanização foi uma das mais robustas iniciativas na história do Sistema Único de Saúde ao propor uma transformação das práticas dos serviços e também da gestão, guiando-se por valores como “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão”^{74:8}.

No conjunto das discussões propostas, gostaríamos de destacar a abordagem do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que tem ganhado bastante relevância nos últimos anos na formação médica de maneira geral e na de médicos de família e comunidade em particular. Partindo de uma crítica ao modelo biomédico, tal “método” busca levar em conta a experiência dos usuários no adoecimento, envolvendo aí seus sentimentos, ideias e expectativas, e buscam também entender a “pessoa como um todo, inteira”, incluindo outros aspectos pessoais e contextuais⁷⁵.

Grande parte dessas discussões, ou a totalidade delas, está dedicada a melhorar a relação médico-paciente e, em última instância, garantir a adesão aos tratamentos propostos. Embora haja uma centralidade para os aspectos subjetivos e a maior parte dos autores identifiquem em Balint um dos seus principais referenciais, estas discussões na maior parte das vezes dialogam pouco com as propostas para os cuidados em saúde mental na APS.

Esta separação contribui para que as discussões em saúde mental na APS quase sempre fiquem restritas aos diagnósticos e aos medicamentos, ou seja, às doenças mentais.

Esta divisão além de contribuir para a medicalização das questões relativas à saúde mental, também dificulta o encontro de soluções comuns e aprofunda ainda mais a ideia de que saúde mental é algo à parte das demandas encontradas no dia-dia dos profissionais ou apenas uma questão de determinados pacientes.

Termos muito comuns nos serviços da atenção primária, como “usuários hiperfrequentadores”, “usuários com sofrimento difuso” ou “queixas inespecíficas” muito frequentemente sempre são lidas como se indicassem questões de saúde mental, já que em grande medida questionam as ferramentas e abordagens tradicionais que as equipes costumam utilizar.

No campo da Saúde Coletiva, existe uma ampla diversidade de conceitos que buscam definir aspectos que a princípio não são alcançados pelo campo biomédico e que atravessam as experiências de saúde-doença-cuidado. A localização de onde começam ou terminam os “casos de saúde mental” nem sempre é clara e sem impasses. Se por um lado, a restrição dessas questões àqueles usuários que tem um diagnóstico psiquiátrico ou comportamentos considerados excêntricos faz com que estes sejam vistos apenas como demandas para especialistas, a expansão ilimitada do conceito de saúde mental, que passaria a envolver cada vez mais aspectos, quase sempre tende a produzir mais medicalização e outras tantas capturas.

Castiel et al.⁷⁶ fazem uma crítica à expansão do conceito de saúde engendrado pelo movimento de promoção à saúde, pois este movimento passou a incorporar cada vez mais elementos como sendo sinônimo de saúde (moradia, transporte, saneamento, etc); se tudo isso é saúde, tudo isso poderia responder a intervenções oriundas desse campo. Acreditamos que essa ressalva também seria importante para analisar a expansão do conceito de saúde mental, que, se por um lado chama a atenção para aspectos emocionais muitas vezes menosprezados ou negligenciados na vivência dos sujeitos, por outro lado, torna quase tudo sinônimo de saúde mental.

Esta expansão tem sido largamente impulsionada pelas redes sociais e também pelo posicionamento de artistas, atletas e celebridades que usam a mídia para falar das suas questões subjetivas ou mesmo de problemas emocionais que estariam enfrentando. Um dos casos mais notáveis nos últimos anos talvez seja o da atleta de ginástica norte americana, Simone Biles, que abandonou as Olimpíadas de Tóquio em 2021 por não estar bem “da saúde mental”⁷⁷.

No contexto nacional, dados divulgados pela Ipsos a partir da pesquisa “*Global Health Service Monitor 2023*” apontaram que a saúde mental passou a ser a principal preocupação da maioria (52%) dos brasileiros quando o tema é o bem-estar. Em 2018, essa era a principal

preocupação para apenas 18% dos entrevistados; em 2020, 27% dos entrevistados relataram esta como primeira preocupação; e em 2021 e em 2022, os valores passaram a ser de 40% e 49%, respectivamente. O câncer e o uso de drogas alcançam a segunda e a terceira posição nessa lista de preocupações⁷⁸.

Tais elementos apontam que nos últimos anos houve significativos avanços no destaque e no aumento da relevância das questões ligadas à saúde mental não apenas na APS, mas em diversos setores da sociedade. A importância da atenção à saúde mental e a sua magnitude costumam ser afirmada, no âmbito da saúde principalmente, a partir de números que mostram aumento da incidência de diagnósticos como os de depressão e ansiedade e o aumento no consumo de medicamentos.

Os dados que apontam o aumento dos diagnósticos caminham junto com os dados que apontam para a alta do consumo de medicamentos psicotrópicos. Disso decorre a nossa ressalva em afirmar a relevância do debate que envolve a saúde mental na APS a partir da alta na incidência dos diagnósticos. Provar que esse debate é importante apenas com dados que indicam o aumento dos diagnósticos é parte de um processo de medicalização que esse estudo procura questionar criticamente.

A discussão levantada até aqui aponta para uma tensão que atravessa o nosso tempo e, portanto, as práticas em saúde. Entre uma extensão desmedida do campo da saúde mental, em que tudo é sinônimo de saúde mental ou uma redução focalizada, restrita aos pacientes com diagnósticos psiquiátricos definidos ou aos casos com “transtornos mentais severos e persistentes”, tentamos encontrar um caminho que nos permitisse superar tal dualidade. Para isso, optamos por denominar os casos de nosso interesse como “casos com componentes de saúde mental”, entendendo que este seria um termo que poderia abarcar tanto os casos graves, mas também outros casos que embora não sejam “de saúde mental” tenham a dimensão “mental” como algo relevante a ser considerado nos cuidados ofertados pelas equipes.

Em parte das referências internacionais que endossam a importância da efetivação dos cuidados em saúde mental na APS, o diagnóstico precoce desponta como uma das principais justificativas para ressaltar a importâncias desses cuidados nesse nível de atenção. Contudo, a preocupação com a facilitação do acesso nem sempre vem acompanhado da necessária crítica a respeito da medicalização dos problemas sociais da população.

Aqui vale uma ressalva quanto à nomenclatura recorrente na literatura brasileira de “Transtorno Mental Comum” (TMC) em geral referido a pacientes com manifestações do tipo depressivo/ansiosas sem gravidade considerável. Classicamente, essa nomenclatura foi sugerida para designar condições de saúde mental que não preenchem todos os critérios para

diagnóstico de depressão e ansiedade, de acordo com os manuais diagnósticos, mas que promoviam um prejuízo funcional tão severo quanto o de quadros com diagnóstico amplamente conhecidos⁷⁹. Esta nomenclatura abrigaria uma série de sintomas desde insônia e fadiga, passando por queixas somáticas e alterações de humor⁸⁰.

Apesar disso, a noção de “comum” é frequentemente utilizada para demarcar uma diferenciação quanto à gravidade, mas também abre margem a uma interpretação a respeito da prevalência desses diagnósticos, levando a crer que a presença deles é algo cada vez mais esperado e “comum” de acontecer, o que pode impedir uma postura crítica quanto à escalada de diagnósticos psiquiátricos em nossos dias.

Schutel et al.⁸¹ dão um passo adiante e questionam a própria noção de “transtorno mental”, que é utilizado de forma recorrente como sinônimo de demanda em saúde mental, mas que se hospeda em uma lógica dicotômica que divide os transtornos físicos dos mentais e corroboram a classificação dos manuais diagnósticos, que apresentam os transtornos de forma fragmentada e isolada. Vale retomar que a opção pela nomenclatura transtorno se difunde mais amplamente a partir do Manual de Diagnósticos e Doença Mental (DSM, em inglês) III, em 1980, por supostamente tratar-se de uma categoria atórica⁸², no entanto, essa edição do DSM também é reconhecida pela virada biologicista no campo psiquiátrico.

Santos et al.⁸³ retomam o amplo espectro do conceito de sofrimento para pensar as formas de atenção e cuidado na atenção primária. As autoras retomam a estimativa de Mendes^{84:244} de que metade das pessoas que procuram unidades de atenção primárias possuem enfermidades, mas não doenças, o que aponta a necessidade de pensar que “uma clínica excessivamente orientada para a doença não será capaz de lidar com o sentir-se mal ou com o sofrimento”.

Entrevistando usuários dos serviços, as autoras encontraram situações que são reveladoras desses sofrimentos a exemplo das vivências em torno da experiência do luto, mas também verificaram a presença do sofrimento traduzido a partir de queixas difusas como dores das mais variadas que nem sempre encontram um correspondente na sintomatologia da biomedicina. Apesar disso, as respostas encontradas pelos pacientes nos serviços de saúde quase sempre se reduzem a ansiolíticos e antidepressivos⁸³.

A noção de sofrimento é pouco utilizada no campo da saúde coletiva, embora não seja exatamente nova em nosso meio. Rodrigues et al.⁸⁵ apontam como o conceito de sofrimento opera como um “significante flutuante”, incorporando aspectos que vão desde dificuldades físicas até dificuldades materiais e também pode assumir uma função na construção das identidades pessoais, o que indica o seu caráter fortemente relacional.

Birman^{86:5} propõe uma diferenciação entre dor e sofrimento. Enquanto a primeira se caracteriza como uma experiência solitária, em que o indivíduo ficaria restrito a si mesmo, prejudicando a relação com o outro e sendo marcada por certa passividade. Já o sofrimento seria “uma experiência essencialmente alteritária”, dirigindo ao outro o seu apelo e demanda, fazendo da interlocução algo sempre presente. De acordo com o autor, uma marca da sociedade contemporânea (há 20 anos), seria a impossibilidade de transformar dor em sofrimento, com o mal-estar se manifestando principalmente nos registros do corpo e da ação.

Este aspecto nos remonta a uma característica acionada por Dunker⁸⁷ para pensar o conceito de sofrimento que é o seu aspecto de “transitividade”, ou seja a sua capacidade de transmissão, de irradiação entre as pessoas; em outras palavras, o seu aspecto potencialmente contagioso:

Argumentamos que o sofrimento possui uma estrutura transativista, pois nele indetermina-se quem sofre e quem está reconhecendo o sofrimento daquele que sofre. E essa não é uma experiência ontologicamente indiferente. Ao contrário do adoecimento orgânico, que segue seu curso inexorável e indiferente às nomeações, o sofrimento se altera conforme é nomeado. Seu tratamento, sua nomeação, torna-se uma determinação política, não apenas ética. É preciso escolher, portanto, de qual sofrimento tratar, tendo em vista que nem todos são igualmente visíveis.^{87:37}

Este ponto nos interessa, se buscamos considerar as resistências e dificuldades encontradas pelos profissionais no trato com as questões de saúde mental e também as operações diagnósticas e de medicalização no âmbito da saúde em geral e na Atenção Primária em particular. Mais do que uma mudança de nomenclatura a noção de sofrimento expande também a responsabilidade sobre os cuidados, alcançando não apenas especialistas: “O mal-estar é um assunto filosófico. Os sintomas são da alçada de psicanalistas, psicólogos e psiquiatras. O sofrimento, por sua vez, nos toca a todos e por isso é responsabilidade e da alçada de todos nós”^{88:74}.

Mattos^{89:778} retomando a história do conceito de integralidade na Reforma Sanitária Brasileira, utiliza o conceito de sofrimento como sendo o principal objeto das intervenções em saúde:

Penso que é em torno do sofrimento que podemos e devemos fazer o exame crítico das práticas e das instituições de saúde. O sofrimento (manifesto ou antecipado pelo conhecimento) se impõe aos serviços e aos profissionais de saúde. É ele que dá sentido às práticas do cuidado em saúde. O sofrimento é algo inerente à vida humana, como o são o cuidado e os esforços para o reduzir e evitar.

O autor também faz questão de separar o sofrimento da doença, evitando que se reduza o primeiro à segunda, mas reafirmando-o como objeto de intervenção das práticas em saúde. Essa proposta de tomar o sofrimento como central produz um tensionamento, já que, de acordo com Castiel⁹⁰, os médicos (e muitos outros profissionais de saúde) não são formados para lidar com o sofrimento presente nas manifestações ligados aos adoecimentos.

No contexto da APS, é necessário considerar que o trabalho no território culmina em uma proximidade maior entre pacientes e profissionais. Cardoso et al.⁹¹, analisando a experiência de estudantes de medicina inseridos na APS, destacam o impacto provocado nos internos durante a vivência de cuidados em contextos de alta vulnerabilidade. O estudo enfatiza “a centralidade do componente psicossocial na clínica da Atenção Primária”^{91:1258} e aponta para a ausência de experiências formativas que enfocam o “sofrimento psicossocial” durante o internato.

O contexto marcado pela alta vulnerabilidade e as experiências diante de um tipo de sofrimento difuso servem como questionadores das perspectivas unicasais e biomédicas do adoecimento de acordo com os autores. O reconhecimento da complexidade envolvida nas diversas formas de sofrimento vivenciados produz uma interpelação em quem se depara com elas, diante disso os autores vão colhendo as nuances do contato com o sofrimento advindo seja de questões estruturais ou de tragédias pessoais:

Nos encontros com os usuários em extrema vulnerabilidade, o sofrimento dos estudantes transbordou. A complexidade das situações e os densos fluxos de afetos colocaram em xeque o arsenal biomédico e abriram caminho para a incerteza.^{91:1256}

A noção de sofrimento, apesar de muitas vezes vir acompanhada de adjetivos como “mental” ou “social”, parece-nos profícua ao escapar de algumas dicotomias presentes em nosso campo como mente-corpo, individual-social, biológico-psicológico, dentre outras. As questões ligadas à subjetividade ganham muitas vezes sua principal tradução como questões de saúde mental, mas não apenas assim, também aparecem de outros modos. As discussões sobre usuários “hiperutilizadores”⁹², “doenças sem explicação médica”⁸² e “sintomas vagos e difusos”⁹³ apontam para a amplitude desse campo ligado à subjetividade e podem dar pistas sobre os desafios de tomar essas questões como sinônimo de “questões de saúde mental”.

Guedes et al.^{93:136} elaboraram uma revisão da literatura entre os anos de 1990 a 2005 sobre os usuários que têm a “presença de sintomas físicos sem apresentar uma causalidade

explicável por bases empíricas”. Os autores encontraram uma variedade de nomenclaturas para esse tipo de questões nos artigos revisados com destaque para “somatização”, a mais utilizada, e “sintomas inexplicáveis” como a segunda mais presente. A revisão também encontrou que em metade dos 40 artigos revisados, os autores recorrem a “explicações sobre as relações existentes entre a sintomatologia física e aspectos psicológicos e sociais”^{93:137}.

Muitas das demandas de saúde mental das unidades básicas se derivam a partir de queixas que “não possuem um agente etiológico orgânico”⁸², às vezes mais claramente ligadas a fatores psicossociais identificáveis a “olho nu”, mas em outros momentos com estes fatores ainda a serem esclarecidos. Um estudo organizado pela OMS e citado por Guedes et al.⁹³ mostra a alta incidência de questões ligadas à somatização na APS. Na revisão elaborada pelos autores foi encontrado em 47% dos artigos que a principal proposta terapêutica para esses casos é o encaminhamento para psicólogos ou psiquiatras.

Zorzanelli⁸² aponta as diversas mudanças que estas questões foram ganhando desde o século XVIII e como as suas definições são sensíveis a aspectos históricos e culturais de cada época. Guedes et al.⁹³ também reforçam a imprecisão conceitual diante do uso de diferentes nomenclaturas. Esta diversidade conceitual e a alta prevalência desses casos nos encaminhamentos às equipes de saúde mental da APS nos levou a querer ampliar a nossa abordagem de modo a encontrar uma nomenclatura que também englobassem essas queixas.

Embora a nomenclatura “saúde mental” tenha como principal função substituir o termo doença mental, evitando a estigmatização e a redução dos usuários aos seus diagnósticos, esta nomenclatura ainda está fortemente marcada pela presença de diagnósticos de transtornos mentais e quase sempre dos mais graves. Por isso, evitando cair em uma armadilha que toma os “casos de saúde mental” como aqueles usuários portadores de “transtornos mentais severos e persistentes”, optamos por um termo que fosse mais abrangente.

A nossa escolha por “casos com componentes de saúde mental” visa a fugir dessa armadilha e englobar um número maior de casos que tenham um componente subjetivo significativo e que não se reduzam aos casos graves, embora busque englobá-los também. A expressão “paciente de saúde mental” virou sinônimo de “paciente psiquiátrico” e termina por produzir um recorte nas demandas de saúde mental, reduzindo parte da sua complexidade e das demandas que chegam à Atenção Primária.

4 METODOLOGIA

O presente estudo tem um caráter descritivo e exploratório e parte de uma perspectiva qualitativa, já que, de acordo com Minayo⁹⁴, tal ponto de vista se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social a partir da história, dos significados, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais.

A presente pesquisa foi desenvolvida em três Centros de Saúde (CS), em dois diferentes distritos sanitários, do município de Campinas-SP. As unidades foram escolhidas com o apoio da gestão de cada distrito sanitário, levando em consideração a diversidade de posições quanto à apropriação dos cuidados em saúde mental pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF). Como critério de inclusão, as unidades tinham que ter ao menos uma EqSF completa e ter profissionais de Saúde Mental (Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatra) na função de apoio do NASF há pelo menos um ano, considerando que a presença desses profissionais na função de apoiadores poderia produzir diferenças nas formas como as equipes se relacionavam com as demandas de saúde mental.

A indicação dos profissionais a serem entrevistados foi realizada pela coordenação de cada serviço, também buscando contemplar a diversidade de afinidades com os temas da saúde mental, levando em consideração profissionais com mais facilidade e, também, outros com mais dificuldade no atendimento aos casos focos da nossa pesquisa. Como critério de exclusão, não foram entrevistados profissionais com menos de 1 ano de trabalho na APS ou que estivessem de férias e/ou atestado no momento da coleta de dados. As entrevistas foram realizadas entre os meses de abril e agosto de 2023 e tiveram uma duração média de 50 minutos; todas elas foram realizadas nos locais de trabalho dos profissionais e durante o horário de expediente, audiogravadas e transcritas posteriormente. Todas as entrevistas foram conduzidas pelo autor desse estudo.

Para a coleta de dados, optou-se pela entrevista semi-estruturada, considerando que ela permite que os profissionais falem abertamente sobre as suas experiências, ao mesmo tempo em que concede ao pesquisador a chance de inserir tópicos de seu interesse a partir de um roteiro previamente organizado⁹⁴. Optou-se pelas entrevistas individuais por acreditar que elas possibilitariam aos profissionais falarem com mais liberdade sobre as experiências pessoais, mas também permitir que pudessem ter uma visão crítica sobre o trabalho das equipes onde estavam inseridos, eventualmente podendo falar sobre as facilidades e dificuldades enfrentadas por outros profissionais

O roteiro (em anexo) utilizado para a entrevista semi-estruturada estava dividido em três eixos: 1) investigava a respeito das experiências prévias de trabalho e sobre a inserção do trabalhador na sua atual função; 2) as dificuldades dos trabalhadores no atendimento aos casos com componentes de saúde mental; 3) formação e capacitação para as atividades desenvolvidas, ampliando para experiências pessoais com o tema.

O primeiro eixo, além de permitir conhecer melhor os trabalhadores, funcionava também como um *rappor*t, investigando a respeito da formação e de experiências prévias de trabalho no SUS ou fora dele, delineando um percurso profissional. Além disso, buscava olhar para as atividades desenvolvidas por aquele trabalhador no seu cotidiano de trabalho da unidade.

O segundo eixo buscava entender os desafios enfrentados pelos trabalhadores no atendimento aos casos com componentes de saúde mental. Para isso, além de questionar sobre as dificuldades enfrentadas diretamente pelos profissionais também buscava entender as dificuldades e facilidades que eles percebiam em outros membros da equipe, além de buscar adentrar mais no âmbito da prática, investigando sobre os casos atendidos, pedindo exemplos de casos cujos atendimentos considerem ter sido “bem-sucedido” ou “malsucedido”. Questiona ainda sobre os casos encaminhados para os profissionais especialistas, sejam serviços ou profissionais, entendendo que os critérios de encaminhamento podem permitir acessar os limites dos profissionais e dos serviços na prática.

O terceiro e último eixo do roteiro de entrevista explora as experiências de capacitação e formação dos profissionais da APS para o atendimento aos casos com componentes de saúde mental, investigando também se algo da experiência de vida ou das características pessoais serviriam como “facilitadores” ou “barreiras” para melhor atender os casos com componentes de saúde mental.

Para a entrevista com os gestores, utilizou-se uma versão adaptada do roteiro, buscando explorar a percepção deles sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais das EqSF no trato com os casos com componentes de saúde mental, além de perguntas sobre a estrutura das unidades e das equipes e também sobre os fluxos para atendimento desses casos em cada unidade.

Para a análise dos dados, adotou-se a proposta da Análise Conteúdo Temática’, seguindo as etapas de pré-análise, acompanhada da exploração e codificação do material coletado, culminando no tratamento dos resultados obtidos e na interpretação⁹⁴. A princípio, o material coletado foi transcrito e organizado de acordo com os principais eixos orientadores das entrevistas, lido e relido por seguidas vezes e agrupado de acordo com similaridades e

diferenças nas respostas, levando em consideração também as unidades a que pertenciam os profissionais e a categoria profissional de cada um deles. As respostas foram agrupadas de acordo com núcleos de sentido, fazendo referência aos eixos a que pertenciam as perguntas, mas indo além e dando origem a novas categorias. Os trechos mais representativos foram destacados e compõem os resultados analisados nesse trabalho.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp sob o parecer CAAE nº 67059423.5.0000.5404.

4.1 CONTEXTO: CAMPINAS E A SAÚDE MENTAL NA APS

A cidade de Campinas tem um longo histórico quando se trata da presença das equipes de saúde mental na APS. Já na década de 1970, quando da implantação dos primeiros Centros de Saúde na cidade, alguns equipamentos já contavam com a presença de profissionais de saúde mental, principalmente Psicólogos e Psiquiatras, mas também Terapeutas Ocupacionais e Assistentes Sociais. Lopes⁹⁶ aponta que em 1973 existiam 8 Centros de Saúde na cidade e em 3 deles já haviam equipes de saúde mental.

Durante as décadas seguintes, o número de unidades foi crescendo e houve um crescimento simultâneo das equipes de saúde mental. A Secretaria Estadual de Saúde teve um papel fundamental na instalação das equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde, com uma franca política de desospitalização e de ampliação da rede extra-hospitalar⁹⁷. Esse projeto não estava restrito apenas à cidade de Campinas, embora o município tenha incorporado essa proposta, expandindo-a nos anos subsequentes.

No final da década de 1980, havia um contexto nacional e internacional favorável às propostas de ampliação dos cuidados em saúde mental. No Brasil, a Iª Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, traz críticas à política centrada na institucionalização e reforça os marcos da Reforma Sanitária já amplamente defendidos na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. No âmbito internacional, a Declaração de Caracas vai apontar, dentre outras questões, aponta a necessidade de maior efetivação dos cuidados em saúde mental na Atenção Primária.

Em Campinas, entre os anos 1980 e 1990, os serviços de saúde estaduais e federais foram municipalizados e os profissionais que trabalhavam nos ambulatórios de saúde mental do estado e do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) passaram a atuar nos Centros de Saúde da cidade. Em 1995, o município tinha pelo menos 1 profissional de saúde mental em 22 dos 43 Centros de Saúde da cidade e também contava

com 02 CAPS adultos e 01 CAPS infanto-juvenil⁹⁷. De acordo com a autora, a distribuição dos profissionais de saúde mental nesses equipamentos se dava de forma irregular, havendo uma supremacia dos psiquiatras quando comparados às demais categorias que comporiam as equipes de saúde mental⁹⁷.

Cunha et al.³⁷ afirmam que a partir de 1989 iniciaram as primeiras experiências de Apoio Matricial na rede de saúde da cidade; inicialmente existiam dois serviços de saúde mental que funcionavam a partir de uma lógica ambulatorial, sem ligações com os territórios e se estruturando a partir de filas de encaminhamento; constatadas as dificuldades desse modelo, houve uma expansão e descentralização desses serviços, que passaram a funcionar como equipes multiprofissionais de saúde mental (Psicólogo, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, etc) que ofertavam apoio matricial a oito equipes da APS.

Os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) criados na cidade são anteriores à portaria nacional que previa financiamento para estes serviços. Atrelado a isso, ao longo das últimas décadas, a cidade passou a investir na abertura de outros serviços, como centros de convivência e serviços residenciais terapêuticos. Na cidade, a estruturação dos serviços de saúde mental deu-se de forma simultânea à expansão do número de Centros de Saúde.

Para além da criação de novos serviços, vale ressaltar o forte caráter substitutivo da Rede que foi se criando. Atualmente, todos os 6 CAPS do município voltados ao atendimento de adultos com transtornos mentais funcionam 24 horas com leitos para retaguarda noturna; dentre os CAPSad, apenas um dos quatro serviços dessa modalidade não conta com a possibilidade de retaguarda noturna para atenção à crise. Além desses serviços, a cidade conta com uma enfermaria de saúde mental em hospital geral, que possui um papel complementar ao dos CAPS na atenção aos usuários em crise. Além disso, a cidade conta com médicos psiquiatras no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência facilitando os atendimentos para os usuários em crise no território. Todos estes componentes contribuem fortemente para que a cidade tenha fechado, desde 2017, o seu último leito de internação em hospital psiquiátrico.

Na Atenção Primária, Campinas possui 66 Centros de Saúde⁹⁸, contando com 227 Equipes de Saúde da Família, o que garante aproximadamente 65% de cobertura populacional; a cidade possui também 120 Equipes de Saúde Bucal e uma equipe de Consultório na Rua⁹⁹. Nos últimos anos, as Equipes de Saúde Mental que atuavam na Atenção Primária passaram a compor os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e aos profissionais de saúde mental se somaram fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas,

dentre outros, em uma lógica de trabalho multiprofissional e de apoio às Equipes de Saúde da Família indo além da saúde mental.

Estas informações aqui enfatizadas contribuem para pensar a particularidade da Rede em que esse trabalho foi desenvolvido, considerando uma longa história de convivência entre os profissionais generalistas da APS e os profissionais de Saúde Mental. Estas características, juntamente com a forte estruturação e a ampla cobertura dos serviços de APS na cidade, fazem de Campinas uma realidade muito particular quando comparada à maior parte dos municípios brasileiros; este trabalho não deixa de levar isso em consideração.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme previsto no desenho inicial da pesquisa, foram entrevistados 15 profissionais, sendo: 03 médicos, 03 enfermeiros, 06 técnicos e auxiliares de enfermagem e 03 coordenadores de unidades, em três diferentes Centros de Saúde. Todos os profissionais indicados pelas coordenações para a entrevista aceitaram participar da pesquisa e estavam de acordo com os critérios previamente definidos; além disso, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme previsto na Resolução do nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Conforme descrito na Tabela 1, a média de idade dos trabalhadores entrevistados foi de 43 anos, sendo que o mais velho tinha 61 anos e o mais novo 25; o tempo médio desde que se formaram foi de 17,6 anos, sendo 36 anos desde a formação o maior tempo encontrado e 3 anos o menor; todos eram funcionários públicos com regime estatutário, incluindo os gestores, com exceção de dois médicos, um contratado pelo Mais Médicos Brasil e outra pelo Programa Mais Médicos Campineiro¹.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes quanto à profissão e tempo de formação.

Profissão	n
Médico	3
Enfermeiro	3
Técnico de Enfermagem	6
Coordenador de Unidade	3
Tempo de formação	
1 a 5 anos	2
6 a 10 anos	2
11 a 20 anos	7
21 anos ou mais	4
Média	17,6 anos

Em relação ao quesito raça/cor, foram utilizadas cinco opções baseadas na tipologia utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a saber: Amarelo, Branco, Indígena, Pardo e Preto. Quanto ao item sexo/gênero, as opções elencadas foram:

¹ O Programa Mais Médicos Campineiro foi criado pela prefeitura em 2020, em parceria com algumas universidades da cidade, com o objetivo de formar médicos especialistas em medicina de família e comunidade; esses profissionais são alocados em parte das unidades do município. Além da bolsa da residência paga pelo Ministério da Saúde, a prefeitura complementa os vencimentos desses profissionais. https://saude.campinas.sp.gov.br/programas/mais_medicos_campineiro/index.htm.

Homem cisgênero; Mulher cisgênero; Homen transgênero; Mulher transgênero; Não Binário; Prefiro não declarar. Ambos os itens foram autodeclarados e se distribuíram da seguinte maneira:

Tabela 2 - Caracterização dos participantes quanto ao sexo/gênero, raça/cor e idade.

Sexo/Gênero	n
Mulher cisgênero	12
Homem cisgênero	3
Raça/Cor	
Branca	8
Parda	5
Preta	1
Amarela	1
Indígena	0
Idade	
18 a 30 anos	3
31 a 40 anos	4
31 a 50 anos	5
51 anos ou mais	3
Média	43 anos

Todos os profissionais entrevistados tiveram dificuldade relacionada à identificação das nomenclaturas, precisando de auxílio a respeito dos significados dos termos utilizados. Dentre os 15 participantes: 12 se declararam mulheres cisgênero; e 3 se declararam homens cisgênero; nenhum dos entrevistados declarou-se como uma pessoa trans ou “não binária”. No grupo de gestores de unidade e de enfermeiras, todas as entrevistadas são mulheres; entre os médicos, foram entrevistados 1 homem e 2 mulheres; já entre os técnicos/auxiliares de enfermagem, foram 2 homens e 6 mulheres.

A escolha dos profissionais a serem entrevistados foi realizada junto aos gestores de cada unidade, com o recorte de que pudessem indicar profissionais com mais afinidade ao tema e também profissionais com mais dificuldade. No entanto, uma das coordenadoras relatou dificuldade em indicar os profissionais com mais dificuldades no atendimento aos casos com componentes de saúde mental, pois eles não queriam nem falar sobre o tema. Apesar disso, manteve-se o indicativo de que profissionais com graus diversos de interesse pelo assunto fossem entrevistados.

Nas unidades, as entrevistas foram realizadas em horário de trabalho e uma das dificuldades encontradas nos três serviços está relacionada à disponibilidade dos médicos para participarem da pesquisa. Essa categoria profissional, em geral, tem a sua agenda quase

totalmente ocupadas pelos atendimentos de rotina, que tem duração prevista de 20 minutos. Como as agendas costumam ser preenchidas no mês anterior, as entrevistas precisavam ser marcadas com um mês de antecedência, tendo uma duração mais ou menos prevista a partir do intervalo reservado entre os atendimentos. Apesar disso, o tempo de entrevista dos profissionais médicos não divergiu dos demais membros das equipes.

Embora não tenha sido um critério na escolha das unidades, os serviços selecionados encontram-se em territórios muito distintas da cidade, ocupando posições diferentes quanto à situação de vulnerabilidade da população atendida. Utilizando o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) do Censo 2010 desenvolvido pela Fundação Seade, Barros et al.⁹⁵ publicaram uma estratificação dos territórios de cada Centro de Saúde da cidade de Campinas. As unidades escolhidas para a pesquisa ocupam três diferentes estratos: a primeira ficando no Estrato II; a segunda no Estrato III; e a terceira no Estrato V. Considerando I para baixíssima vulnerabilidade social e V para muito alta.

As unidades também apresentaram diferenças significativas quanto ao dimensionamento entre população adscrita e quantidade de profissionais. Na tabela abaixo, inserimos os dados que permitem visualizar a quantidade total de profissionais, o número de equipes de saúde da família e também o número de profissionais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, atualmente chamados de Equipes Multiprofissionais (E-multi).

Tabela 3 – Informações sobre o dimensionamento das unidades pesquisadas

	Unidade 01	Unidade 02	Unidade 03
Pop. Estimada*	26.340	16.806	18.472
Número de Equipes de Saúde da Família**	4	3	3
Número total de profissionais**	63 profissionais	65 profissionais	65 profissionais
Composição NASF**:	1 Psicólogo, 1 Fonoaudióloga, 1 Psiquiatra, 3 Pediatras, e 2 Ginecologistas	2 Psicólogas, 1 Fisioterapeuta, 1 Fonoaudióloga, 1 Farmacêutico, 3 Pediatras e 2 Ginecologistas	2 Psicólogas, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Assistente Social, 3 Pediatras e 1 Ginecologista

Fonte: * <https://tabnet.campinas.sp.gov.br/tabnet?populacao/pop3.def>

** Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde com complementação dos gestores das unidades.

5.1 O FLUXO DE ATENDIMENTO DAS UNIDADES: SAÚDE MENTAL COMO QUESTÃO PARA ESPECIALISTAS

Muitos dos desafios enfrentados pelas políticas públicas de saúde não estão relacionados à sua concepção ou à sua robustez técnica, mas se dão no âmbito da sua implementação, ou seja, no encontro dos cenários concretos onde se dá a sua aplicação. Disso deriva a importância de escutar os atores envolvidos nesses processos, considerando que aí reside parte das soluções para enfrentar esses desafios. Rotoli et al.^{100:7} ao estudar os desafios da saúde mental na atenção primária à saúde demarca “ a existência do desencontro entre o instituído legalmente e o realizado” na prática; essa distância nos interessa nesse trabalho.

Quando questionados diretamente sobre as dificuldades encontradas pelos trabalhadores no atendimento aos casos com componentes de saúde mental, parcela significativa dos entrevistados relatou que a dificuldade no atendimento a esses casos se dava principalmente pela falta de profissionais especializados nas unidades, sobretudo psicólogos e psiquiatras:

“(...) a gente sente falta de profissional psiquiatra aqui, e as psicólogas elas também tem que dar conta de dois centros de saúde, aqui e o [nome de outra unidade], então a fila de espera para psicologia é muito grande, então a gente tem realmente um horário, a cada quinze dias de matriciamento com a psiquiatria e a psicologia para a gente discutir os casos que a gente tem dúvida, sabe, que gostaria de encaminhar, mas eu acho que precisava de mais profissional para poder dar conta da demanda, que é muito grande, principalmente depois da pandemia, né.” (Med01U02)

“Hoje no nosso caso em geral, eu acredito que seria a falta de uma, de uma figura do psiquiatra, que pudesse ficar em tempo, não diria tempo integral né, mas que pudesse assim permanecer na unidade como referência porque a gente não tem (...) .” (Med01U03)

Nos trechos recortados acima, o pedido por mais profissionais especialistas está ancorado no reconhecimento de um aumento da demanda em saúde mental e vem junto com uma solicitação por maior apoio, o que se evidencia pelo destaque à proposta de trabalho que se daria na forma de “matriciamento” ou na permanência do profissional especialista como uma “referência”. A demanda por mais especialistas é reconhecimento de uma insuficiência por parte dos profissionais, seja numérica, devido à alta demanda, seja técnica, dada a ausência de uma formação específica.

A demanda por mais especialistas aparece de formas variadas nas entrevistas. Em alguns momentos deixa antever uma desresponsabilização por parte dos profissionais das EqSF, indicando um “nada quero saber sobre isso” ou “essa demanda não é da minha alçada”. No entanto, não é essa a única postura que sustenta esse pedido, como podemos deduzir das falas destacadas acima. A presença dos especialistas pode ser traduzida também como um pedido por mais apoio diante de casos que as equipes não estão habituadas.

Em geral, o pedido das equipes é por mais psicólogos e mais psiquiatras, embora algumas unidades já contem com a presença desses profissionais. As equipes queixam-se que a carga horária desses especialistas seria insuficiente diante do tamanho da demanda; mesmo em uma das unidades que conta com a presença de duas profissionais de Psicologia, ainda assim aparece a queixa de um número insuficiente. Em geral, no modelo atual de organização adotado pela cidade, os profissionais de Saúde Mental compõem o NASF e se dividem no apoio a mais de uma unidade. Apesar dessa divisão, a exigência de mais especialistas nos leva a questionar: qual seria o número ideal desses profissionais para dar conta dessa demanda? A exigência por mais especialistas aponta para qual direção?

O entendimento de que as demandas de saúde mental não pertencem às equipes de saúde da família é um importante obstáculo na construção de um cuidado em saúde integral e também no acesso desses usuários aos cuidados em saúde. Uma das coordenadoras entrevistadas, aponta que os membros da equipe, independente da profissão, fazem uma leitura de que cabe aos especialistas o atendimento a esses casos e que não há uma lógica de compartilhamento das responsabilidades:

“Eu escuto isso da enfermagem, escuto do agente de saúde, do médico... de que o caso da mental não é deles, é do profissional da mental! Isso eu escuto direto.” (Co01U02).

No entanto, esse não é o único prisma a partir do qual podemos enxergar a demanda dos profissionais por mais psicólogos e psiquiatras nas unidades de saúde. O pedido por mais especialistas não está descolado da constatação de um aumento de demandas nesse campo, haja vista que nos últimos anos o número de pessoas diagnosticadas com problemas de saúde mental vem crescendo exponencialmente³⁰, com um incremento significativo entre as camadas mais pobres da população. Somada a essa dificuldade, existe também a precarização dos processos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família nos últimos anos, agravada pela indefinição no número máximo de pessoas a serem atendidas por cada equipe¹⁰¹. Na fala de uma das profissionais:

“eu acho que precisava de mais profissionais para poder dar conta da demanda, que é muito grande, principalmente depois da pandemia, né.” (Med01U02).

Santos et al.²⁰, ouvindo trabalhadores da ESF, também encontraram uma demanda por mais profissionais especializados (psicólogos no caso) para qualificar o acolhimento das unidades. A demanda por profissionais especializados pode indicar uma percepção da equipe de uma insuficiência técnica e isso pode contribuir para a construção de estratégias de capacitação e formação continuada desses profissionais, fazendo do apoio matricial e das estratégias de educação permanente uma constância com poder para alcançar não apenas os trabalhadores universitários, mas toda a equipe.

A dificuldade de apropriação dos casos pelas equipes incentiva a criação e manutenção de uma lógica de “encaminhamentos” dentro do próprio serviço, o que acontece em detrimento da lógica do compartilhamento do caso. Esse modelo de funcionamento fica evidente na fala de uma profissional:

“(…) mas tem casos que eu me sinto incapacitada, eu ouço e eu tento passar para frente, discutir com alguém. (...) eu acho que tem que ser uma capacitação, a gente discutir os casos, ver queixa, o que a gente pode fazer, porque você sabe que na verdade a enfermagem é o burro de carga né, tudo é na enfermagem, e aí tem hora que você fica com a batata quente na mão. (TE02U01)

As expressões “passar pra frente” e “batata quente na mão” evidenciam a lógica como alguns profissionais enxergam e lidam com as questões de saúde mental. O trecho selecionado aqui evidencia uma imbricação entre a falta de formação dos profissionais e a predominância do encaminhamento como principal medida de cuidado com os casos com componentes de saúde mental. A ideia de “batata quente” permite supor também que os profissionais generalistas não lidam com esses casos sem uma dose de angústia.

Souza et al.¹⁰² entrevistaram 134 enfermeiros que atuavam na Estratégia de Saúde da Família e verificaram que diante de um caso de saúde mental a ação mais prevalente era o encaminhamento (72,3%) seguido do atendimento individual, principalmente médico (47,7%). É interessante notar que tanto o encaminhamento quanto o atendimento médico fazem parte de um mesmo mecanismo que é o que “passa pra frente” a responsabilidade sobre a resolução dos casos. Isso também pode ser tomado como um índice da alta hierarquização

do trabalho na APS para além apenas da “disponibilidade ou indisponibilidade” dos profissionais da enfermagem em prestarem um bom atendimento.

Tesser et al.^{103:3621} salientaram que a forma como o acolhimento à demanda espontânea está organizada pode expor as equipes à pressão da demanda e isso termina por “produzir angústia, carga exaustiva de trabalho e estresse emocional” nos profissionais. Os autores enfatizam que o acolhimento demanda uma transformação na postura ética e política dos profissionais diante dos usuários, embora não esclareçam como produzir tal mudança. Eis um ponto que julgamos devesse ser melhor explorado.

Aqui nos questionamos se a demanda por mais especialistas na APS pode ser vista como um reconhecimento das equipes a respeito dos seus limites no atendimento, no manejo e nos cuidados longitudinais envolvendo esses casos. A lógica da “batata quente” talvez seja útil também para pensar sobre a relação que as equipes estabelecem com profissionais especialistas. O trecho recortado aqui também tem como pauta central o lugar da enfermagem no atendimento aos casos e a sobrecarga a que esses profissionais estão submetidos em muitos momentos. A falta de capacitação adequada e uma indefinição sobre o que se espera do acolhimento das unidades terminam por contribuir ainda mais para a exposição desses profissionais a sentimentos variados diante das demandas de saúde mental.

Cardoso et al.¹⁰⁴, em entrevistas com técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam na APS, verificaram que uma importante fonte de sofrimento e conflitos para esses profissionais está relacionada ao acolhimento da demanda espontânea, pois esses usuários acabam por conformar uma demanda que possivelmente não será atendida e cabe a esses profissionais da enfermagem informarem sobre os encaminhamentos, eventuais retornos ou dispensar os usuários. Os autores também constataram que tal dificuldade está ligada à dificuldade dos médicos em atenderem para além do número estipulado de pessoas, o que faz com que as demandas trazidas pelos técnicos e auxiliares não seja acolhida pelos profissionais da medicina.

Nunes et al.⁴⁶ verificaram que os auxiliares de enfermagem apresentavam uma variedade importante de condutas diante das demandas em saúde mental, com alguns profissionais mantendo postura mais pró-ativa enquanto outros aguardavam definições e resoluções de profissionais universitários, não assumindo nenhum tipo de protagonismo. As dificuldades pela ausência de uma formação específica para o trabalho com as demandas em saúde mental aparecem para todos os profissionais, mas talvez para aqueles de nível médio sejam ainda maiores. Tal constatação reforça ainda mais a necessidade de formação vinculada

à prática profissional, considerando que muitos desses profissionais não tiveram contato com questões como essa durante a formação.

Em duas das unidades, aparece de maneira significativa uma queixa da equipe de que os profissionais especialistas têm uma “resistência” em receber os casos com componentes de saúde mental:

(...) aí não sei em outros lugares, mas aqui a gente tem uma resistência muito grande para parte da psicologia no atendimento, é muito complicado (...) então acho que a maior dificuldade é essa, de avaliação de outros profissionais especializados na saúde mental. (...) Aí você leva para a reunião ou a pediatra atende, a pediatra também vê que a criança está num sofrimento, mas também não conseguiu muito, aí encaminha para a psicologia e a psicologia tem uma resistência gigante de atender, entendeu, gigante. Então isso é ruim (TE02U02)

O cenário que vai se montando parece configurar um certo jogo de dissolução da responsabilidade; no lugar do compartilhamento dos casos, o que parece existir é uma lógica de tensões e resistências, em que o cuidado ao usuário termina prejudicado. Parte desse mal-entendido na relação entre a equipe e os especialistas pode ser atribuída à falta de clareza na definição das responsabilidades que caberiam a cada um deles. Wenceslau et al.^{40:1124}, retomando outros autores sobre os aspectos que influenciam para uma boa integração dos cuidados em saúde mental na APS, apontam que “uma discriminação pormenorizada das tarefas e responsabilidades de cada profissional” é fundamental.

Nesse sentido, endossamos os apontamentos de Figueiredo et al.¹⁰⁵ de que é imprescindível uma melhor definição sobre critérios de risco em saúde mental, o que permitiria definir de uma forma responsável e resolutiva até onde as equipes poderiam ir sem comprometer o bem-estar dos pacientes. Consideramos que avançamos pouco nos últimos anos sobre essas questões e que aí reside uma das pendências na construção de uma relação mais próxima das EqSF com os casos com componentes de Saúde Mental. Será que é possível construir critérios de gravidade e encaminhamento sem deixar de lado um olhar para a singularidade de cada caso? Apontar a escassez de definições não significa que acreditamos na dissolução completa do mal-estar, dos impasses e no apagamento das ambiguidades.

Os profissionais generalistas fazem uma diferenciação importante com relação ao momento em que as dificuldades surgem. Alguns destacam que a dificuldade não está em acolher ou escutar esses pacientes, mas em pensar o seguimento para esses casos, indicando um limite importante da capacidade de atuação dos profissionais generalistas:

Ah, essa dificuldade eu tenho acho que assim, todos que não são da área da saúde mental assim específico né, tem essa dificuldade de atuar no atendimento, que assim a gente fala: ‘o que fazer agora com essa demanda que chegou?’ A gente escuta, prescreve, faz algumas orientações conforme aquilo que a gente acha que deve ser, mas aí é essa dificuldade de lidar com o que fazer agora né (...) mas essa é a dificuldade, o que fazer depois da escuta. (...) Sim, falta a capacitação, falta conhecimento, porque é aquilo que eu te falei, a gente ouve, até relata, mas aí eu falo, o que eu vou falar agora mediante a essa informação que ela me passou? (Enf01U03)

(...) porque ouvir a gente ouve, a gente tenta entender, as vezes a gente tenta até ajudar com palavras aqui, né, tentar fazer com que eles não se sintam tão mal, assim, as vezes vem com a cara murcha e a gente tenta conversar, acalmar aquele momento, mas eu acho que é mais que isso, ele precisa realmente da ajuda né, então a minha dificuldade maior eu acho que é fazer com que ele tenha aquilo que ele veio buscar mesmo, que é o atendimento com profissional né. (TE01U02)

Essa dificuldade trazida pelos entrevistados aponta para as exigências que estão sendo feitas a esses profissionais, por isso abre-se o questionamento: espera-se da Equipe de Saúde da Família um cuidado longitudinal em saúde mental ou apenas um bom acolhimento? Claro que essas dimensões em muitos casos não estão separadas e um bom acolhimento pode transformar o prognóstico e abrir possibilidades para a condução dos casos. Com essa pergunta também não se pretende apagar a dimensão de singularidade de cada caso e de cada encontro, que pode determinar até onde cada profissional sente-se preparado para ir.

Os dois relatos trazidos acima apontam, de forma frontal, para questões envolvendo a escuta. É nítido que o acompanhamento esperado para os casos de saúde mental na APS passa por uma ampliação da capacidade de acolhimento e escuta dos profissionais, buscando superar as resistências e as dificuldades iniciais de quando os aspectos emocionais irrompem na cena. No entanto, mesmo resolvendo isso, não se sana todas as dificuldades enfrentadas pelas equipes no prosseguimento dos cuidados apontadas nos relatos acima.

Parte da angústia dos profissionais por mais especialistas gira em torno das ofertas que podem ser feitas a esses usuários que demandam ajuda diante de algum sofrimento. A ideia de que é preciso oferecer alguma coisa diante de alguém que busca a unidade aparece de modo constante nas falas dos profissionais, principalmente daqueles inseridos no Acolhimento/Triagem das unidades. Em geral, as ofertas se limitam a consultas, seja com o médico generalista, seja com os especialistas. Disso também se depreende a demanda por mais especialistas.

Diante desse cenário, não deve surpreender que alguns profissionais tragam como principal sugestão para melhorar o atendimento aos casos com componentes de saúde mental

a presença dos profissionais especialistas em forma “de plantão”, ou seja, sempre à disposição para serem acionados pelas equipes, tão logo surja um caso com componente de saúde mental. Uma das profissionais que sugeriu isso também lembrou de uma época em que as unidades tinham mais profissionais de saúde mental e que não dividiam a carga horária com outros serviços como fazem atualmente os especialistas alocados no NASF. Essa talvez seja uma das heranças de um modelo que vigorou na cidade em outros tempos e que faz os profissionais das EqSF verem o NASF com maus olhos, pois consideram essa divisão da carga horária dos especialistas entre unidades diferentes como uma perda.

A ideia de profissionais de saúde mental à disposição dos generalistas poderia reforçar a lógica que permite às EqSF não se responsabilizarem pelo acompanhamento longitudinal dos casos, no entanto, abre uma brecha também para questionar a lógica como as agendas dos especialistas é montada: será que há espaço para o acolhimento da demanda espontânea? É possível produzir algo em conjunto com as EqSF no atendimento compartilhado aos casos agudos? Quais efeitos poderíamos esperar sobre os usuários e sobre as angústias das equipes com a realização de acolhimento em conjunto?

Embora os profissionais façam um pedido para ter mais especialistas nas unidades, contribuindo para o cuidado aos casos com componentes de saúde mental, todas as unidades pesquisadas contavam com esses profissionais, atualmente inseridos no NASF. No entanto, identificamos que o acesso a esses profissionais especializados nem sempre se dá de forma automática e a relação deles com as equipes não é algo simples, obedecendo variados fluxos.

A relação das Equipes de Saúde da Família com os especialistas em saúde mental, sejam terapeutas ocupacionais, psicólogos ou psiquiatras, é atravessada pela categoria profissional, variando se o trabalhador é um técnico, um enfermeiro ou um médico. Em duas das três unidades pesquisadas, os técnicos de enfermagem relataram não terem acesso direto aos especialistas, ficando as discussões a cargo dos profissionais universitários, mas principalmente dos médicos.

Hoje em dia tem uma dúvida muito grande aí do que é urgência, emergência em saúde mental, então, por exemplo, me chega uma criança de 12 anos que faz vinte dias que não consegue ir para a aula porque está com medo, porque tem um sofrimento aí, eu não sei o que fazer nesse caso, quer dizer, eu sei, eu acho que em algum momento ela deveria ser acolhida ali naquele momento, pelo médico para ver quais são os riscos né, mas muitas vezes não tenho essa vaga disponível, não tenho mesmo, aí então vou marcar uma consulta para daqui, quando tem vaga, trinta dias, aí marco – ‘Mas mãe, observa essa criança, não quer levar no pronto socorro?’ - Que essas coisas deixam a gente angustiada, aí vou fazer um contato CAPS, né, vou fazer contato com o CAPS, sei lá, para pelo menos o CAPS acolher essa criança, mas aí vira meio que

uma confusão porque não tem um negócio, um fluxo legal para fazer, sabe assim, eu acho que essa criança está em sofrimento e precisa resolver, vou esperar uma consulta para daqui trinta dias, vinte, mais trinta, cinquenta dias que essa criança não vai mais para a escola, e você está com a mãe contando tudo isso para você ali, e a criança está de pé na porta, não quis nem sentar, não quis, isso gera uma angústia no profissional que está atendendo, primeiro é a angústia na gente, aí você tenta desenrolar e fica essa coisa, e aí depois você, eu né, já entendi que não, que a gente não apita muito e eu passo o caso para a enfermeira, olha para você, vê aí os trâmites que você consegue, e aí logo depois eu descubro que a criança voltou em trinta dias mesmo só na consulta, e ficou cinquenta dias sem ir para a escola, ou mais né, porque vai saber. (TE01U01)

Tal arranjo pode contribuir para uma melhor avaliação dos casos, permitindo que mais de um profissional escute o usuário que chega à unidade com uma queixa de saúde mental, mas essa divisão e hierarquização podem também ter como efeito colateral a desresponsabilização de algumas categorias profissionais no cuidado a esses pacientes, considerando que a avaliação que fazem termina por ter pouca relevância para a equipe.

Tesser et al.¹⁰³ apontam que no cotidiano das unidades, em geral, a maior pressão da demanda espontânea tende a redundar em mais atendimentos médicos também por um desejo dos próprios usuários, o que deixa técnicos e enfermeiros sem alternativas. Os autores reconhecem que o “núcleo de competência” dos médicos seria mais amplo, mas ponderam que escutar, avaliar risco, orientar e o cuidado de forma geral é responsabilidade de todos os profissionais.

A indefinição a respeito das atribuições não acontece apenas entre os profissionais da EqSF em relação aos especialistas, mas também envolvem os próprios profissionais das EqSF. Nesses casos, o que pode fazer um enfermeiro que não caberia ao técnico? O que poderia fazer o enfermeiro que o médico também não poderia? A confusão quanto às atribuições abre um campo de incertezas, que contribui para a medicalização, como veremos mais adiante, e também para a restrição do acesso aos especialistas.

De acordo com o relato dos profissionais entrevistados, o acesso aos especialistas é algo que funciona de forma burocratizada e que termina por produzir dificuldade no acesso e desassistência aos casos que possuem alguma demanda em saúde mental, mesmo que ela seja avaliada em um primeiro momento como algo grave, que demandaria uma intervenção célere. Como no trecho de fala recortado acima, uma técnica de enfermagem entrevistada conta sobre uma criança que foi recebida por ela em acolhimento com uma demanda que julgou ser urgente e que teve muita dificuldade em chegar no atendimento em Psicologia.

Os profissionais trazem outras queixas a respeito do fluxo para atendimento nas unidades. Em uma delas, uma médica relata que precisa “implorar” para que o psiquiatra atenda os casos solicitados por ela. Já em outra unidade, uma enfermeira comenta criticamente que, para que um caso seja atendido pelos profissionais de Psicologia, a equipe precisa colher uma série de informações sobre o usuário e a família, sem as quais o profissional especializado não “aceita” o caso.

(...) mas eu sinto que aqui as pessoas são muito fechadas, assim, muito quadradinhas, muito fechadinhas e aí as vezes você vai falar com alguém sobre um caso de saúde mental com as psicólogas, assim, se você não souber todas as informações possíveis e imagináveis, se você não fizer uma mega consulta e estiver tudo bem escrito, elas não aceitam o caso. (Enf01U02)

Aqui cabem algumas considerações a respeito da avaliação dos casos com componentes de saúde mental e também sobre o acesso a recursos limitados no contexto da APS, no caso os cuidados ofertados por especialistas. Levando em consideração um contexto de aumento significativo das demandas em saúde mental, em parte agravados pela medicalização e psicologização das questões sociais, mas também por uma maior sensibilização da sociedade a respeito do sofrimento psíquico, nota-se que isso impõe uma série de desafios no atendimento a essas demandas na APS.

A primeira questão talvez aponte para a quase infinidade de problemas dessa ordem. Uma maior sensibilidade às questões “mentais” pode viabilizar o acesso de pessoas que antes não tinham a sua demanda escutada como uma questão de saúde, mas como efeito colateral pode produzir uma redução das possibilidades de cuidado apenas aos especialistas. Há de se notar também que nos relatos trazidos pelos entrevistados foram raras outras alternativas de seguimento para esses casos, tais como atividades grupais ou atendimentos compartilhados, prevalecendo a lógica do encaminhamento para atendimento individual entre profissionais que trabalham na mesma unidade de saúde.

Schutel et al.⁸¹, ao pensarem sobre a concepção de demanda em saúde mental, fazem uma reflexão importante ao considerarem que a oferta termina por restringir a demanda já que dificulta que o profissional escute outra coisa além daquilo que se apresenta como possível de ser atendimento. De acordo com os autores, há, portanto, uma simplificação da demanda que reduz as pessoas às doenças, simplificando uma questão que é complexa.

Um outro trecho destacado por uma das profissionais entrevistadas aponta também a crença de que o encaminhamento para o especialista, seja psicólogo ou psiquiatra, vai resolver

o caso e sanar todas as dificuldades que a equipe vem enfrentando, o que nem sempre acontece:

Eu tinha uma paciente que ela tinha, ela tem na verdade 43 anos, 44 anos, ela, quando chegou na unidade ela chegou bem chorosa, desesperada mesmo, pedindo, quase que pedindo socorro, aí como não tinha nenhum psiquiatra no momento, eu peguei e fui acolher ela, conversei com ela e naquele primeiro momento do acolhimento eu senti que ela contou quais eram as demandas, o que estava fazendo mal para ela né, e eu peguei e fui, orientei ela, olha, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo outro, vamos tomar, vou te passar uma medicação, você vai ficar mais controladinha, eu vou pedir a avaliação do psiquiatra, você vai passar com o psicólogo, eu vou estar aqui para te ajudar, se você não se sentir confortável com nenhum dos dois, e quiser passar comigo de novo, tudo bem, para mim ok, e ela foi contando, foi contando, então tudo bem, vou passar, passou com o psicólogo, não aderiu ao psicólogo, não quis ficar com o psicólogo, passou com o psiquiatra e também não quis ficar com o psiquiatra, ela voltou em duas oportunidades pedindo para mim para atender ela de novo. (Med01U03)

Tal situação relatada possui uma série de camadas, que permitem muitas análises passíveis de serem exploradas e que mereciam discussão, no entanto, vamos nos deter no reconhecimento de que muitas vezes o acesso ao profissional especialista não é a chave para o sucesso ou insucesso dos casos, cabendo às equipes construírem soluções conjuntas. Nesse fragmento mencionado acima, o vínculo que o médico clínico construiu com a paciente mostrou-se uma ferramenta terapêutica importante, mais forte do que a oferta de cuidado psicológico ou psiquiátrico, o que ficou comprovado pelo retorno da paciente em busca do médico clínico.

Aqui retomamos Santos et al.²⁰, que entrevistando profissionais da Estratégia de Saúde da Família, constaram que esses trabalhadores, embora se utilizem da escuta, do acolhimento e do vínculo com os usuários, costumam valorizar pouco essas estratégias. A presença dos especialistas nas unidades pretende enriquecer as ofertas de cuidado prestadas pelas equipes, no entanto, não se deve negar o potencial de uma série de ações já desenvolvidas pelos profissionais generalistas em suas práticas cotidianas. Embora os profissionais enfatizem as dificuldades e limitações dos serviços, quando instados a falar sobre ações e práticas bem-sucedidas, não faltam exemplos, como no caso acima.

Apesar de ser um conceito bastante polissêmico e considerado também como “problemático” no campo da saúde coletiva¹⁰⁶, o vínculo é evocado em muitos momentos como uma diretriz que orienta o trabalho na Estratégia de Saúde da Família e como algo a ser buscado entre os profissionais e a população. A Política Nacional de Atenção Básica¹⁰⁷ afirma

que a sua construção perpassa pela criação de relações de afetividade e confiança entre profissionais e usuários, o que apresentaria um potencial terapêutico. A adscrição das EqSF a partir de um território determinado não deve ter uma função meramente organizativa ou burocrática, mas permitir que exista um cuidado mais singularizado aos usuários do território.

Barbosa et al.^{106:1010} fazem uma crítica à forma como o conceito de vínculo é apresentado em nosso campo, afirmando que tudo que seria do campo relacional é remetido a esse conceito. As autoras identificam uma imprecisão conceitual na literatura especializada e nos documentos oficiais, em que não há “um refinamento capaz de diferenciar, por exemplo, de vínculo terapêutico, vínculo de amizade, vínculo profissional, ou mesmo vínculo institucional”, o que pode ser atribuído às dificuldades teórico-metodológicas na exploração de fenômenos relacionais no campo da saúde coletiva. Elas ressaltam também que apesar da sua importância, quase sempre o vínculo é algo que não se vê, mas que deveria existir como condição para o bom funcionamento dos serviços. Entendemos que no trecho trazido temos um exemplo operacional de uma relação de vínculo, ainda que singela, a operar na APS.

Santos et al.²⁰ apontam para a dificuldade dos profissionais em reconhecerem as ambivalências ligadas a esse tipo de relação, ora apresentando-se mais acolhedores, ora mais reativos. As autoras encontraram que laços de amizade compõe a relação das equipes com a população, ganhando um clima de intimidade com ares de maior horizontalidade.

Ainda envolvendo a relação com os especialistas, um dos itens incluído em nossas entrevistas buscava investigar em quais casos os profissionais encaminhavam para os especialistas, tentando entender com isso, a partir de que ponto ou em quais situações as EqSF identificavam os limites das suas ações. Duas das coordenadoras entrevistadas identificaram que não havia critérios claros para o encaminhamento dos casos ou para o acionamento do apoio, ficando a cargo das equipes ou de cada profissional individualmente avaliar a pertinência de tal decisão. O que verificamos nas entrevistas é que há uma ampla diversidade nas características dos casos encaminhados pelas equipes para os profissionais de saúde mental.

Casos de depressão resistentes às primeiras investidas medicamentosas, tentativas de suicídio e pacientes com diagnóstico de esquizofrenia aparecem como os principais casos que os profissionais generalistas encaminham. Mas há outros, os profissionais também citam uso abusivo de substância psicoativas, pacientes vítimas de violência sexual ou mesmo com diagnóstico de ansiedade.

A falta de critérios claros que organizem os encaminhamentos entre os profissionais pode contribuir para o mal-estar entre especialistas e generalistas, na medida em que termina

por exigir uma negociação caso a caso entre os profissionais, dificultando o compartilhamento que passa a depender muito das (in)disponibilidades de cada um. No entanto, pode-se entender também que a falta de critérios claros pode ensejar contínuas discussões entre os profissionais, alimentando aprendizado mútuo e uma atenção singularizada a cada caso de acordo com as necessidades.

Ainda dentre os casos relatados pelos profissionais como passíveis de serem encaminhados para os especialistas, alguns não obedecem exatamente a uma lógica relacionada à gravidade do quadro, que poderia envolver riscos a si e a terceiros ou alterações significativas das funções psíquicas, mas que ainda assim fazem os generalistas pedirem auxílio. A principal manifestação nesse sentido são os pacientes chorosos. Em seguida, a fala de alguns profissionais que identificam o choro como critério de encaminhamento:

(...) algumas pacientes muito chorosas, muitas mulheres, na verdade eu encaminho para psicoterapia, são as que mais pedem, homem não pede muito né, mas as mulheres aquela que eu vi que ela entrou na sala, só chora de repente, ela chora do nada você vê aquele olho cheio de lágrima, esse daí eu já encaminho na hora para terapia (...). [Tem muitos encaixes assim de saúde mental?] Tem bastante, tem, as vezes eles pegam vagas aí de que o paciente está precisando, o paciente vem choroso e aí eles pegam uma vaga na semana que tem as vezes de reserva né, então tem bastante. (Med01U01)

(...) tem uma funcionária aqui que é assim, se a pessoa começa, sentou na cadeira no acolhimento, começou a chorar, ela sai e vem: ‘olha, a pessoa está chorando, eu não consigo atender’. E eu falo: ‘como assim? Não consegue atender?’ Sabe? Que assim, ela pode estar chorando por vários motivos, mas se a pessoa sentou, chorou: - ‘não, não dou conta de atender’. E aí sai. (Enf01U02)

Paciente que vem já chorando, paciente que traz um grau de angústia maior, que vem chorando, as vezes a própria equipe fala assim: ‘[Nome da coordenadora], ela tá lá chorando, o que eu faço?’ – ‘Mas está chorando por quê, está falando o que?’ – ‘Não falou ainda’. Então assim, eles ficam tão angustiados, tão desesperados que eles nem escutam e vão lá no desespero porque o paciente está chorando, não só o choro em si, mas quando traz uma angústia um pouco mais intensa, a equipe fica um pouco desconsertada. (Co01U01)

O choro aparece nas cenas descritas como a apontar um claro limite na atuação de alguns profissionais, embora esse limite seja contestado em alguns dos trechos citados. Nos três trechos recortados, o choro aparece como um motivo de encaminhamento para os profissionais especialistas, embora seja contestado se seria um motivo justo ou suficiente de encaminhamento.

As discussões sobre o choro e o chorar, embora ainda de maneira incipiente, têm aparecido como preocupação entre os profissionais de saúde da família. Santos et al.¹⁰⁸ partem da constatação que a dificuldade dos profissionais lidarem com essa questão é atravessada pela falta de conhecimento e também de ferramentas, por isso entrevistaram médicos de família preceptores de residência na área, portanto reconhecidos então como especialistas, sobre estratégias que utilizam para lidar com os usuários que choram durante as consultas.

A pesquisa acima citada revelou que os médicos identificam uma variedade de motivos que justificam o choro apresentado pelos pacientes e descrevem também diversas abordagens utilizadas pelos profissionais, com uma primazia para táticas não verbais como ficar em silêncio, oferecer um lenço e tocar ou abraçar o paciente, mas também com técnicas verbais, que em geral buscam estimular o paciente a falar a partir de perguntas ou frases.

Sobre o choro, Moretto¹⁰⁹ retoma que, embora muitos profissionais tenham clareza da legitimidade e da pertinência dessa reação diante de uma situação de sofrimento, não é incomum notar a resistência dos profissionais de saúde para lidar com essas situações, chegando a pedir aos pacientes que parem de chorar. A autora identifica que há um “tabu do choro” entre os profissionais de saúde que tomam o choro como um sinal de risco que poderia comprometer a “segurança do paciente”, o que leva as equipes a acionarem os profissionais psi.

A autora, no entanto, faz uma ressalva de que o choro por si só não é um risco, já que em algumas situações é a dificuldade e/ou impossibilidade de chorar que deve preocupar os profissionais; para ela, o choro tem um potencial nos processos de elaboração da dor psíquica, o que o torna uma “expressão legítima de sofrimento”^{109:48} sem que precise ser visto como um sintoma ou uma intercorrência.

Elias¹¹⁰ reforça o aspecto de apelo que o choro possui, o que faz com que os profissionais se sintam demandados a fazerem algo com aquilo. No entanto, ressalta que é preciso ouvir o que o “dono do choro” tem a dizer sobre ele, ou seja, “o que ele quer dizer naquilo que não diz, mas expressa em formas de lágrimas”^{110:58}. A autora também aponta que o potencial incômodo do choro, já que “quando evoca um sofrimento, o choro desperta no outro, que ocupa a função do cuidado, a dimensão do acolhimento, do ter que fazer algo para dar ao outro o apaziguamento daquilo que causa, também em si mesmo, um incômodo”^{110:59}.

O choro muitas vezes é visto como um sinal de “drama” ou de “birra” por alguns profissionais, o que talvez contribua para diminuir o seu teor de convocação e para produzir o seu silenciamento. Nos trechos de falas dos profissionais entrevistados há um certo pedido de que os profissionais de saúde suportem mais ouvir o choro do paciente, sem que isso culmine

em um encaminhamento precipitado, no entanto acreditamos que reconhecer que não se está preparado para lidar com aquilo e endereçar a quem pode cuidar não é pouco diante dessas situações.

É preciso cuidado para que suportar o choro do paciente não seja tomado como um sinal de força ou de fraqueza por parte dos profissionais, o que passa a ter um tom moralizante. Encaminhar em algumas ocasiões é o melhor que pode ser feito, considerando que o choro possui um potencial de iniciar um processo de elaboração¹¹¹. Por outro lado, se o encaminhamento é feito de modo a silenciar o paciente, é preciso cuidado, pois o choro transformado em tabu pode terminar por produzir vergonha e culpa do lado do paciente¹¹¹.

Figueiredo et al.¹⁰⁵ retomam a questão do choro e do chorar para pensar sobre os limites do que é pedido para os profissionais das equipes de saúde ao lidar com o sofrimento dos usuários. As autoras afirmam que muitos profissionais conseguem acolher os usuários em seu choro, mas não sabem qual tipo de intervenção seria potente diante de tal situação. As autoras prosseguem o debate afirmando que é importante diferenciar aquilo que caberia a todo o profissional de saúde na condução de um cuidado humanizado daquilo que extrapola a formação geral e demanda uma compreensão aprofundada dos processos psíquicos e das intervenções especializadas da saúde mental.

O choro por si só não é suficiente para indicar a gravidade de um quadro, por outro lado a forma como se lida com ele pode contribuir para o seu agravamento ou para que ele contribua no processo de melhora do paciente. O encaminhamento do paciente choroso por parte da equipe também não pode ser transformado em um tabu, antes é preciso escutar quais dificuldades e limites ele aponta; disso deriva a importância de escutar a quem chora e também àquele que encaminha.

É preciso salientar que nem todo encaminhamento realizado pelas EqSF para os profissionais especialistas não necessariamente significa um “livrar-se do paciente”. A forma como esse encaminhamento é recebido e discutido entre os profissionais pode abrir possibilidades de trabalho em conjunto e potencialmente propiciar o acolhimento dos limites de cada profissional e ainda da conciliação entre algumas das diferenças entre as categorias. No entanto, ainda persiste nos serviços o encaminhamento que é sinônimo de desimplicação e desresponsabilização, como os que querem “passar pra frente” a “batata quente”.

5.2 FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Ao lado da falta de profissionais especialistas, no quesito Dificuldades, também apareceu com uma magnitude relevante a falta de formação e capacitação em saúde mental. Uma parcela significativa dos profissionais referiu que a ausência de formação específica consistia no principal desafio para o atendimento e acompanhamento dos casos com componentes de saúde mental na APS. O reconhecimento dessa insuficiência atravessou as diversas profissões e os diferentes locais de trabalho:

(...) a gente tinha que ter um treinamento, vir alguém aqui, e a gente discutir o caso, e a gente estar no meio, mas fazer assim, um curso, tem que ser um curso porque é muito, para mim é muito complexo isso, e eu acho que nunca trabalhei com saúde mental. (TE02U01)

Olha, acho que assim, de maneira geral o preparo nosso, para atender mesmo esses casos (...) às vezes eu vejo que aparecem demandas aqui que a gente não tem muito preparo para atender, nem eu e vejo que nem a equipe também, sabe. (Enf01U01)

Eu acho muito complicado na verdade, porque a gente não tem uma formação por esse atendimento de saúde mental, né? A gente tem o básico só na faculdade e aí tem que ir dando um jeitinho assim de tentar entender. (Med01U01)

A equipe, a equipe não só pela prefeitura, mas acho que nas faculdades e cursos técnicos em geral não capacitam os profissionais a conduzirem casos assim, ainda mais profissionais assim mais no geral assim, médicos, enfermeiros que atendem qualquer tipo de demanda, técnicos por exemplo; acho que existe um déficit aí na educação e na qualificação desses profissionais para esse tipo de atendimento. (Co01U03)

As falas dos profissionais indicando a ausência de capacitação em saúde mental aponta para uma questão importante sobre a partir de quê e como se pretende que as Equipes de Saúde da Família compartilhem o cuidado a essas demandas se os profissionais não se sentem capacitados para isso. Os trabalhadores também assinalam uma ausência de formação específica tanto durante a graduação quanto no próprio ambiente de trabalho.

Uma gama relevante de autores no campo da Saúde Coletiva tem discutido que a transição do modelo de atenção depende, em parte, de uma mudança na formação dos profissionais de saúde. Historicamente a formação tem se pautado em um modelo de saúde que tende a recortar o ser humano de acordo com sistemas e partes do organismo, ficando a cada profissional a responsabilidade por cuidar de um pedaço, mas nos últimos anos tem sido notável o esforço para que se possa subverter essa lógica, tendo a integralidade como horizonte da formação e a interdisciplinaridade como lógica formativa¹¹²⁻¹¹⁴. No entanto, ainda não é evidente se, e com qual magnitude, essas transformações têm produzido

mudanças na forma como os profissionais lidam com os casos com componentes de saúde mental.

Souza et al.^{115:1025} afirmam que, apesar das inovações trazidas pelo modelo da Estratégia de Saúde da Família quanto a estrutura e processo de trabalho, tais transformações ainda se mostram insuficientes para tocar nos aspectos que mudariam a atenção prestada aos casos de saúde mental, “tais como a maior e melhor disponibilidade de profissionais e de recursos, a estruturação de fluxos próprios para a saúde mental, a escuta psicossocial, o acolhimento da alteridade e o trabalho integrado em rede”.

Alguns autores como Nunes et al.⁴⁶ já apontaram a ausência de formação em saúde mental dos profissionais da APS. A falta de capacitação marcada aqui como uma das principais dificuldades permite lançar um olhar mais cuidadoso para “a resistência por parte de alguns profissionais para o cuidado ao usuário com transtornos mentais e necessidades em saúde mental”^{38:11}.

Faz-se necessário demarcar uma diferença que pode passar despercebida no campo das dificuldades. O reconhecimento da falta de capacitação como um fator que impede as equipes de atenderem melhor, ao contrário daqueles profissionais que apontam a ausência de especialistas como a única dificuldade, indica certo reconhecimento das equipes de que essa seria uma demanda para os generalistas.

A sensação de despreparo para lidar com esses casos tem um papel fundamental na produção de alternativas restritas de cuidado, o que dificulta a ampliação da clínica e a criação de estratégias de trabalho interprofissionais. Segundo Rotoli et al.¹⁰⁰, os sentimentos de insegurança, despreparo e angústia dos profissionais diante dos cuidados em saúde mental funcionam como justificativa para a manutenção de um modelo de atenção centrado na doença e que tem na medicalização uma forte característica.

Nunes et al.^{46:2381}, em uma pesquisa realizada também com profissionais da APS, notaram que os profissionais assinalavam que tinham um desejo em qualificarem as suas ações no campo da saúde mental e que isso obedecia a duas razões: “pelo sentimento de estarem descumprindo a ética do cuidar ao não saberem como o fazer, ou pela angústia provocada ao defrontar-se com situações humanamente e afetivamente exigentes”. Tal apontamento não nos deixa esquecer que a falta de qualificação não só dificulta a prestação de uma assistência adequada, mas traz sofrimento aos próprios trabalhadores, que são obrigados a encontrarem soluções diversas diante desse impasse.

Lancman et al.^{116:974}, considerando os processos de trabalho na APS a partir da análise das interações entre equipe NASF e da ESF, apontam que o trabalho compartilhado exige que

o “profissional se disponha a fazê-lo, mesmo que não tenha experiência anterior, formação acadêmica para tal ou não compreenda a sua importância”. O apontamento dos autores nos leva a pensar que a falta de capacitação muitas vezes termina por demandar dos profissionais um interesse espontâneo ou uma “disposição pessoal” para realizar o trabalho, considerando que lhes falta formação. Isso posto dessa maneira, não seria exigir demais da boa vontade dos trabalhadores?

Em nosso entender, essa percepção agrega uma série de dificuldades à relação dos profissionais com os casos atendidos e impacta diretamente na qualidade da assistência prestada e nos faz questionar as condições que estão colocadas para que os profissionais realizem um trabalho que para muitos é inédito. Sobre a forma como características e disponibilidade pessoais interferem no trabalho com os casos, abordaremos de forma mais aprofundada em tópico subsequente.

Há ainda outra intersecção entre as duas principais dificuldades apontadas pelos trabalhadores, a saber a falta de especialistas ou a falta de capacitação dos trabalhadores, pois ambas são atravessadas pela proposta do Apoio Matricial. Essa estratégia incorpora no seu arranjo não apenas o aspecto técnico e organizativo, mas também o aspecto pedagógico, o que nos leva a pensar de que modo a falta de especialistas também impacta a ausência de capacitação dos profissionais generalistas, considerando que a presença de profissionais da saúde mental no NASF deveria agregar em capacitação aos trabalhadores.

Santos et al.¹¹⁷, em uma pesquisa envolvendo seis equipes de saúde da família em Belo Horizonte, apontaram que os trabalhadores de maneira geral percebem que o Apoio Matricial quase sempre permanece distante de cumprir a sua atribuição pedagógica, já que as reuniões de matriciamento são dominadas pela “passagem de casos”. Os profissionais entrevistados na pesquisa do autor não reconhecem nenhum ganho de aprendizado, ficando a reunião restrita a passar e receber casos entre as equipes.

Embora a nossa pesquisa não se detenha especificamente em estudar a relação dos profissionais da ESF com o NASF e/ou com as equipes dos serviços especializados em saúde mental, nós tomamos o cuidado em garantir que as unidades escolhidas contassem com a presença de “profissionais de saúde mental” alocados no NASF há pelo menos um ano. Essa medida foi uma forma de evitar distorções entre os serviços, considerando que a presença desses profissionais deveria impactar a relação das EqSF com os casos com componentes de saúde mental. Por isso, a recorrência de falas indicando ausência de capacitação nos leva a questionar se, também no contexto campineiro, essa dimensão pedagógica não estaria sendo subutilizada.

A existência da dimensão pedagógica no arranjo do Apoio Matricial em muitas ocasiões termina por inibir outras iniciativas de capacitação e formação dos profissionais para além desses arranjos. Santos et al.¹¹⁷ também apontaram que os profissionais do NASF em muitos momentos priorizam o acompanhamento individual dos casos, o que dificulta as trocas interprofissionais e o aprendizado mútuo; os autores também apontam que o excesso de demandas em muitos momentos faz com que os profissionais deixem de participar das reuniões de matriciamento para atender os casos. Toda essa complexidade envolvendo o trabalho do NASF e a relação com as EqSF torna necessário o reconhecimento de outras estratégias de educação permanente, que não fiquem restritas ao Apoio Matricial, já que em um contexto com excesso de demandas, isso termina por não ser a prioridade do NASF.

Na ausência de espaços formais de “capacitação” no cotidiano de trabalho ou de uma formação prévia em saúde mental, os profissionais referem um esforço para construírem um aprendizado a partir da prática.

(...) era uma mulher com hematomas e assim, na verdade foi o meu primeiro caso daquilo, então tive que meio que procurar como conduzir naquele momento,(...) isso acontece muito, a gente aprender mais na vivência, que como eu disse as vezes a gente não está preparado assim para alguns casos, por exemplo, de violência, como conduzir e a mulher bem vulnerável assim emocionalmente, e ela criou um vínculo assim comigo, pelo meu acolhimento e consegui conduzir o caso, ouvir a história e também encaminha-la, eu tive bastante suporte assim das outras instituições pra poder me auxiliar em como fazer, como conduzir (...). (Co01U03)

Bom, assim, como generalista, a gente tem uma formação a nível de psiquiatria, psicologia muito superficial, a gente passa uma matéria de psicologia, passa na matéria de psiquiatria, então assim é o básico né, você aprende o básico, quase tudo, digamos assim, que eu consegui como bagagem em cima de saúde mental eu aprendi aqui na UBS, aprendi com o dia a dia (...) Aí a gente faz esse primeiro olhar de acordo com as experiências passadas, a gente já viveu um momento parecido, então a gente não tem como fazer outra coisa, então vamos fazer o que a gente fez e deu certo, a gente vai e pratica a medicina baseada em experiência. Deu certo? Funcionou com ele? A gente vai tentar com esse também para não deixar ele desamparado, porque eles são muito vulneráveis (...). (Med01U03)

Nas duas falas acima citadas, destaque para a percepção dos profissionais de um aprendizado que se dá a partir do cotidiano dos serviços, no caso-a-caso, em um processo de sistematização que depende em muitos aspectos do esforço de cada profissional. É inegável que a iniciativa e disposição dos profissionais em encontrarem soluções para os problemas cotidianos da assistência é louvável, no entanto cabe a questão se esse tipo de iniciativa pode ser considerado suficiente. De todo modo, os processos de capacitação que se pretendam

efetivos não podem desconsiderar esses saberes erigidos pelos profissionais a partir do cotidiano de trabalho, da invenção de soluções frente a casos concretos.

A disponibilidade e proatividade dos profissionais em atenderem os casos mesmo não se sentindo capacitados são características que não se distribuem igualmente entre todos os trabalhadores das equipes. Nas entrevistas realizadas por nós, a questão da formação e da capacitação aparecem em diversos momentos atravessadas pelas preferências e disponibilidades individuais e pelo “gostar” ou “não gostar” da área da saúde mental.

A ideia de um “perfil” (“profissional tem um perfil para a saúde mental”), um “talento” ou simplesmente de um “desejo” ou “interesse” pela área funcionam como justificativas em diversos momentos para explicar as diferentes relações dos profissionais com esse tema. De muitas maneiras, isso que aparece como uma “predisposição”, justificando aproximações e distanciamentos dos profissionais com a temática, que atravessa diretamente o tema da formação.

A partir dessas questões esboça-se um dilema importante, em nosso ver ainda sem solução. Nas entrevistas realizadas, em muitos momentos aparece com clareza uma divisão feita entre aqueles profissionais que gostam e tem afinidade e os profissionais que não gostam e não se interessam. Como conciliar as considerações à autonomia profissional, pensando o trabalho como um espaço de realização e construção de subjetividade dos trabalhadores e fortalecimento da autonomia deles com o imperativo de que “todos devem atender os casos de saúde mental”? Como conciliar as preferências profissionais com as necessidades da população?

Uma das profissionais entrevistadas refere não gostar da área de saúde mental e reconhece que por isso não se esforça em buscar informações sobre o tema, o que a faz sentir-se menos preparada diante dos casos e a afasta ainda mais da área. Esta profissional descreve uma espécie de ciclo em que o desinteresse e a falta de formação se alimentam mutuamente.

(...) alguns assim, por eu não saber atuar e não gostar, mas esse não gostar pode ser ignorância por eu não ter estudado, não ter buscado, sabe, a qualificação, isso vai de mim também, acho que de cada um, sabe, quando você fala: ‘ah, eu não gosto dessa parte de saúde mental’. Então eu não vou atrás, mas, pode ser por eu não ter ido buscar que eu acho que não gosto, talvez se eu fosse estudar, buscasse, eu me interessasse e gostasse.
(Enf01U03)

Selecionamos esse trecho porque nos ajuda a problematizar a ideia de uma predestinação para o campo da saúde mental. Na fala dessa profissional, fica claro como a

falta de formação alimenta um preconceito que pode sustentar um distanciamento do campo. A falta de capacitação adequada enseja resistências e alimenta medos e preconceitos dos profissionais, que muitas vezes se cristalizam e podem ser suficientes para alterar drasticamente rotas profissionais.

A ideia não é apagar a possibilidade de que cada profissional tenha as suas áreas de interesse ou as suas preferências individuais, mas como conciliar tais preferências com as exigências de um nível de atenção que possui a amplitude da APS, responsável por lidar com a maior parte dos problemas de saúde da população. Em nosso entender, o interesse do profissional em atuar na APS deveria englobar um interesse pelo campo da saúde mental. O que coloca um desafio, a saber: Como fazer com que a formação em Saúde Mental esteja contida na formação para trabalhar na Atenção Primária à Saúde? Entendemos que esse segue como um desafio em aberto.

Para contribuir com as reflexões a respeito dessa questão vale fazer uma quebra na organização das seções que estamos propondo para apresentar duas situações que envolvem casos descritos por uma das entrevistadas, que se apresenta como alguém que não gosta do campo da saúde mental. Quando solicitada a falar sobre “um caso bem-sucedido”, a profissional lembrou o caso de uma mulher que tinha sido diagnosticada com depressão pós-parto; de acordo com o seu relato, a pedido da coordenadora da unidade, a profissional ficou encarregada em fazer visitas regulares para auxiliar a usuária nos cuidados envolvendo amamentação e higiene do bebê e a usuária apresentou boa evolução.

Esta mesma técnica de enfermagem, ao ser solicitada a contar sobre “um caso malsucedido” que recordava, citou o caso de um usuário “que tinha um problema mental”, que acumulava muito lixo na própria casa e que ela se constituiu como profissional de referência para o caso. O vínculo entre a profissional e o usuário se estabeleceu de início a partir da necessidade de realizar curativos em uma lesão que ele tinha no cóccix, o que o fazia procurar a unidade todos os dias. Posteriormente, com o vínculo criado entre ambos, a profissional passou a auxiliá-lo em muitos outros cuidados, como os relacionados à higiene pessoal e usuário apresentou melhora após inserção no CAPS. Profissional relatou esse como “um caso malsucedido” pois o usuário faleceu pouco tempo depois de ser encaminhado ao CAPS e a profissional identificou que ele não teria sido assistido adequadamente pela equipe; a técnica de enfermagem relata, em tom emocionado, que a equipe não se importava muito com o usuário, e lembra de quando ela o acompanhou em um hospital para tratar de questões clínica e ele foi muito maltratado.

Optamos por retomar o relato desses casos aqui na expectativa de que algo desses fragmentos e da relação dessa profissional com os casos possa trazer uma luz a respeito das dificuldades e possibilidades de cuidado mesmo quando o profissional relata não ter afinidade com a área da saúde mental. De maneira preliminar, é importante notar a complexidade dos casos relatados, que dão uma amostra das exigências aos trabalhadores da APS para atender os casos com componentes de saúde mental. No entanto, gostaríamos aqui de ir além e enfatizar como, para essa profissional, os cuidados em enfermagem (curativo, amamentação, higiene, etc) permitiram a ela uma gradativa aproximação desses casos, auxiliando de forma significativa na melhora da condição “psíquica” dos usuários atendidos.

Os cuidados a partir de questões “clínicas” pode funcionar como uma forma de viabilizar a aproximação de profissionais que não se identificam com o campo da saúde mental com aqueles casos em que esta questão desponta como a mais importante. Em ambos os casos relatados, embora se tratem de situações descritas como tendo desfechos muito distintos no que tange ao “sucesso” das ações, os cuidados clínicos permitiram à profissional uma aproximação com os usuários, a criação de vínculos e o auxílio com questões que poderiam ser entendidas como pertencentes ao campo da saúde mental.

Nestas situações retomadas aqui fica evidente um tipo de inteligência prática desenvolvida pelos trabalhadores, mesmo aqueles que dizem não ter afinidade com o tema da saúde mental. Fonseca et al.¹¹⁸ partem do pressuposto de que parte significativa do trabalho em saúde é pouco visível aos métodos tradicionais de gestão e o não reconhecimento dos esforços empreendidos pelos profissionais na oferta de cuidados em condições de trabalho que julgam inadequadas costuma ser fonte de sofrimento. As autoras enfatizam a capacidade de criação demandada pelo trabalho em saúde e afirmam também que quando o saber da experiência dos trabalhadores, definidos por ela como saber-fazer, fica na invisibilidade, a tendência é que se produza uma separação ainda maior entre gestão e trabalhadores.

As mesmas autoras, partindo também das produções de Christophe Dejours, em outro trabalho¹¹⁸, enfatizam que os trabalhadores estão sempre acrescentando algo de si ao trabalho prescrito, principalmente ao lidar com situações singulares. A escolha feita nessa dissertação ao garantir que os trabalhadores pudessem falar a respeito dos casos atendidos pretendeu acessar a experiência invisível à gestão, apostando no saber único presente nela.

Guimarães et al.¹¹⁹, no entanto, afirmam que o preconceito em relação aos “sujeitos em sofrimento psíquico” compartilhado pelos profissionais de saúde em muitos momentos se expressava em uma dificuldade em lidar com as questões clínicas desses usuários. Por isso,

não é incomum que usuários com queixas ou diagnósticos de saúde mental fiquem reduzidos apenas a essa dimensão, tendo as suas demais queixas desconsideradas.

Santos et al.⁸³ afirmam o quanto a categoria sofrimento caminha entre as dimensões concretas e abstratas, podendo significar desde doença física, como dores de cabeça ou de estômago até outras dores, que podem vir à tona por queixas sem explicação; nem sempre doença e enfermidade coincidem. Em muitos momentos os usuários traduzem as suas queixas em elementos patológicos como forma de garantirem atendimento e o reconhecimento do seu sofrimento, o que nos faz pensar que nos casos com componentes de saúde mental a presença de questões “físicas” permite aos profissionais com mais dificuldade se aproximarem.

A “concretude” da doença permite aos profissionais com maior dificuldade se ancorarem em algum ponto que os permite ofertar cuidados. A presença de queixas ou necessidades já conhecidas pelos profissionais (fazer curativo por ex.) pode permitir que a angústia do “nada sei” der lugar a um “sei por onde começar”. Embora este trabalho busque apontar os limites de algumas dicotomias, as noções de “concreto” e “abstrato” parece ter um valor importante na explicação de parte das angústias profissionais, já que a existência da patologia de explicação etiológica principalmente fisiológica garante para alguns profissionais um caminho por onde trafegar sem que se percam em “abstrações”.

Aqui, mais uma vez, faz sentido reiterar que, na prática, mostra-se pouco produtiva uma divisão dos casos como “casos de saúde mental”, separado daqueles “casos com questões clínicas”. Nos relatos trazidos acima, fica evidente como essas questões não se apresentam de forma dissociada, embora, como já discutimos é possível que em algum momento um dessas dimensões exija prioridade.

Há um outro fragmento de entrevista, que nos ajuda a iluminar ainda mais esse debate. Uma das profissionais afirma que não gosta da área de Saúde Mental, mas que isso não a impede de atender e conduzir os casos. A profissional atribui o fato de não gostar a experiências ruins que teve ao longo da sua trajetória formativa e profissional, mas acredita que lida bem porque recebeu boa formação. Nesse ponto, uma formação consistente em saúde mental aparece como possível solução para que falta de interesse ou dificuldades pessoais não sirvam como impedimento de uma boa prática por parte daqueles profissionais que não se interessam pela área.

As dificuldades dos profissionais não ficam restritas apenas ao âmbito cognitivo. Alguns entrevistados relatam terem medo e/ou receio ao atenderem os casos com componentes de saúde mental. Barros et al.⁵⁶ problematizam que ainda impera entre os profissionais uma visão que tende a ver a loucura associada à periculosidade. Em nossa

opinião, o combate ao preconceito e aos estereótipos envolvendo a loucura é fundamental para a superação do estigma que ainda impede que os usuários tenham uma assistência à saúde de forma integral. No entanto, é preciso ter cautela e não reduzir o medo relatado pelos profissionais apenas a essa dimensão.

Uma das profissionais que relataram medo de atender os casos com alguma questão de saúde mental aponta como essa dimensão funciona para alimentar o desinteresse no assunto e como isso também alimenta o medo, de modo que essas duas dimensões ficam misturadas:

“Eu acho, sabe que não, não sei se a palavra seria não gostar, medo, eu tenho medo de atender dependendo de alguns pacientes, eu tenho medo, se for igual o outro que chegava agressivo assim, eu tenho medo, até se eu não precisar atender, eu não atendo, por medo (...)” (Enf01U03)

O medo em geral está associado ao atendimento de casos graves de saúde mental. Embora esses casos tenham um lugar mais ou menos previsto nos serviços especializados como o CAPS, a Atenção Primária em alguns momentos também assiste a essas pessoas, seja no cuidado às questões clínicas, seja no atendimento a muitas outras questões.

Schutel et al.⁸¹ enfatiza que a APS tem um papel importante pois estaria menos carregada com os estigmas que atravessam os serviços especializados de saúde mental, mas que os profissionais nem sempre levam isso em consideração. Guimarães et al.¹¹⁹ identificaram que o preconceito em relação aos sujeitos em sofrimento psíquico é compartilhado pelos próprios profissionais de saúde e terminava por funcionar como mais uma barreira de acesso a esses usuários na APS.

Aqui há um ponto em que as trajetórias pessoais e de formação se cruzam de um modo muito particular. Em geral, é durante a formação que a maior parte das pessoas tem o primeiro contato com os pacientes de saúde mental, embora outros também tenham esse contato a partir das suas histórias pessoais. O hospital psiquiátrico aparece como campo de primeiro contato de algumas das entrevistadas com o campo da saúde mental e ela descreve esse ambiente como degradado e lugar de maus-tratos:

É, exatamente, por exemplo, na hora da atuação que a gente passou pelo hospital psiquiátrico que já não gostei do que eu vi, né, talvez eu tenha criado essa barreira aí, eu não gostei mesmo, e medo, além de eu não ter gostado eu tive medo, eu tinha medo. De ir lá no hospital psiquiátrico, de ser agredido, sabe? E foi a partir daí que eu não gostei, eu não gostava de ir no hospital psiquiátrico, não gostava, além de ser muitas vezes triste a situação que eu via os pacientes e eu tinha medo, eu tive medo, a gente ficava meio que escondido assim para não ser agredido, sabe? (..). Bem, muito ruim, triste de se ver, sabe? Não gostei mesmo, e a partir daí, e eu não quebrei essa

barreira, talvez eu tenha que quebrar essa barreira de não gostar, e eu fiquei com isso, não gosto de saúde mental (Enf01U03)

Esse primeiro contato com a saúde mental a partir do hospital psiquiátrico é trazido pela profissional como um contato “traumático” para o aprendizado, sendo visto como responsável pelas suas dificuldades posteriores no atendimento aos casos. Aqui é preciso demarcar a necessidade de produzir encontros mais “saudáveis” dos profissionais com a loucura, que no hospital psiquiátrico termina confundida com as condições precárias que a enclausuram.

A transformação da formação em saúde mental é ao mesmo tempo produtora e produzida por um modelo de atenção que prescinde do hospital psiquiátrico como espaço de tratamento e também como espaço de formação de novos profissionais. O manicômio como um espaço de violação sistemática de direitos humanos não pode ser visto como um lugar de cuidado, muito menos de formação.

Apesar disso, é preciso assinalar que encontros difíceis com a loucura não são passíveis de acontecer apenas no hospital psiquiátrico. Uma das profissionais entrevistadas descreve sua experiência no CAPS, ainda na graduação, como sendo marcada por sensação de medo e insegurança diante de violências dos usuários:

(...) enfim, mas CAPS adulto a gente, eu... teve muito a questão de abuso assim, sabe, abuso verbal, teve lá no CAPS adulto, uma pessoa pegou uma cadeira e ia jogar em mim. Então assim, pessoas que eu não me sentia num ambiente seguro, sabe, naquele lugar... e mostrando até as partes íntimas, não era um ambiente que eu me sentia confortável, sabe? (Co01U03)

Embora a profissional refira que isso não a impede de atender os casos com componentes de saúde mental, ela assume como um dos fatores que tenham lhe afastado do campo. A demarcação dessas experiências como fronteiriças ao campo da formação e da experiência pessoal dificulta o tratamento que se pode dar a elas. As (con)vivências dos sujeitos com a loucura parece ser uma questão fundamental para permitir uma maior proximidade com os casos de saúde mental. Diante disso, uma profissional entrevistada apontou como sugestão que poderia contribuir na melhora da atenção a esses casos a passagem dos profissionais pelos serviços especializados:

É, sugestão, não pode ser uma sugestão, o que eu acho que seria muito bom era a vivência, acho que deveria ter uma maneira de todos os profissionais

que viessem para a unidade básica tivessem um período de vivência no serviço de saúde mental especializado. Acho que isso seria uma joia. Sabe, para conseguir entender, nossa, mas isso é impossível porque só vai quem quer né, mas sabe, um rodízio, olha, por um tempo, como eu acho que tinha que ter um rodízio no hospital, porque só, já que não tem né, se tivesse um, dois profissionais, sabe, tipo, a oportunidade que a gente teve de ter um, dois profissionais na unidade básica aqui, puxasse essa conversa, sabe, seria muito bom, seria muito bom. Mas é difícil. (TE01U01)

Estudos da Psicologia Social, como os elencados por França et al.¹²⁰, apontam que a convivência é uma das formas mais eficazes para dissolução de preconceitos e estereótipos, o que contribui sobremaneira para a diminuição de episódios de discriminação. Por isso consideramos como potencialmente eficaz a estratégia de uma convivência dos profissionais da APS com os usuários com transtorno mental, que poderia se dar a partir da interação com o cotidiano dos serviços especializados, como os CAPS, ou os Centros de Convivência. Além disso, tal interação poderia permitir a incorporação de novos entendimentos e tecnologias do campo da saúde mental que podem ser úteis ao campo do cuidado na APS, como a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, e também a participação em espaços de formação próprios, como é o caso das supervisões clínico-institucionais.

O reconhecimento do papel fundamental exercido pela formação defendido aqui não nos faz acreditar que ela seja suficiente para a transformação da relação dos profissionais com o cuidado ofertado. Nessa linha, seguimos os passos estabelecidos por Sá^{121:653}, quando afirma que a disposição para acolher, escutar e criar vínculos “não se constitui em uma capacidade absoluta e apriorística do ser humano ou em algo que possa ser controlado exclusivamente por um trabalho consciente e voluntário e/ou por mecanismos gerenciais”.

5.2.1 Diferenças entre o hospital e a APS

Considerando os diversos espaços de formação e a trajetória profissional dos entrevistados, gostaríamos de dar um destaque para o lugar do hospital na formação desses trabalhadores. Principalmente entre os técnicos de enfermagem, aparece como bem demarcada a diferença que eles percebem na atuação que é demandada deles no hospital, onde boa parte teve as suas primeiras experiências profissionais ou onde continuam atuando, e nas unidades da APS.

Aqui é um lugar onde você tem tempo para ouvir, diferente de um hospital, igual eu te falei, que é o atendimento emergencial, a urgência, aqui é um lugar que você tem que fazer o vínculo, que você tem que ouvir, se eu estou

aqui é porque eu sei que tem que ser desse jeito porque eu gosto, eu sempre gostei de ouvir (TE01U02).

(...) um pouco é isso também né, que centro de saúde se você for trabalhar na lógica hospitalar ele é muito light de trabalhar porque é conduta, só que unidade básica não é isso, unidade básica é muito mais que isso e eu não sei quanto que está todo mundo a fim de entender isso de verdade, inclusive, eu nesse momento, de falar assim, ah, já fiz minha parte (TE01U01)

É, faz bastante tempo, é muito difícil né, eu achei que foi muito difícil, eu vim de um hospital e você chega aqui e a saúde pública é totalmente diferente, eu apanhei bastante, viu, porque aqui a gente toma bastante decisão né e no hospital é totalmente diferente, você pode olhar o prontuário, dar uma medicação para o paciente que ele já está acostumado se estiver com a pressão alta, e os pacientes daqui acho que dependem muito da gente, muito mais do que no hospital, que tem paciente que está aqui todo dia, por um motivo ou outro ele está aqui todo dia, mas valeu a experiência né. (TE02U01)

Mas aí depois com o tempo, aí a gente vai descobrindo o serviço, é outra forma, é muito diferente do hospital, tanto que depois que eu entrei aqui, que eu trabalhei três anos e seis meses e eu fui para a Unicamp, eu já fui com outro olhar do hospital, porque normalmente assim, lá é mais procedimento né, as pessoas entram e tem uma rotatividade maior também de pacientes né, e a pessoa entra, você verifica os sinais do paciente, mas aí vai embora, mas o que eu percebi que o pessoal não pergunta se tem filho, se trabalha, essas coisas que normalmente a gente no centro de saúde, normalmente você conhece quem está atendendo, primeiro porque eles vêm com uma frequência maior, e normalmente você conhece o pai, a mãe, o irmão, o marido, namorado, você conhece a família inteira, aí é isso aí. (...) Não sei, não sei se é aquela rotatividade, que nem, no hospital particular mesmo, no [nome do hospital], na parte de adulto era mais coisa cirúrgica, então a pessoa interna, fica dois, três dias no máximo, então acho que como tem essa, as pessoas não tem essa, sei lá, preocupação, deveria ter né, mas não tem, é uma coisa meio que da profissão, que se você perguntar para a maioria das pessoas que trabalham no hospital, dificilmente você tem uma pessoa que pergunta, que faz, que faz esse tipo de acolhimento, meio que ficou meio que sistemático o atendimento, sabe, você vai lá, atende, até conversa algumas coisas, tudo, mas é muito diferente do atendimento que a gente faz na unidade, acho que até pelo tempo também né, que você tem as vezes de atendimento também, tem tudo isso, acho que aquela correria que você tem horário para banho, para medicação, e atende vários pacientes, as pessoas meio que não se atentam a isso, mas deveria, eu acho que mudar algumas coisas. (TE02U02)

Aqui gostaríamos de retomar Cunha²³ que faz uma importante demarcação sobre a diferença do trabalho na APS e no hospital, compreendendo que nas Unidades Básicas de Saúde o cuidado se dá de forma longitudinal, contrastando com o ambiente hospitalar em que o contato normalmente é pontual. Além disso, no ambiente hospitalar o paciente em geral está “submetido” às ordens médicas e ao cuidado proposto, tendo um grau menor de decisão do que se apresenta na APS, o que torna necessário negociar mais as intervenções propostas.

Nogueira et al.¹⁴ também retomam a formação biomédica tradicional, que tem no ambiente hospitalar o seu principal espaço e que tende a desconsiderar os aspectos não biológicos, o que em parte explica as dificuldades dos trabalhadores para lidar com os aspectos emocionais e sociais dos pacientes na APS.

Cardoso et al.¹⁰⁴ referem que apesar dos técnicos e auxiliares constituírem parte significativa da força de trabalho em saúde, sendo a maioria dentre os profissionais de enfermagem, ainda existem poucas investigações sobre as mudanças no processo de trabalho desses profissionais diante da necessidade de transformação do modelo de atenção à saúde, que pretende pautar-se pelo princípio da integralidade. A formação desse grupo de trabalhadores em geral é voltada para a atuação nos hospitais que demanda muitas habilidades distintas.

Os autores realizaram uma pesquisa com técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade do interior paulista com o objetivo de caracterizar o processo de trabalho desses profissionais. Eles verificaram que a atuação dessa categoria em geral está pautada no cuidado à doença e se restringe quase absolutamente a uma atenção individual. Os entrevistados também reconhecem que muitos usuários buscam a unidade para conversar e até são acolhidos pela equipe, mas os profissionais não veem isso como parte do trabalho em saúde. Para os autores, o reconhecimento dessa necessidade abre um potencial para a reorientação do processo de trabalho, para além dos aspectos biológicos¹⁰⁴.

Os achados de Shimizu et al.¹²² em uma pesquisa com auxiliares de enfermagem no Distrito Federal, que atuavam no Programa de Saúde da Família, identificaram uma primazia dos atendimentos individuais na rotina desses profissionais, apesar de um esforço constante das equipes para construírem atividades coletivas. Ogata et al.¹²³, também em uma pesquisa com auxiliares de enfermagem que atuavam na Atenção Primária à Saúde, encontraram relatos de dificuldades desses profissionais em desenvolverem atividades de promoção à saúde, o que no geral era justificado pela alta demanda de atendimentos e pelo mal dimensionamento populacional dos serviços.

As autoras encontraram que uma das principais dificuldades relatadas pelos profissionais foi a falta de uma formação específica para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família e a ausência de capacitações permanentes alinhadas com as necessidades do trabalho. Além disso, também identificaram que a atuação desses profissionais nas unidades de saúde da família está pautada sobre o prisma do procedimento e que, em muitos momentos, o próprio acolhimento é visto como um procedimento, ou seja, como algo mecânico e

protocolar. Enfatizam também que os processos de produção centrados no procedimento terminam por reduzir-se aos objetos perdendo de vista a finalidade, que seria a produção de cuidado¹²³.

Nos trechos recortados, as profissionais assinalam duas diferenças significativas com relação ao hospital, que, ao nosso ver, estariam relacionadas. A primeira delas é a autonomia dos profissionais de enfermagem, que no hospital é descrita como reduzida, considerando que o trabalho se encontra prescrito e delimitado anteriormente, além de terem um tempo ajustado para a sua execução, com baixa possibilidade de os profissionais tomarem decisões. A segunda é a falta de interação entre profissionais e usuários, o que em parte é explicado pela centralidade nos procedimentos e não nos usuários e pela alta rotatividade dos pacientes no hospital.

Nery et al.¹²⁴, ao estudar a relação de auxiliares de enfermagem que atuam em Unidades de Saúde da Família com o tema do acolhimento, enfatizam esta como uma prática que demanda disponibilidade para o encontro, interesse e apoio mútuos tanto por parte do profissional como do usuário. Em outro estudo, o trabalho na APS é descrito pelos técnicos de enfermagem como produtor de maior desgaste físico e psíquico, já que exige uma diversidade maior de saberes e um maior “uso de si”, para atuar em um modelo diferente ao qual estão habituados, onde se exige um tipo de atuação interdisciplinar¹²⁵.

Nesse sentido, é importante ressaltar que para que o encontro aconteça, é necessário que algo da autonomia de ambos, trabalhadores e usuários, esteja preservada, sem o que não se produz cuidado; além disso, encontro também demanda tempo para que as singularidades compareçam à cena, o que muitas vezes é impossibilitado pela rotina centrada nos afazeres e pela submissão dos usuários aos procedimentos e dos profissionais à rotina de tarefas. É necessário também investir mais recursos para que a formação desses profissionais também se pautе pelas propostas da “clínica ampliada” e pelos princípios do SUS, sobretudo pela Integralidade, considerando centralidade dessa categoria no cuidado ofertado na APS, o que é reforçado pelo fato de serem a maior força de trabalho nas Unidades de Saúde da Família.

5.3 ESCUTA E ACOLHIMENTO

Falar sobre escuta e acolhimento requer também pensar sobre o lugar da subjetividade e dos sujeitos na cena médica. Armstrong¹²⁶ retoma a história da medicina desde o século XVIII quando se consolidou o paradigma anatomopatológico, para apontar para a valorização histórica do “sinal” em detrimento do “sintoma”. O autor demonstra a sua tese apresentando a

baixa importância que era dada à entrevista clínica nos manuais de medicina, principalmente durante o século XIX e a primeira metade do século XX. A importância dada à voz do paciente foi se transformando ao longo da história à medida que os sintomas passaram a crescer em importância. Já na década de 1970, o olhar passou a ser não apenas para as palavras, mas também para a subjetividade do paciente e daí em diante para a sua experiência¹²⁶.

Essa breve história da escuta na medicina pode ajudar a iluminar a o lugar que a escuta ocupa no cenário das práticas dos profissionais de saúde no cenário atual da APS, já que a valorização e a importância dada aos relatos dos pacientes nem sempre foi algo garantido ao longo da história e ainda hoje é rodeado por nuances e dificuldades, embora nem sempre sejam consideradas.

Os temas da escuta e do acolhimento são dois dos assuntos que aparecem com maior recorrência em nosso trabalho, por isso o consideramos uma temática transversal que tem contornos específicos quando se trata dos cuidados em saúde mental, mas que o seu aprimoramento pode contribuir fortemente para um bom funcionamento da APS em geral. Ceccim et al.¹²⁷ afirmam que por ser uma prática marcada pelo encontro e pela relação com a alteridade, o acolhimento não se restringe a um saber determinado, mas é marcado pela complexidade dos aspectos intersubjetivos e relacionais, o que faz com que esse processo seja envolto por uma dose de mistério. Tal compreensão aguçou a nosso interesse, tentando lançar luz sobre esse mistério, acreditando que a investigação de alguns elementos que compõem essa complexidade ainda pode ser melhor explorados e contribuir sobremaneira para a qualificação do cuidado ofertado pela APS.

As discussões em torno do acolhimento nas unidades buscam superar em parte uma organização da atenção baseada em um modelo “queixa-conduta”³⁴, que tende a estruturar respostas prontas para demandas de saúde mais ou menos conhecidas. Essa lógica em muitos momentos prescinde de um olhar para os sujeitos, focando apenas no problema de saúde apresentado, deixando de lado também a criação de vínculos entre usuários e profissionais.

A Política Nacional de Humanização tem recebido pouco destaque nos últimos anos e parte desse ostracismo vai além da atmosfera de desmonte e precarização que vinha crescendo no cenário brasileiro e talvez encontre alguma explicação no avanço da razão produtivista no campo da saúde pública, que tenta afirmar que só são válidas as práticas passíveis de serem traduzidas em números. Dentre os problemas que o HumanizaSUS buscava enfrentar, estavam o incremento das ofertas assistenciais com foco na relação dos profissionais com os usuários. Não deixava de considerar que mais pessoal, mais investimentos e melhor infraestrutura eram

importantes, mas reconhecia que não eram suficientes para a transformação do modelo de atenção.

Boa parte dos desafios que a Política de Humanização busca enfrentar na APS estão relacionados à superação de uma lógica em que o acolhimento funciona como mera triagem em um serviço de pronto-atendimento médico. Esse desafio se traduz também na busca em não fazer da ampliação do acesso à APS sinônimo do aumento da medicalização¹⁰³.

Na definição da Política Nacional de Humanização, o acolhimento pressupõe uma mudança na relação profissional/usuário, reconhecendo o usuário como sujeito e alguém ativo no processo de produção da própria saúde e vai além afirmando que o acolhimento é

um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.^{74:21}

As dificuldades acarretadas por um modelo de atenção operado a partir da ideia de queixa-conduta são ainda maiores quando o que está em jogo são as demandas de saúde mental, considerando que no geral essas são demandas complexas que quase sempre são permeadas pelos atravessamentos sócio territoriais. Alguns dos profissionais entrevistados fizeram referência a essa complexidade e dos diversos atravessamentos que encontram nas demandas endereçadas à unidade, que nem sempre podem ser tratadas como questões de saúde *stricto sensu*:

Bom, como atenção primária a unidade básica nessa região ela é a única porta de entrada dos usuários com relação ao sistema de saúde e muitas outras vezes a outros sistemas, como, por exemplo, de educação, a questão social, então cada dia é uma coisa nova, cada dia a gente vê uma pessoa com uma demanda diferente, pode ser por vários tipos desse, não necessariamente saúde, então é muito desafiador para a gente, você ter que lidar com tudo isso, né. (MED01U03)

O trabalho na APS permite reconhecer de perto a imbricação das questões sociais, físicas e psíquicas. Um desafio diante dessas situações é não as tomar apenas como uma demanda médica; embora as situações complexas possam servir como um antídoto para o modelo queixa-conduta, não é incomum a redução dessa complexidade a questões médicas,

que mobilizam um aparato diagnóstico específico ou terapêuticas que muitas vezes se limitam à medicação.

As falas trazidas pelos profissionais sobre a falta de ofertas para além do acolhimento, por um lado podem ser tomadas como reflexo do empobrecimento das ações das unidades e da articulação com outras instâncias da rede e/ou equipamentos do território, mas por outro lado tendem a avaliar a escuta como não podendo ter uma finalidade em si mesma, já que ela pressuporia sempre um encaminhamento.

Como já afirmamos, não se trata de escutar só por escutar, por isso, cabe a pergunta: o que os profissionais de saúde escutam quando se propõem a isso? Não se trata de cobrar que os profissionais de saúde da família se dediquem à escuta do “sujeito do inconsciente” ou busquem operar uma “retificação subjetiva”, implicando o sujeito naquilo pelo qual ele se queixa, como nos lembra Moretto¹⁷. Entre a escuta da anamnese médica, que busca por sintomas de doenças e a escuta da psicanálise, existe alguma alternativa aos profissionais de saúde da APS no atendimento aos casos de saúde mental?

Nos Centros de Saúde da cidade, o acolhimento, estruturado na maior parte das vezes como atendimento às queixas agudas e como porta de entrada à maior parte dos usuários que buscam as unidades, é realizado de forma quase exclusiva pela equipe de enfermagem, sendo os técnicos e auxiliares os principais responsáveis. O acolhimento ora é entendido como uma postura do profissional, ora como uma prática, que tem papel fundamental na organização do serviço. Seja entendido da primeira ou da segunda maneira, o acolhimento na sua forma e função quase sempre é algo pouco discutido nos serviços. A dimensão intersubjetiva dos encontros que se produzem no acolhimento é algo ainda que merece uma discussão mais aprofundada, sobretudo levando em consideração a formação restrita aos aspectos “técnicos” dos profissionais de enfermagem, o que faz com que o acolhimento fique muito dependente da forma como cada profissional o entende e consegue operá-lo.

A demanda dos profissionais por ter ofertas concretas para os usuários com questões de saúde mental que buscam o acolhimento permite pensar este como um momento propício para a multiplicação de angústias. Muitas vezes diante do sofrimento do usuário, não é incomum que os profissionais também se angustiem. Isso por si só não é ruim, no entanto pode dificultar a avaliação das situações concretas, deixar a escuta mais nublada e impedir encaminhamentos produtivos.

Nery et al.¹²⁴ elencam alguns obstáculos para o desenvolvimento de um trabalho acolhedor, como a pressão da demanda, que reduz o tempo de atendimento, o espaço físico inadequado e uma postura imediatista por parte dos próprios pacientes. Para os autores, isso

gera sentimentos de angústia e insatisfação nos profissionais, contribuindo para a convivência com uma tensão constante no espaço de trabalho.

Além disso, os profissionais de enfermagem, referem a permanência no acolhimento como uma situação potencialmente estressora, pois essa é a principal porta de entrada da unidade e é por lá que muitas notícias desagradáveis são dadas aos usuários, como a impossibilidade do atendimento médico ou a falta de algum exame ou outras dificuldades que terminam por frustrar os usuários em suas demandas¹⁰⁴.

Um efeito colateral da forma como o acolhimento está organizado nas unidades hoje muitas vezes é a fragmentação do trabalho dos profissionais a partir de uma linha de montagem, que aliena os trabalhadores do resultado do seu trabalho. A forma de organização do acolhimento hoje nas unidades, principalmente para recepção das queixas agudas, se dá com os técnicos e auxiliares escutando a demanda dos pacientes e encaminhando para enfermeiros ou médicos os casos mais complexos, que necessitam de atendimento imediato e que escapam ao saber dos técnicos. No entanto, em geral, os técnicos e auxiliares não têm acesso às condutas tomadas por quem está na sequência da “linha de produção”, ficando apartados dos desdobramentos dos casos e de enriquecerem a sua capacidade de atuação a partir das respostas ofertadas pelos outros profissionais.

Esta forma descrita aqui seria uma forma antiga de entender o acolhimento, estando mais ligada a um modelo de triagem dos casos nas unidades, reduzindo o acolhimento a um arranjo organizativo que caberia ser executado por alguns profissionais e não como uma postura ética que deve atravessar diversos locais e momentos dentro dos serviços de saúde que inclui diversos fatores, como: mudança na forma de gestão dos serviços; o protagonismo dos sujeitos; a construção de projetos terapêuticos singulares, dentre outras¹¹².

Cardoso et al.^{104:1090}, ao tomarem como foco o processo de trabalho da enfermagem na APS, enfatizam que “a fragmentação da assistência e a redução das ações dos AEs [Auxiliares] e TEs [Técnicos de Enfermagem] a subsidiárias do trabalho médico resultam da divisão técnica e social do trabalho que desapropria os trabalhadores de nível médio de enfermagem dos resultados do processo de trabalho”.

O acolhimento permite aos profissionais a criação de uma relação mais próxima com os usuários, estabelecendo maior vínculo com os pacientes e suas famílias e com seus modos de vida, o que, no estudo realizado por Ogata et al.¹²³, mostrou ser fonte de satisfação para os profissionais. Para além dos aspectos organizativos dos serviços a mudança na postura profissional e a ampliação da capacidade de escuta se mostram fundamentais na construção e ampliação do acolhimento.

Diante disso, consideramos que a ampliação da capacidade de escuta dos profissionais é um dos pontos centrais no processo de transformação do modelo de atenção. Levando isso em consideração, torna-se fundamental compreender as barreiras e dificuldades em relação à escuta por parte dos profissionais. Para iniciar esse percurso, recorreremos a Dunker⁸⁸, ao elencar alguns traços da cultura contemporânea que nos tornariam uma “civilização desescutadora”, aponta como uma dificuldade a presença de muitos esquemas de ação e protocolos de funcionamento. Nas palavras do autor:

É preciso saber, e de preferência de modo não ambíguo e rápido, o que o Outro quer de nós em determinada situação. É o que se poderia chamar de vida em formato de demanda. Onde há um encontro, é preciso decidir rápida e iconicamente o que os envolvidos querem e a negociação tende a ser curta, porque variáveis de contexto se impõe dramaticamente. A antecipação da demanda do outro é uma das atitudes centrais do ‘funcionamento obediente pró-ativo’. Ele não espera seu chefe pedir, mas se adianta ao problema como a oferta de sua solução.^{88:66}

O autor segue argumentando de que o ato de escutar toma tempo e isso demanda também um grau de generosidade ao deixar a busca pela imposição de um código com sentidos fixos e normativos, mas abrindo espaço para as limitações de cada um envolvido: “escutar é poder ‘não entender’, é poder respeitar o ‘desentendido’, é fazer funcionar, na prática, a paixão da ignorância”^{88:67}.

Uma formação e uma atuação baseada no modelo queixa-conduta somadas à angústia do tipo “*furor sanandis*” e de uma prática baseada no que outrora denominamos de “fazeção”¹⁰ muitas vezes impedem os profissionais de lançarem mão de algumas ferramentas que poderiam utilizar e fazer da escuta, ela mesma, uma oferta. A criação de um espaço de acolhimento ao sofrimento muitas vezes é o que permite aos sujeitos terem as suas queixas validadas e reconhecidas, ajudando a diminuir angústias e mudando a rotas de caminhos de sofrimento.

Dunker⁸⁸ aponta que há uma dimensão do sofrimento que demanda por reconhecimento; os usuários que muitas vezes chegam às unidades com uma queixa de saúde mental já enfrentaram uma série de deslegitimações sobre as sensações, sentimentos e mal-estares que portam. Respostas prontas como é “falta de Deus”, é “falta de uma ocupação” ou “tem gente que está pior do que você e não está assim” são algumas das frases que muitos usuários ainda escutam quando têm algum agravo de saúde mental. Diante deste cenário, se coloca a importância de uma escuta que reconheça o sofrimento trazido pelos usuários às unidades, o que implica reconhecer que não se trata apenas de uma doença ou transtorno.

Uma escuta implicada também poderia operar uma ação “terapêutica” ao permitir que o indivíduo insira a sua queixa em uma narrativa, com início, meio e fim (mas não necessariamente assim) e que esteja associada a outros acontecimentos e fatos da sua vida e não como algo que o acometeu a despeito das decisões que tomou ou do momento que está passando. Escutar o sofrimento dos sujeitos que procuram a APS também pode auxiliar na produção de uma sensação de cuidado diante do desamparo. Um outro efeito esperado também é que o sujeito também se escute quando está sendo escutado, falando sobre o próprio sofrimento.

Aqui retomamos mais uma vez Dunker⁸⁸ quando afirma que o sofrimento quando não é bem tratado tende a transformar-se em sintomas e maltratar o sofrimento significa lhe negar três condições: a palavra ou a escuta, o compartilhamento e o reconhecimento. O autor enfatiza que o sofrimento pode ser maltratado quando excessivamente institucionalizado, por exemplo quando codificado a partir dos discursos da psiquiatria e da psicologia. Nessa linha, é preciso ter cuidado com as nomeações, porque os rótulos são formas de silenciar o sofrimento e não fazer nada com ele.

Alguns profissionais relatam terem a experiência de receberem um *feedback* positivo por usuários que se sentiram escutados e passam a perceber alguns dos efeitos da escuta em suas práticas:

Eu confesso que quando eu comecei a trabalhar eu sempre, até na graduação, eu sempre tive um pouco de receio dos casos de saúde mental, que eu acho, assim, achava que eram muito complexos, e quando eu comecei a trabalhar na atenção básica, eu falei assim: ‘gente, tem muito caso de saúde mental’. Mas aí uma coisa que com o tempo você vai aprendendo e você vai vendo que muitas vezes as pessoas precisam de escuta, as vezes uma escuta um pouco, assim, um pouco mais qualificada, mas eu acho que as vezes só de você pegar, parar, tirar a pessoa do lugar, sentar e ouvir o que ela tem para falar já resolve muita coisa. (Enf01U02)”

Uma escuta mais ampliada não depende apenas da disponibilidade e capacidade dos profissionais, mas também de questões estruturais e organizativas que atravessam os processos de trabalho. Os profissionais se queixam do excesso de demandas e das pressões que se formam se eles se dedicam a escutar alguém mais detidamente em um cotidiano em que há muitos usuários esperando para receberem o primeiro atendimento, principalmente no acolhimento.

Uma das coordenadoras relatou que uma dificuldade enfrentada pelos profissionais é a pressão que se forma no acolhimento; “a fila” de atendimento cresce e a demanda se acumula,

o que no geral tende a deixar os profissionais mais angustiados. Isso contribui para um modelo de atendimento fragmentado, produzido em série e focado na queixa do usuário, o que dificulta a formação de vínculo com os profissionais e produz uma escassez de informações que não permite ampliar o olhar sobre a vida do sujeito, limitando-se ao sintoma narrado por ele.

Diante dessa dificuldade e considerando também o tempo limitado das consultas médicas na APS (20 minutos), uma das unidades investigadas criou um dispositivo chamado “entrevista de saúde mental”. Quando se identifica um usuário, seja no primeiro atendimento ou na consulta médica, que traz alguma questão de saúde mental e precisaria de um acolhimento mais extenso, encaminha-se esse usuário para essa entrevista. Nela, um profissional da equipe se responsabiliza por ouvir mais o paciente, coletar melhor a história, com dados do seu passado e da sua condição de vida atual. A partir dessa entrevista, em discussão, a equipe dispara as propostas para aquele usuário, seja consulta médica, atendimento com um especialista ou acompanhamento em grupo.

A “entrevista de saúde mental” empregada por essa equipe, ao mesmo tempo em que possibilita escutar melhor os usuários, também facilita a relação com os especialistas, que passam a poder avaliar melhor a pertinência dos encaminhamentos feitos pelas equipes; tema que já abordamos anteriormente. Uma crítica que pode ser feita a essa forma é que uma escuta mais detida é destinada somente àqueles pacientes que apresentam alguma questão de saúde mental previamente identificada pela equipe; àqueles que essas questões só surgiriam após serem escutados não são eleitos a princípio para serem entrevistados.

Algumas profissionais, ao relatarem casos já atendidos, identificaram como situações exitosas aquelas em que conseguiram entender a demanda de algum usuário após escutá-lo mais detidamente, já que a princípio o paciente não teria apresentado nenhuma queixa. Para isso, se atentaram a outros aspectos, como a ida frequente ao Centro de Saúde. Em outro relato, aparece a ideia de que a escuta não é apenas ao que o paciente diz, mas também ao que ele não diz ou dá a entender, indo além de uma certa “escuta literal” do que está sendo dito. Acreditamos que essa é uma pista valiosa para ampliar o poder e o alcance da escuta:

(...) igual, eu estava conversando com a residente de TO, de uma paciente que ela vinha, agora ela deu uma sumida daqui, que ela estava participando de uns grupos e faz um tempinho já que ela não vem, mas tinha uma época que ela...vinha uma paciente aqui e ela sempre se queixava, sempre tinha as mesmas queixas de, acho que era dor de estômago e dor de cabeça, alguma coisa assim; e assim, estava sempre tudo normal, tudo bem, não tinha alteração, ela teve uma alteração lá atrás, mas ela achava ainda que tinha

uma gastrite, alguma coisa assim. Aí depois conversando com ela, entendendo, aí participou de um grupo e aí ela falou que o maior desejo dela era ler, que ela não sabia ler, que ela não é brasileira, é de outro... ela é acho que da Venezuela, mas ela está aqui acho que uns cinco, seis anos e ela não sabe ler, já eu falei assim: - “gente, nossa!”. Cheguei a falar assim: - “essa mulher não para de vir aqui, o que está acontecendo”. Aí assim, claro, num outro espaço que você tem, aí você vai tentando entender o que está acontecendo, depois um pouco antes de saber, ela queria saber ler, eu falei assim: - “gente, faz toda diferença, é por isso que ela sempre vem aqui!”. Coitada, e a gente não para, nem imagina o que isso pode fazer (Enf01U02)

Eu acho que o paciente da saúde mental, a gente tem que olhar além dele, né; não só o que ele está falando para a gente, mas a gente tem que tentar entender algumas palavras soltas que eles deixam para a gente, acho que isso fica às vezes um pouco complicado (...) (Med01U01)

Nestes relatos trazidos fica evidente também a importância da criação de outros espaços para a escuta dos pacientes como as atividades coletivas; a redução do acolhimento somente à escuta das queixas agudas termina por criar uma lógica de trabalho muito próxima dos pronto-atendimentos; em um dos trechos, a profissional retoma a importância da escuta e do acolhimento como algo muito importante em todos os espaços da unidade, ajudando a capturar o que é singular de cada usuário.

Cardoso et al.¹⁰⁴ tomam como uma limitação do acolhimento ficar restrito apenas àquilo que é explicitado verbalmente pelos usuários, sem identificar outras necessidades nem sempre explícitas. Para as autoras, isso não favorece a integralidade por não permitir que outras queixas que não estão relacionadas às doenças ou aos sintomas apareçam, o que faz com que as ações da APS fiquem pautadas apenas em recuperar os doentes.

A transformação do modelo de atenção passa por criar dispositivos que permitam os profissionais escutarem os usuários em suas demandas que nem sempre se relacionam a um sintoma ou uma doença explícita, considerando que essas outras questões são também demasiado importantes na produção de saúde e vida de todos. O caso relatado pela profissional só foi possível porque tomou-se o uso assíduo da unidade como uma interrogação e isso permitiu que se ficasse atenta ao que a usuária disse nos outros espaços.

Tureck et al.⁹² entrevistaram profissionais e usuários da APS sobre o tema da hiperutilização das unidades e identificaram que a definição do que é um caso de “uso abusivo do serviço de saúde” é complexa, já que atravessa o quanto as equipes tomam os motivos que trazem os usuários às unidades como legítimos ou não. Os trabalhadores entrevistados pelos autores reivindicam por mais controle e mais normas para evitar que esses pacientes sobrecarreguem as unidades, demonstrando que nem sempre tomam a hiperutilização como

algo capaz de interrogar a equipe e os usuários sobre os seus modos de funcionamento; possíveis efeitos da “surdez” entre os profissionais.

Um dos achados importantes da nossa pesquisa nos permite pensar o tema da escuta em conjunto com o das características pessoais dos profissionais, já que, como explicado anteriormente, estamos interessados em identificar como alguns aspectos da postura do profissional, para além da sua capacidade técnica, pode ajudá-lo no manejo a esses casos. Durante as entrevistas, os profissionais trouxeram que viam a escuta e a capacidade de escutar como dependente diretamente da capacidade de interação do profissional que realizava o atendimento.

A possibilidade de escutar o paciente surge em muitos momentos quando o profissional mostra-se interessado pelo assunto que o usuário tem por dizer e isso exige do profissional uma postura bastante proativa, combinando o acolhimento com curiosidade, fazendo novas perguntas para aprofundar a conversa. Esse achado nos permite desvincular a escuta de uma atitude passiva por parte dos profissionais e de uma visão que propaga que o profissional “tem que apenas escutar, não pode falar nada”.

Uma das técnicas de enfermagem entrevistadas ao falar sobre essa questão, referiu se ver como alguém que não seria uma pessoa boa para escutar, pois era alguém que gostava muito de dar palpites e que isso a incapacitaria. A própria profissional aponta uma situação em que teria conseguido não dizer o que pensava a uma mulher que procurou a unidade e que falava mal sobre o marido; a técnica afirmou que conseguiu segurar a sua vontade de indicar que a usuária terminasse o relacionamento, o que consideramos uma prudência importante. No entanto, entre essa postura que busca dizer aos usuários o que devem fazer, quais decisões tomar e uma que não tem nada a dizer, pensamos haver alternativas.

Muitas vezes uma postura supostamente isenta dos profissionais, que escutam calados a tudo, é percebida como indiferença e esse sentimento costuma ser o oposto de cuidado e acolhimento. O interesse dos profissionais em ouvir os usuários pressupõe que estes perguntem e se interessem pelo que os usuários trazem, não ficando vedada a possibilidade de falar algo ao usuário sobre o que ele diz. É preciso se estar advertido também da possibilidade de práticas autoritárias na relação que se estabelece com os usuários, que não raro podem caminhar em direção ao controle e a querer determinar qual a melhor decisão que o outro adote em sua vida.

Dunker^{88:121} afirma que escutar demanda trabalho, pois requer de quem o faz a capacidade de assumir e reconhecer a própria ignorância, exercendo a hesitação no lugar das certezas. Acompanhando o autor, é preciso fazer frente a uma inclinação imaginária que busca

“fechar o sentido rápido demais, a compreender o outro rápido demais, a nos alienarmos em sua imagem e assim nos fecharmos para sua palavra”.

O livro de Christian Dunker *Paixão da Ignorância* busca explorar as conexões entre a psicanálise e a educação e encontra no não-saber algo que serve como guia tanto para educadores como para psicanalistas, ou seja, “a ignorância como ponto de partida para a aventura da escuta e da abertura para o outro”^{88:15}. O autor retoma um conselho de Lacan para jovens analistas de que não devem compreender ou entender tão rápido o que está sendo dito, para que isso aconteça é necessário “produzir-se uma paixão, a paixão de manter-se em relativa ignorância sobre o sentido, a intenção ou o significado do que o outro diz. Manter o dizer do outro como um enigma, ainda que seja um enigma para aquele mesmo que fala”^{88:16}.

O autor questiona a ideia de protagonismo atrelado àqueles que falam e subordinação aos que escutam, por isso esse reconhecimento indica que é preciso aceitar que não se sabe, tanto para ensinar como para atender alguém, por isso a humildade é vista como uma virtude pedagógica por Paulo Freire¹²⁸ e poderia ser assumida por nós aqui também como uma diretriz para os profissionais dedicados ao cuidado em saúde.

Evitar compreender rápido demais demanda também uma mudança na relação com o tempo, por isso a convocação à hesitação em um cotidiano em que a demanda por produtividade e a pressa são muitas vezes naturalizadas. Aqui vale lembrar uma estratégia utilizada por uma das técnicas de enfermagem entrevistadas que relatou fazer uma meditação guiada conjunta com os pacientes que chegam ao acolhimento, muitos deles com a pressão arterial elevada, chorando ou queixando-se de sintomas de ansiedade. A meditação aqui produz ainda que rapidamente uma mudança na relação dos usuários, e também da profissional, com o tempo, e isso produz efeitos imediatos de acordo com a entrevistada.

Seguindo a trilha de Dunker⁸⁸ que, ao propor que o cuidado ao sofrimento é tarefa de todos, nos permite buscar contribuições de outros autores preocupam-se com o cuidado e a formação de sujeitos como uma tarefa. Nessa direção, a Educação Popular e os princípios da Pedagogia da Libertação podem ser úteis para pensar a tarefa sobre a ampliação da escuta. Paulo Freire firmou a sua pedagogia sobre as bases da dialogicidade e tomou a escuta como objeto das suas intervenções:

Escutar é obviamente algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. Isto não quer dizer, evidentemente, que escutar exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala.^{129:135}

O autor define a escuta como sinônimo de abertura à fala dos sujeitos e às suas diferenças, o que coincide com a ideia de tentar suspender os julgamentos e as concepções antecipadas. As possíveis ligações entre o horizonte ético da educação popular e das práticas de cuidado é lembrada pelo próprio Paulo Freire^{130:77}, em seu livro *Pedagogia da Esperança*, quando relembra um diálogo com o psicanalista Erich Fromm, em que este teria lhe dito que “uma prática educativa assim é uma espécie de Psicanálise histórico-sociocultural e política”.

Dias et al.¹³¹ apontam uma série de convergências entre o campo da educação popular e da saúde mental. Os autores consideram a educação popular como a construção de um saber contra-hegemônico a respeito dos processos de silenciamento e colonização de vozes historicamente oprimidas. Esse encontro com o campo da saúde mental se daria, dentre outras questões, pelo reconhecimento de que a existência do sujeito, sua experiência e o seu sofrimento não se dão sem a sua ligação com o corpo social.

A essa combinação entre o campo da Reforma Psiquiátrica e o da Educação Popular poderemos acrescentar também a restituição do valor da palavra do “doente mental” e do “oprimido”, reconhecendo que eles não devem ser tomados como objetos de um saber, mas como protagonistas. Nesse ponto, retomamos uma discussão feita por Paulo Freire que não é tão “popular”, embora nos pareça importante para pensar a lógica da escuta e do silêncio nos atendimentos.

Mais uma vez, no *Pedagogia da Esperança*, Paulo Freire insiste ao longo da obra que o reconhecimento do valor do saber popular não significa o seu endeusamento ou a sua consagração, atribuindo-lhe um valor inquestionável; nesse caso respeito não significa obediência ao saber da experiência, mas inclui também a possibilidade de transformação da experiência a partir do contato com outras experiências. O autor condena o autoritarismo, como imposição de uma verdade vinda de fora e também a *licenciosidade*, como o movimento que não reconhece a capacidade de enriquecimento mútuo a partir da troca de experiências.

Essa ampliação do olhar aqui proposta nos permite propor a abertura à escuta por parte dos profissionais da APS não como a necessidade de uma aliança a um saber que é especializado, “nuclear” e /ou restrito a um campo profissional, como da Psicologia ou da Psiquiatria. A retomada de Paulo Freire aqui empregada por nós pretende servir como subsídio para pensar a escuta e o acolhimento a partir de uma certa estrutura dialógica. Algumas entrevistadas apontaram que percebem que uma característica que tornam os

profissionais melhores acolhedores é justamente a capacidade de conversar e dialogar com os usuários:

Olha, eu me considero uma boa ouvinte, mas eu acho que eu falo bastante também, talvez, eu não digo que é para todo o caso, mas talvez as pessoas que acham que estão sendo escutadas e que tem alguém interagindo com elas, talvez isso dê uma abertura maior das pessoas se sentirem mais a vontade de falar. (Co01U02)

(...) tem muito profissional que eles não gostam de muita conversa, são mais calados, então aí acabam também não gostando de ouvir, né? (TE01U03)

Acho que essa é minha história de vida como um trauma que eu tenho, até para eu me expressar tenho dificuldade, eu tenho dificuldade em expressar algumas coisas. (...) Acho que essa minha timidez, esse meu, não sei se trauma, pode ser trauma, pode, mas, por eu ter sido muito introspectiva né, de não, até dessa criação que eu tive de, da minha família, eu acho que isso me deixou com mais dificuldade de me expressar, de como atuar, sabe assim? (...) acho que isso contribuiu muito para que eu me tornasse mais introspectiva e senti mais dificuldade. (Enf01U03)

Eu acho que é muito da pessoa, eu tenho uma colega mesmo daqui... que nem, uma vez, tipo, ela trabalha na parte que faz teste rápido, aí eu falei: “Ah menina, eu fiquei curiosa, o que o moço veio fazer aqui, que veio fazer o teste”. Ela falou: “Não sei, não perguntei”. Falei: “Como assim você não perguntou? O homem estava com aliança de casado, alguma coisa ele fez, ou ele traiu, saiu com outra pessoa”. Eu perguntaria, tipo assim, minimamente: “Você veio fazer o teste, o que aconteceu? Teve uma relação desprotegida, né, é casado?” Eu ia, mas ela falou que é dela, ela não consegue fazer algumas perguntas que ela acha mais invasiva; eu pergunto, eu sou perguntadeira. (TE02U02)

Consideramos um achado do nosso trabalho a percepção apresentada pelos profissionais a respeito de que nem sempre o profissional mais tímido e mais calado é o que consegue escutar melhor. Claro que para que o outro fale o profissional não pode ocupar toda a cena e em alguns momentos uma posição de reserva e o silêncio podem ser ferramentas importantes, no entanto isso não pode ser confundido com passividade por parte do profissional, que deve escutar e que não pode falar nada. “Pensar em conjunto” com o paciente em muitos momentos é uma estratégia que facilita acompanhar o que ele está dizendo e propor alternativas sem cair nos extremos do autoritarismo ou da indiferença.

Esse ponto trazido aqui se conecta também com uma outra questão já pontuada quando falamos sobre o encaminhamento para os especialistas. Muitas vezes os profissionais relatam que conseguem escutar o paciente, mas não sabem o que fazer depois disso, o que normalmente significa que não sabem o que falar para o paciente:

(...) eu não sei, talvez a pessoa pense que não sabe o que falar naquele momento, talvez a pessoa também fique sem saber o que falar né, e para outro tem mais facilidade porque de repente consegue ouvir melhor, né, ter mais paciência de ouvir, uma palavra aqui, outra ali que vá ajudar naquele momento, não é que a gente vai resolver o problema, a gente não vai resolver o problema porque realmente tem que ser na maioria é o profissional mesmo, que também demora um tempo longo né, não é uma conversinha que você vai consertar, e as vezes vai anos né, então assim, de repente a pessoa que fala que não consegue é porque ela não consegue realmente dar uma palavra mais positiva naquele momento, ou as vezes nem precisa dessa palavra, mas ela acha que precisaria dessa palavra e ela não sabe falar, né? (TE01U02)

Diante desses trechos podemos pensar que a relação de acolhimento e escuta ela não acontece em um vazio, mas antes demanda dos profissionais disponibilidade para estabelecerem uma relação de maior proximidade com os pacientes, o que às vezes se dá mediante o interesse que o profissional expressa em saber sobre quem está sentado à sua frente. Nessa direção, importante retomar o Cadernos da Atenção Básica nº 39 que apresenta de forma conjunta a “capacidade de escuta e de construção de vínculos positivos”^{35:15}. A escuta não pode estar dissociada do vínculo que se tem com o paciente, é preciso conhecê-lo para que algo da sua singularidade possa ser captado.

A criação de vínculo é muitas vezes o que permite um cuidado mais integral à saúde e pode ser como um dos pontos centrais na transformação de um modelo de atenção centrado na doença e outro que se propõe a ofertar um cuidado integral à saúde. Muitas vezes no cotidiano de trabalho a disponibilidade para a escuta é vista como um “a mais” por parte dos trabalhadores, já que a falta da interação com o paciente nem sempre é considerada um demérito técnico.

Tem pessoas que são mais práticas mesmo, aqui tem, pessoas que são bem papum, papum, libera, atende um montão, rapidinho, enquanto você está lá com dois, aí você mesmo fala, nossa, ele atendeu um monte e eu estou aqui com esse daqui ainda, falando e falando. (TE01U02)

Em um contexto em que a produtividade e os números são tomados como parâmetros para aferição da eficiência dos serviços, os profissionais que se restringem à queixa e ao cuidado à doença são muitas vezes vistos como bons profissionais e talvez sejam mesmos. O trecho acima ajuda a borrar um pouco certa moralização que se possa fazer entre os profissionais mais técnicos, que cumprem as tarefas de um jeito a “fazer a fila andar” e outros que se dedicam mais a escutar. Nesse ponto, consideramos que o mais importante talvez seja pensar quais as possibilidades de composição com essas diferenças que existem entre os

profissionais, além de investir na ampliação das ferramentas e dos olhares de cada um sem pretender de que todos se dediquem da mesma forma a tudo.

Reafirmar a importância da escuta, do diálogo e do vínculo e falar a respeito dos seus benefícios potenciais não significa nega os potenciais iatrogênicos que essas práticas carregam consigo. As discussões em torno desses temas devem ser realizadas de maneira frequente entre os profissionais, recorrendo sempre que necessário a capacitações e outros meios que estimulem a formação permanente e não subestime os efeitos dos erros nesse campo por considerar as intervenções apenas uma conversa⁴⁷.

Conforme pontuamos anteriormente, as perguntas sobre o sentido da escuta devem ser reiteradas para que ela não se torne apenas um imperativo vazio. O que fazer depois que escuta? Essa questão ainda segue como fonte de angústia para parte significativa dos profissionais generalistas, que no geral respondem a ela com um encaminhamento ou com um medicamento. Sobre isso falaremos no tópico seguinte.

5.4 ATENDIMENTO MÉDICO-CENTRADO E MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO

Há uma queixa intensa dos profissionais entrevistados sobre o excesso de demandas não apenas de casos com queixas de saúde mental, mas de maneira geral. Isso pode ser em parte explicado por questões ligadas ao dimensionamento territorial dos serviços, ao período de crise econômica que retira os cidadãos dos planos de saúde e os leva a buscar cuidado no SUS e também ao déficit de profissionais nas unidades.

No entanto, podemos também pensar se não há parte dessa demanda que é produzida com a participação do próprio campo da saúde, entendido aqui englobando a ação dos seus profissionais, mas também a gestão e as formas de organização e concepção dos serviços. Sá et al.¹³² demonstraram que muitos usuários que procuravam um serviço de emergência em busca de atestados e medicamentos estavam em busca de “amparo”, mas para isso traduziam as suas demandas em questões médicas mesmo que não houvessem justificativas orgânicas para o mal-estar que carregavam. Em geral, esse procedimento, quando acatado pelo médico ou pelas equipes de saúde, reduz o sofrimento à dimensão individual além de negar outras possíveis explicações para a sua origem.

Tesser et al.^{103:3616} buscam definir o processo de medicalização social como um fenômeno que transforma em “necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que

envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones”. Esse processo acentua a realização de procedimentos iatrogênicos e a desvalorização dos aspectos sociais, ambientais e psíquicos.

Dentre as ofertas citadas pelos profissionais entrevistados, o atendimento médico desponta na maioria das unidades como a principal - em muitos casos a única- oferta para os usuários em que os componentes de saúde mental despontam com grande relevância. Em mais de uma unidade, o acesso à equipe de saúde mental só é possível depois do usuário ser atendido pelo médico da equipe, o que amplia as chances dos pacientes terem a medicação como primeira oferta de cuidado em saúde mental.

(...) a gente sempre pede apoio para o médico, ele medica e também ou orienta para o CAPS (Enf01U03)

Na ausência de ofertas de cuidado específicas no campo da saúde mental, segue-se o rumo das demais demandas da unidade: do técnico de enfermagem vai para o enfermeiro e em seguida para o médico. Há poucos desvios nessa rota e no geral poucas ofertas intermediárias como propostas coletivas, que permitiriam que o sofrimento ganhasse outro endereçamento e outras saídas que não apenas o medicamento.

Embora não tenha sido o foco do trabalho fazer uma caracterização baseada nas diferenças profissionais, aqui destacamos que os médicos foram os profissionais que relataram terem menos dificuldade para lidar com os casos com componentes de saúde mental. A comparação entre as profissões fica limitada pelo tamanho da amostra, no entanto, entendemos ser possível traçar algumas hipóteses principalmente para essa diferença, considerando que ela tangencia outros achados da pesquisa. Em nosso ver, essa questão é perpassada fortemente pela hierarquização do trabalho entre as profissões e pelo “empuxo” à medicalização do sofrimento que se apresentaram em nossos resultados. Se as medicações muitas vezes operam um silenciamento do sofrimento dos usuários, talvez caiba pensar se ela, ao operar esse tamponamento, não ajuda a aplacar as angústias profissionais.

A medicalização do sofrimento é um problema que vem sendo apontado de forma reiterada pela literatura especializada¹³³⁻¹³⁶ e os seus efeitos se espraiam para além do campo da saúde, embora se manifestem na Atenção Primária de uma forma particular. A Estratégia de Saúde da Família funciona como uma importante estratégia para a universalização do acesso à saúde, mas carrega consigo um potencial deletério ao fazer da saúde sinônimo apenas de mais medicação. No campo da Saúde Mental, o processo da medicalização já está

vastamente documentado, mas a crítica à forma como ele se dá não tem sido suficiente para alterar o seu curso. A aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica tem servido para ampliar o cada vez mais o espectro dos transtornos, reduzindo as os parâmetros da normalidade. Whitaker¹³⁷ demonstrou como o incremento do processo de medicalização em psiquiatria piorou o prognóstico dos transtornos ditos psiquiátricos em nome de uma dita cronificação dos quadros.

Apesar da amplitude desse processo de medicalização e de psychologização que acompanham as discussões sobre saúde mental na atualidade conforme discutimos anteriormente, a captura do mal-estar, pelos sentidos psiquiátricos a ele atribuído, está longe de ser completa. Uma pesquisa do Datafolha divulgada em agosto de 2023 demonstrou que, apesar de parte significativa dos brasileiros entrevistados não se sentirem bem em alguns aspectos, poucos veem isso como um problema de saúde mental. Os dados apontam que três em cada dez brasileiros referiram que se sentem ansiosos, apresentam problemas com o sono e a alimentação de forma recorrente; um em cada quatro apresenta pouco interesse ou prazer em fazer as coisas e um em cada cinco tinham relatos de dificuldades de concentração. Em contrapartida, 7% é a proporção de entrevistados que avaliam a sua saúde mental como ruim ou péssima, enquanto 70% a avaliam como ótima ou boa e os demais acreditam que ela é regular¹³⁸.

A análise desses dados por alguns “especialistas” ouvidos pela mídia, em geral, relacionavam esse *gap* entre sintomas relatados e autopercepção de saúde mental como algo negativo, fruto do estigma sobre os problemas de saúde mental e falta de conhecimento da população. No entanto, entendemos que essa é uma estratégia dos processos de medicalização em curso na sociedade ao buscarem transformar muitas mudanças, que outrora poderiam ser vistas como compondo as variações da vida, em um diagnóstico, que em geral demanda a busca por profissionais especializados e, não raro, o uso de algum medicamento.

Moretto¹⁷ chama a atenção que muitas vezes a patologização serve como uma forma de não abordar o sofrimento, por isso é mais uma vez uma forma de não escutar o que o sujeito tem a dizer. Em outros momentos, claro, se recorre à medicação justamente porque se está escutando o sofrimento do paciente e considera importante que se faça algo com aquilo, ainda que isso implique lançar mão de uma das poucas alternativas que se tem ao alcance.

A medicação, no entanto, em muitos casos apresenta-se como a primeira e única solução para os problemas apresentados pelos usuários. Os acolhimentos realizados, em muitos momentos, de forma açodada; as agendas abarrotadas de pacientes para serem vistos em um tempo cada vez mais escassos transformam os pacientes em “batatas quentes” que

pulam na unidade rumo ao atendimento médico e dali até a farmácia com uma receita. A “hesitação” defendida por Dunker⁸⁸ como uma estratégia necessária à escuta poderia ser uma ferramenta importante às equipes diante desse “curto-circuito” que faz com que muitos pacientes sejam medicados sem que outras ofertas sejam tentadas. Cabem as perguntas: quantas consultas são realizadas antes de optar-se por medicar o sofrimento dos pacientes? Apenas uma é suficiente?

A adesão ao medicamento aparece na fala de muitos profissionais como um indicio medidor do sucesso ou insucesso dos casos:

Mas assim, no geral, os casos são bem-sucedidos, que a gente consegue dar vazão, por exemplo, as vezes, da pessoa, tem já os que usam contínuo a medicação, a gente agenda, por exemplo: “ah, eu tenho medicação só até a semana que vem, e a consulta é para depois disso”. A gente tem uma boa comunicação com os médicos, eles renovam a receita, antes, depois ele vem na consulta mais para ver como que está o quadro, mas acho que é isso, a maioria dos casos a gente consegue dar um bom desfecho assim (Enf01U01).

A centralidade dos medicamentos não parte apenas dos profissionais, mas é também compartilhado pelos usuários, que passam a demandar as medicações como o tipo de cuidado mais efetivo para os seus problemas, o que gera uma série de novos desafios para as equipes. Por outro lado, Terra¹³⁹, em uma pesquisa com médicos da APS de Campinas, encontrou que para alguns deles a receita é utilizada como forma de barganha com os pacientes, condicionando a liberação dela à adesão do usuário a alguma atividade proposta pelas equipes.

As receitas passam a ser um ativo importante na relação das equipes com os pacientes, condicionando todo um tipo de relacionamento e estruturando uma forma de atenção que vai produzindo uma série de arestas, inclusive sendo motivo para desentendimentos, atritos e até agressões entre pacientes e a equipe:

Eu acho que eu queria cobrar das enfermeiras, eu vou e falo: “-olha, fulana, esse daqui, vamos dar um jeitinho de colocar ele ali para fazer a receita dele, que é só a receita, que ele está sem dormir, depois a gente vai lá e vê com as psicólogas, com o pessoal, ele só quer um remedinho para dormir”. (TE01U02)

Aí teve um caso em que essa mulher, ela queria uma medicação renovada de, eram medicações que só psiquiatra na época estava renovando e a gente tinha um prazo de dez dias para renovar, só que ainda estava no sétimo e as medicações não estavam renovadas, a receita né, e quem tinha que falar com ela era eu né, era enfermeiro, porque tudo sobra para o enfermeiro, então eu

fui conversar com ela, expliquei, orientei que se ela achasse que precisava muito dessas medicações, naquele momento ela precisava procurar o pronto socorro ou procurar o CAPS porque lá teria assim a primeira escuta, né, e que a gente tem um prazo de dez dias, que a gente sempre orienta não esperar acabar a medicação para pedir para renovar, então estava tentando explicar e aí houve, ela, o não né, ela não se agradou e acabou me socando nas costas assim, caí no chão (...) (Co01U03)

(...) Tem muitos pacientes... eles vêm aqui, ontem mesmo logo, sete horas da noite uma paciente gritando, ela queria a receita dela para agora, ela queria para a hora dela, não é a hora que a gente consegue fazer e aí a gente tem que simplesmente abaixar a cabeça e aceitar, então aqui o paciente tem muita voz. (Med01U01)

Os casos de pacientes agressivos aparecem como uma das dificuldades mais comentadas pelos membros de todas as equipes, à frente vamos explorá-lo de forma aprofundada, mas por ora nos deteremos no quanto a receita é algo que se sobrepõe à relação médico-paciente, ganhando ela mesma um valor à parte. Não podemos deixar de pensar o quanto a equipe participa dessa criação, na medida em que faz da medicação não só a “pílula mágica”, no sentido de que vai resolver o sofrimento dos usuários, como também a principal, muitas vezes a única, oferta da unidade.

Kimatti Dias¹⁴⁰ aponta, também no campo da saúde mental, o quanto a redução da experiência de sofrimento mental a um transtorno psiquiátrico é um processo contemporâneo atrelado ao consumo enquanto fornecedor de um determinado lugar social e de uma identidade. O autor traz essa discussão tendo como pano de fundo a expansão dos diagnósticos de depressão nos últimos anos e o aumento no consumo de antidepressivos, destacando a Atenção Primária como um dos espaços onde essa expansão mais se fez notável.

Além disso, é importante assinalar o quanto a pandemia de Covid-19 e a contrarreforma psiquiátrica até então em curso no país serviram para impulsionar ainda mais os processos de medicalização social. Com a influência da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o endosso do Ministério da Saúde, difundiu-se a ideia de uma “quarta onda” em que haveria uma epidemia de transtornos mentais; como solução para esse crescimento de diagnósticos, mesmo reconhecendo causalidades sociais, a principal intervenção foi a venda de mais medicamentos à população. Garcia et al.¹⁴¹ identificaram que a suplementação orçamentária do Ministério da Saúde foi quatro vezes maior para a compra de medicamentos psicotrópicos quando comparados aos valores destinados à RAPS em 2020, o que aponta diretamente para a estratégia medicalizante encampada pelo Governo Federal.

Em nossa pesquisa, a centralidade da medicação se deixa ver mesmo quando não se está falando dela diretamente. Uma médica, ao ser questionada sobre os casos mais difíceis de

atender, relata que são os casos sem rede de apoio. Essa consideração é interessante, porque desloca a gravidade do sintoma do usuário para pensar na vulnerabilidade produzida pela falta de relações sociais e de cuidado. No entanto, o complemento do caso trazido por ela é de que a importância da rede de apoio fica reduzida ao auxílio com a medicação:

Acho que os casos mais difíceis são os casos que as pessoas moram sozinhas, porque não têm rede de apoio mesmo, né? Você não pode pedir para o familiar: “olha, você que vai dar o medicamento para a pessoa, então não vou deixar o medicamento com ela, você administra em tal horário e tal, fica contigo”. Não tem isso, né. Então para mim é difícil, o caso da pessoa que mora sozinha, que não tem nenhum familiar, nenhuma rede de apoio, às vezes nem igreja, não frequenta absolutamente nada que a gente possa pedir uma ajuda e aí isso complica (Med01U02).

O modelo médico-centrado termina também por produzir sobrecarga nos profissionais médicos, que são rotineiramente acessados pelos outros membros da equipe. Esses encaminhamentos muitas vezes reflete a dificuldade de as equipes lidarem com o sofrimento dos pacientes e falam a respeito da estratificação social do trabalho em saúde que permanece de forma intensa na atenção básica. Ao mesmo tempo, o número elevado de encaminhamentos, terminam por engessar a rotina dos médicos que passam a ter a agenda coberta na quase totalidade por atendimentos individuais, o que gera sobrecarga nesses profissionais:

(...) os funcionários demandam muito da gente como parte médica, né, então você vai ver que já, já vai bater alguém aí na porta; eles demandam muito, acho que fica... é muito pesado, eles sobrecarregam muito a gente, entendeu, não tomam decisões nenhuma. (Med01U01)

Há uma justificativa técnica que faz concentrar a avaliação da gravidade dos casos e dos posteriores encaminhamentos sob a responsabilidade médica? Quais os efeitos dessa decisão ficar concentrada apenas nos médicos? Alguns serviços realizam a discussão de casos de saúde mental nas reuniões ordinárias de equipe, que contam também com a presença dos profissionais de saúde mental, o que facilita a decisão compartilhada de seguimento por esses profissionais. No entanto, nem todas as equipes possuem o mesmo arranjo; em uma das unidades por exemplo, a discussão dos casos é realizada mensalmente em uma reunião de matriciamento específica, em que o médico costuma ser o principal representante da equipe. O envolvimento de outros profissionais no cuidado em saúde mental desponta como um desafio.

Dentre as experiências narradas, destacamos algumas que funcionam como produtora de desvios nessa lógica linear que tem o médico e o especialista em saúde mental ao final da cadeia e a medicação como oferta primeira. Uma das enfermeiras entrevistadas destacou a oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como uma alternativa que se utiliza para cuidados a alguns pacientes com componentes de saúde mental.

As PICs não aparecem exatamente como um cuidado específico em saúde mental, mas apontam para os profissionais um olhar ampliado para além dos aspectos físicos e/ou biológicos.

Mas tem outros casos de pessoas que se separaram, estavam muito tristes e eu só entrei com homeopatia e a pessoa melhorou bastante, sabe, não precisou de medicamento, um outro caso da pessoa que não queria de jeito nenhum tomar medicamento da área da psiquiatria e preferiu homeopatia, entrei com a homeopatia e melhorou bastante também, já nem voltou mais, está ótima, então esses casos foram bem sucedidos e tem outros casos que a gente entrou com medicação antidepressiva, e a pessoa melhorou e ainda está em uso e vem constantes conversar, e a gente percebe a melhora né. (Med01U02)

(...) eu sei que os problemas dela com relação a saúde mental a gente conseguiu retirar os medicamentos que ela estava tomando, a gente inseriu ela em práticas integrativas, ela mudou o estilo de vida dela, ela retomou a rotina própria, e disse que agora é dona da própria vida, o marido dela se quis maltratar ela, que vai maltratar para lá, porque ela já é dona da vida, eu acredito que foi um dos maiores sucessos porque eu consegui dar um norte para essa paciente, até onde ela poderia seguir, evitando várias outras coisas. (Med01U03)

As PICS contribuem de forma significativa para uma ampliação do olhar dos profissionais permitindo que considerem a fala do paciente para além da queixa, articulando a demanda de saúde com uma ideia a respeito do bem-estar geral.

(...) sou instrutora de movimento vital expressivo, e aí na minha cabeça todo mundo devia fazer aula de movimento vital, porque trabalha com as emoções, né, trabalha, não trabalha só o corpo, mas trabalha a mente, trabalha muitas coisas e eu vou buscando essas coisas, e aí dentro dessa formação é uma formação grande, eu fiz só uma primeira parte, mas tem como você trabalhar a partir do corpo questões emocionais, então eu acho que isso abriu um pouco também a mente, a cabeça em todos os olhares para perceber mais assim, algumas pequenas coisinhas que a gente acaba vendo aqui no acolhimento. (Enf01U02)

Tesser et al.¹⁴² identificaram diversas afinidades entre o campo da saúde mental, as PICs e a própria Atenção Primária à Saúde. Uma dessas afinidades é a crítica ao modelo

biomédico, centrado na doença e na remissão dos sintomas, mas há outras aproximações como o cuidado centrado no usuário, garantindo um olhar para as suas relações e contextos, uma abordagem comunitária, baseada em um cuidado culturalmente adequado, relações mais democráticas, além de uma abordagem emancipatória, com foco no “empoderamento” dos usuários. Para os autores, as três áreas buscam adotar estratégias desmedicalizantes, mas não estão imunes a elas.

As PICs aparecem como importante ferramenta para o fortalecimento dos cuidados em saúde mental na APS. Carvalho et al.¹⁴³, em uma pesquisa com 70 profissionais de diversas categorias atuantes na APS, identificou que a maioria deles (62%) identificaram que as PICs poderiam ser indicadas para questões emocionais, comportamentais e mentais, reconhecendo essa como uma importante ferramenta para auxiliar nos cuidados em saúde mental em serviços da APS.

O Caderno da Atenção Básica nº 34, dedicado à temática da Saúde Mental, dedica uma seção exclusiva às Práticas Integrativas, detalhando como algumas destas racionalidades trabalham as questões de saúde mental e quais técnicas utilizam. Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Fitoterapia e Plantas Medicinais são algumas das racionalidades elencadas pelo Caderno, demonstrando a amplitude das ofertas no âmbito das PICs para as questões de Saúde Mental.

Aguiar et al.¹⁴⁴ realizaram uma revisão sobre as PICs na Atenção Básica buscando publicações nos 10 anos posteriores à publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, ou seja, entre 2006 e 2016. Dentre os achados, as autoras destacaram que a insatisfação com o modelo biomédico levou os usuários a procurarem as PICs e autonomia dos usuários em procurarem esses tratamentos teria um poder de fazer com que se sintam mais responsáveis pelo próprio cuidado, por isso destacam que “as PICs favorecem a saúde mental e despertam o autocuidado”^{144:1216}.

As autoras também identificaram que a implantação das PICs nos serviços em geral se dá a partir de iniciativas individuais de alguns profissionais, carecendo de apoio e incentivo institucional. Também foi dado um destaque à necessária formação desses trabalhadores para evitar que se dê uma banalização ou se faça um mau uso desses tratamentos.

As PICs se apresentam com um grande potencial para ampliar as ofertas de cuidado pelos profissionais da APS, além de contribuírem para a construção de soluções não medicalizantes, ampliando a segurança dos profissionais e possivelmente ajudando-os a lidar melhor com as angústias. Em nossa pesquisa, no entanto, a presença das PICs nos serviços da APS se apresentou como dependente dos interesses individuais dos profissionais sem um

incentivo claro da gestão. Dado o seu potencial desmedicalizante e de aumento dos cuidados, acreditamos que a sua defesa possa ser também uma pauta dos movimentos que reivindicam a ampliação dos cuidados em saúde mental.

5.5 UM OLHAR PARA A PRÁTICA: OS CASOS EM QUESTÃO

Durante as entrevistas, buscou-se criar um ambiente amistoso que permitisse aos profissionais falarem sobre a sua relação com os atendimentos aos casos com componentes evidentes de saúde mental. Dentre os casos e as situações relatadas, percebeu-se uma visão ampliada a respeito do que seria os casos com componentes de saúde mental, englobando desde pacientes vítimas de violência ou mulheres que pensavam em abortar, passando por usuários psicóticos em crise, até pessoas com ideação suicida e usuários que fazem uso/abuso de substâncias psicoativas. Os primeiros achados apontam que os entrevistados não se limitaram a pensar nos casos “clássicos de saúde mental” como aqueles que são tomados como exemplos paradigmáticos da loucura, mas apresentaram uma visão ampliada.

Barros et al.⁵⁶, em um estudo realizado também com profissionais da ESF, identificaram que os trabalhadores reconhecem os transtornos mentais a partir de sinais e sintomas das doenças mentais, apontando para uma visão ainda pautada pelo modelo psiquiátrico tradicional; os profissionais ainda utilizam a autoagressividade e o cuidado e a conservação da própria casa para identificar usuários com questões de saúde mental. Os resultados que encontramos divergem em parte dos encontrados pelas autoras citadas, embora não tenhamos questionado diretamente aos profissionais para caracterizarem pacientes identificados como da saúde mental, mas sim relatos de casos com componentes de saúde mental.

Essa problemática aponta aqui também para a questão se seria possível separar casos que têm e casos que não têm componentes de saúde mental; a que tipo de sofrimento poderia se atribuir uma origem mental? As doenças, ditas físicas, não teriam repercussões psíquicas também? Como separá-las? A separação entre esses aspectos só é possível de forma didática e não sem consequências para a forma como as ofertas de cuidado se dão. Uma das profissionais entrevistadas sinaliza a forma como essas questões, na prática, aparecem muitas vezes de forma imbricada:

Acho que a gente sempre acaba acolhendo e a saúde mental ela está em todos, as vezes você está atendendo uma pessoa com diabetes e pressão alta

e ela tem esse momento de escuta, e isso já reflete em outros momentos de atendimento, então acho que a gente tem que estar sempre preparado para ter esse momento de escuta, de ver que o paciente ele é integral assim, que não é só a diabetes dele, ele é um ser com situações, contextos na sua casa e eu acho que isso faz a diferença assim no enfermeiro, de ter esse olhar, sabe, de ver que a pessoa não está bem. (Co01U03)

A escolha aqui de pensar em “casos com componentes de saúde mental” não se deu como forma de pensar que existem casos que não têm esses componentes, no entanto, acredita-se que em alguns casos o destaque a essas questões é mais relevante e em algumas ocasiões vão exigir cuidados prioritários. Por isso, seguimos afirmando que a consideração dos aspectos “mentais” deve se dar de forma transversal, evitando por um lado a sua negligência e do outro a sua supervalorização.

A diversidade de demandas reconhecidas pelos profissionais como detentora de uma interface com o campo da saúde mental exige também o reconhecimento dos desafios implicados na formação desses profissionais para garantir um atendimento adequado e resolutivo a essas questões. Emerich et al.^{145:4} apontam que “a intensidade do encontro com a loucura; e o contato direto com muitas situações de vulnerabilidade, violência e violação de direitos constituem-se em aspectos cotidianos a serem encarados por profissionais” e justamente por isso é preciso pensar em uma formação vasta que amplie as possibilidades de atuação diante dessas situações complexas, tendo o cuidado integral como um horizonte.

5.5.1 Os casos mais difíceis de atender: crise e agressividade em questão

Buscando explorar as dificuldades práticas apresentadas pelos profissionais, questionamos diretamente sobre os casos mais difíceis de atender, considerando que a partir de situações concretas, poderíamos observar as dificuldades pessoais, estruturais e possíveis dificuldades advindas da formação. O espectro dos casos difíceis foi bastante amplo e apareceram diversos matizes.

Dentre os casos difíceis mais citados, destacamos aqueles em que há situações de violência:

Tá, os que eu considero mais difíceis assim, no meu ponto de vista, são aqueles casos aonde envolve violência, sabe, assim, existem casos que a gente vê na televisão e tudo, e fala não, isso aqui, isso não vai acontecer aqui, digamos, e acontece, e acontece (...). (Med01U03)

Olha, eu digo isso assim, dificuldade que eu vejo, né, os pacientes, principalmente quando é criança que teve abuso sexual, que o trauma é bem complexo, é difícil de lidar, inclusive nós profissionais lidarmos porque a gente pensa no caso dos nossos filhos, parentes, então eu acho que para mim, o mais difícil seria o infantil por abuso, tá. (TE01U03)

A evocação dos casos de violência dentre os casos que pertencem ao campo da saúde mental ressoa de forma interessante. Isso aponta para o fato de os profissionais não terem uma visão restrita sobre quais seriam os casos com componentes de saúde mental, reduzidos a um diagnóstico psiquiátrico, mostrando a sua amplidão na direção das questões sociais. Os casos de violência muitas vezes bagunçam os modelos de explicação que utilizam uma lógica de causalidade linear, colocando em questão a racionalidade médico-científica¹⁴⁶; esta é uma das aproximações possíveis entre esses casos e aqueles classicamente reconhecidos como pertencentes como da saúde mental.

Dentre as falas evocadas, uma delas especifica que é pela via da identificação, através da comparação com a própria vida, que se manifesta parte das dificuldades no atendimento a esses casos. Guedes et al.¹⁴⁷ também apontam que os casos envolvendo crianças e violência são evocados com frequência pelos profissionais da APS como sendo aqueles mais complexos e mais difíceis de lidar. Dentre os desafios encontrados, os autores ressaltam o receio de envolvimento emocional e de julgamentos morais e os impactos pessoais gerados pela proximidade com as situações de vulnerabilidade, o que termina por dificultar a criação de estratégias de cuidado e proteção para os casos.

Ao analisar os dados, cabe observar também que os casos de violência foram evocados principalmente pelos profissionais que trabalham no Centro de Saúde situado na região mais periférica e vulnerável da cidade (Índice de Vulnerabilidade Social V), indicando que possivelmente a localização do serviço impacta no tipo de demanda atendida pelos profissionais e consequentemente nas dificuldades que aparecem.

Também no campo dos casos mais difíceis de atender aparecem com importante destaque os casos dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e/ou em crise:

Ah, eu acho que as pessoas que tem esse quadro mais, tipo, esquizofrenia, que é mais psiquiátrico para mim, sabe, porque sei lá, eu não sei muito bem né, conversar e falar, tem uns pacientes aqui que eles vêm, quero tomar meu Haldol, quero tomar isso, quero aquilo, mas é difícil você conversar com aquela pessoa, eu sinto mais dificuldade, dos pacientes que tem mais a parte da psiquiatria mesmo né, e também assim (...). (TE01U02)

Ah, o mais difícil é quando ele está, vamos dizer assim, em surto, até porque é mais difícil a gente controlar numa conversa, em alguns casos quando

chega bem alterado, as vezes até com tremores, sabe, você vê que a pessoa não está nem consciente, eu diria, está até fora de si, sabe, bem perturbado, vamos dizer assim, em surto mesmo, ela não te ouve tanto, até porque a gente nem sabe o que dizer exatamente para a pessoa, eu acho que o mais difícil é nessas situações, até quando a pessoa não consegue nem falar, nem se expressar exatamente, você vê só aquela situação de tremor, de, em surto mesmo assim, sabe, que seria mais, teria que medicar para a pessoa acalmar para ela poder até se expressar para a gente saber exatamente o que está acontecendo, e nem muitas vezes ela sabe dizer o que está acontecendo, quando está em surto, acho que seria mais nessas situações assim mais difíceis de atuar, e a gente não sabe, a pessoa não consegue nem conversar com você. (Enf01U03)

Os profissionais apontam que parte dos desafios encontrados no manejo desses casos estão relacionados à dificuldade de diálogo, já que “as crises” no geral são reconhecidas pela dificuldade do manejo verbal, embora em muitos casos esse pode ser o principal recurso para evitar o agravamento das situações. Os casos dos pacientes em crise e dos pacientes vistos como “agressivos” e “reivindicativos” em alguns momentos se misturam e são vistos como sinônimo; os profissionais se perguntam se todos esses casos poderiam ser vistos como casos de saúde mental:

Ah, eu fico, faz muito tempo que eu não pego nenhum caso assim, mas eu fico meio receosa até com um pouco de medo, quando assim a pessoa no surto, sabe, de assim, quando ela está muito nervosa, agressiva, mas faz muito tempo que eu não presencio essas situações, mas eu acho que é mais, mais nesse sentido de, que eu acho mais difícil ou quando a pessoa tem, igual, aqui tem uns pacientes que tem um perfil assim, elas são o jeito que elas falam assim, falam um pouco mais alto, mais ríspido, então, mais firme, aí acha que a pessoa já está intimando e aí uma coisa que era, que assim, era você sentar e escutar o que está acontecendo vira uma coisa muito... (Enf01U02)

(...) porque aqui eu não sei nem se chega a ser parte de saúde mental, mas aqui a gente vê aqueles pacientes barraqueiros também, sabe, então assim, as vezes, nem é questão de saúde mental, as vezes a gente não sabe como lidar porque as vezes eles fazem coisas que a gente fica meio... mas a gente vai se igualar a eles né, então tem pessoas que eu vejo que as vezes fica xingando o paciente assim, xingando, discutindo de igual pra igual – “gente, vocês são os profissionais, eles são os pacientes”- então assim, acho que algumas pessoas tem mais essa dificuldade também, talvez de não se, tentar não se exaltar, independente do que a pessoa te falar, né. (Enf01U01)

No manejo dessas situações, muitas vezes os profissionais se sentem pessoalmente “provocados” e por isso passam a responder de um lugar que não é profissional, assumindo posturas reativas e devolvendo a agressividade dos pacientes muitas vezes com mais agressividade. Nesse caso, gostaríamos de retomar o apontamento para os profissionais da

necessidade de escutar para além do que está sendo dito, não tomando as palavras “ao pé da letra”, como recomenda Onocko-Campos^{148:133}, isso ajudaria que os “xingamentos” possam ser ouvidos para além do teor ofensivo, evitando que as situações descambem para ataques mútuos. Não se quer com isso estimular uma cultura de impunidade ou tolerância a situações de violência, o que faz reconhecer que muitas vezes será preciso enfrentar essa questão não apenas pela via do cuidado, mas também judicial ou da segurança pública.

Vieira¹⁴⁹ retoma algumas contribuições de Tom Main, institucionalista inglês, para subsidiar algumas questões que aparecem na APS. De acordo com Vieira, o psiquiatra e psicanalista britânico em um artigo intitulado *The Ailment* analisou uma investigação levada a cabo no Hospital Cassel, em que se discutiu em equipe casos que tinham sido considerados um fracasso. O autor inglês identificou que os 12 casos discutidos provocavam uma “dinâmica transfero-contratransferencial semelhante, levando a equipe a dividir-se entre: (a) os que avaliavam que o paciente precisava de cuidados ‘especiais’; e (b) os que questionavam a pertinência de tais cuidados ‘especiais’.

Vieira¹⁴⁹ cita um caso atendido na APS em que uma dinâmica semelhante teria se produzido entre os profissionais da equipe, que rapidamente se dividiu entre: (a) os que tinham convicção de que o paciente era manipulador; e (b) aqueles que tinham certeza de que era um caso grave e que precisava de cuidados urgentes. O autor demonstra que o desenrolar do caso capturou essa divisão da equipe e daí deriva a importância de a equipe colocar suas próprias relações intersubjetivas em análise.

Castanho¹⁵⁰ retoma os conceitos de “homologia funcional” e “homologia patológica” como fundamentais para pensar o trabalho nas instituições e retoma Bleguer para pensar um tipo de sofrimento que se transmite dos casos à instituição e aos profissionais, mas acrescenta as contribuições de Jean Pierre Pinel ao considerar que essas questões podem alavancar um processo terapêutico institucional. Entendemos que aqui a noção de sofrimento como algo “contagioso”⁸⁷ ganha contornos institucionais importantes para pensar as dinâmicas de trabalho e posições adotadas pelas equipes.

Para Castanho¹⁵⁰, a contribuição de Pinel foi pensar para além dos casos clássicos de psicose e na clivagem como um efeito sobre as equipes, mas estender isso para outros cenários, considerando que há diferentes mecanismos psíquicos em jogo, conforme a população atendida. Pinel, que trabalhava com adolescentes, postulou que eles diante da dificuldade de representarem suas questões psíquicas, passavam ao agir, o que convocava a equipe a “contra-agires”. O autor francês faz uma aposta importante de que quando as equipes

conseguem colocar esses atos em discussão, abre-se um espaço para a compreensão dos aspectos ligados aos casos, o que favorece o processo terapêutico dos usuários.

Podemos identificar que a dúvida colocada pela equipe se os casos de pacientes são ou não de saúde mental significa também perguntar se os agires deles são ou não justificáveis? Há uma desconfiança das equipes em relação a esses casos; os pacientes que padecem de não conseguirem conter em si o conflito terminam por provocarem isso nas equipes e na relação com elas. Onde deveria haver sustentação, há desconfiança e dúvida.

A questão do controle e da imprevisibilidade parecem ter forte relevância na determinação das dificuldades apresentadas pelos profissionais. Ao mencionar os casos em que teria mais dificuldade, uma das entrevistadas aponta para os pacientes reivindicativos, alegando que os pacientes não sabem o que querem ou que querem tudo na hora:

A gente oferece vaga, a gente oferece; aí eu tento conversar com o paciente, eu explico, daí eu pego, agora como a gente tem o sistema, antes eu pegava no prontuário mesmo eu falava: ó você faltou aqui, olha quantas você faltou, você não estava presente. Então assim a gente ofertou: por que você está reclamando? Você teve a oferta e você não veio, você não quis procurar o atendimento, né? Então sempre tinha uma desculpa: aí eu fui viajar, aí eu não vi o telefone, ele sempre vem com a resposta na ponta da língua, né? Mas eu tento, quando vem 156 a gente sempre tenta agendar para semana seguinte e mostrar, tentar explicar para o paciente o que está acontecendo, tentar entender o que é a queixa dele porque as vezes esse paciente da saúde mental, ele nem sabe direito porque que ele está reclamando né, eles, tem muitos que reclamam, reclamam porque querem a atenção para eles, muitos têm muito disso de atenção, então a gente acaba ofertando para eles, oferece grupos, oferece de tudo, mas... (Med01U01)

Essa fala aponta para uma importante dificuldade no manejo verbal aos pacientes de saúde mental, ao mesmo tempo em que os define como pessoas incapazes de saberem o que precisam e de negociarem. A dificuldade de comunicação se estabelece e a assimetria no poder não raro leva os usuários a ficarem mais reivindicativos. Uma outra dimensão que esse relato aponta, no entanto, é a posição difícil em que a equipe se encontra na gestão de alguns recursos escassos da APS como a consulta médica, já que esse tipo de atendimento é ofertado muitas vezes como a única forma de cuidado. Este arranjo pode produzir na população um desejo apenas por esse recurso, o que permite tomar essas situações em parte como coproduzidas pelas próprias equipes.

Apesar disso faz-se necessário entender também essas situações como potencialmente estressoras no cotidiano das unidades de saúde, gerando muitas vezes adoecimento e afastamento dos profissionais. Situações como essas foram trazidas por profissionais das três

unidades de saúde como sendo a situação mais difícil de lidar no cotidiano. Muitas vezes, no limite, essas cenas envolvem agressões verbais e/ou ameaças aos profissionais. Uma dificuldade que aparece com frequência nas narrativas dos profissionais é tomarem “a população” do Centro de Saúde como um bloco homogêneo, no geral envolvidos em uma série de julgamentos morais, tais como: “pacientes folgados”; “mal-acostumados”; e “querem tudo na hora”.

Essas operações por parte da equipe, em geral, dificultam que as demandas dos usuários possam ser singularizadas e traduzidas como um elemento do caso. Isso termina por produzir uma oposição entre profissionais e usuários dos centros de saúde, um “nós x eles” que amplia ainda mais as tensões e não permite que as equipes pensem o cuidado dos usuários para além das queixas que trazem e/ou das reivindicações que apresentam. Não se trata só de responder às demandas dos usuários abaixando a cabeça ou assumindo uma postura subserviente, mas é preciso também, de algum modo, ir além da queixa, entendendo que situações como essa podem demandar uma discussão de caso, ampliando o olhar da equipe para tais pacientes. Em geral, quando o usuário assume uma postura mais reivindicativa, a equipe tende a se afastar dele, o que quase sempre amplia o desencontro na relação de cuidado. Talvez o que esses usuários precisassem fosse de mais proximidade.

A dica de Onocko-Campos¹⁴⁸ sobre uma escuta que não deve ser “ao pé da letra” poderia funcionar como um antídoto contra a reação imediata das equipes que revidam os desrespeitos e as agressões verbais dos usuários. O deslocamento sobre o sentido do que está sendo dito não se dá sem um deslocamento da própria posição ocupada pelo profissional para que não se sinta pessoalmente ofendido com qualquer que seja a conduta do paciente. Entender que “não é pessoal, não é sobre você” poderia permitir manejar a situação e não apenas reagir a ela.

A recomendação para o manejo dessas situações passa muitas vezes por identificar os profissionais que tenham um melhor vínculo com o usuário para facilitar a abordagem e a aproximação, no entanto, isso nem sempre é possível. Mas acreditamos também que a saída encontrada a essas situações pode funcionar como um marco na redefinição das relações dos usuários com as equipes e isso pode produzir vínculos respeitosos e de confiança, ou seja, essas situações podem ser “geradora de bons vínculos”.

As recomendações sobre o manejo de pacientes agressivos ou potencialmente agressivos apontam para a necessidade de um pronto-atendimento; como forma de evitar o escalonamento da agressividade e a piora da situação:

Ao menor indício de hostilidade ou agitação, o paciente deve ser imediatamente avaliado, mesmo que isso implique em interrupção de outra atividade clínica ou desconsideração quanto à ordem de chegada para atendimento. Quanto mais cedo o paciente for abordado, menor é o risco de concretização do comportamento violento. Sempre que possível, um paciente agitado ou potencialmente agressivo deve ser rapidamente acomodado em uma sala mais reservada, evitando-se, assim, a exposição de outros pacientes e acompanhantes à situação de risco.¹⁵¹

Essas recomendações, no entanto, geram sentimentos ambivalentes na equipe, que acreditam que muitas vezes os pacientes fazem isso para obterem o que querem com rapidez, desobedecendo os fluxos e regras da unidade. Produz-se um desencontro entre usuários e profissionais, com trocas de acusações que sustentam o mal-entendido e fazem da agressividade um meio a partir do qual o encontro se faz inevitável, ainda que não seja da forma mais adequada.

Essa poderia ser uma contribuição do campo da Saúde Mental ao cuidado geral dos pacientes da APS, já que esses pacientes “reivindicativos” nem sempre são “casos de saúde mental”. Em muitos momentos, os profissionais tomam as reivindicações e movimentos dos usuários como tendo um sentido unívoco e claro, não admitindo ambivalências e/ou outros sentidos não manifestos para os comportamentos apresentados. Tal postura termina por agravar o embate entre a equipe e usuários, não permitindo que a equipe saia da postura de “refém” dessas inúmeras reivindicações ou se veja “subserviente” a elas.

Não, na verdade o que eu já aprendi já aqui é que esse paciente reivindicativo, esse paciente ameaçador, a gente tem que abaixar a cabeça e fazer o que eles querem, infelizmente, tanto é que eu estava afastada por conta disso né, eu sofri uma ameaça muito grande aqui e aí eu ia ajudar a paciente, na verdade, mas eles não conseguiram, não tiveram esse atendimento e aí fui ameaçada de morte inclusive, então assim, me afastei por um tempo e aí estou tentando voltar agora mas então a gente tem que simplesmente aceitar. (Med01U01)

Os aportes do campo da saúde mental para a APS podem e devem ir além do cuidado ofertado aos pacientes com algum sofrimento manifesto e/ou diagnóstico. As situações que envolvem conflitos entre trabalhadores e usuários, com potencial risco de violência são cada vez mais frequentes no cotidiano dos serviços. São muitas as notícias que envolvem agressões

a profissionais nos centros de saúde na cidade² e a maioria dessas situações são vistas apenas do ponto de vista da segurança pública. As reivindicações do controle social municipal, apesar de reconhecerem a complexidade das situações, consideram como pedidos mais urgentes as “câmeras de vigilância” e a “Guarda Municipal mais próxima dos serviços”¹⁵².

Não se trata de negar a face da questão que está ligada à segurança pública, no entanto é preciso ir além e propor discussões que permitam às equipes se questionarem sobre esses casos e o quê da dinâmica desses pacientes pode interrogar os profissionais a respeito dos manejos, fluxos e limitações dos serviços.

Em outubro de 2023, a Prefeitura de Campinas instituiu, através do Decreto Nº 22.989, de 10 de outubro de 2023, um *Comitê Permanente de Orientação e Prevenção à violência praticada por Usuários contra Servidores Públicos da Saúde no âmbito da Administração Municipal*, com a participação de representantes das Secretarias Municipais de Saúde, de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas e também da de Segurança Pública¹⁵³. Embora ainda não se saiba os desdobramentos práticos nem as propostas desse comitê, em nossa opinião ele reforça a magnitude do problema apontado pelos trabalhadores entrevistados.

Scherer et al.¹²⁵ referem que os embates com os usuários são reconhecidos pelos profissionais como muito exaustivos e desgastantes, vistos como um dos principais fatores na produção de sobrecarga no trabalho. Os autores identificam que parte da origem dessas situações difíceis estariam no desencontro entre um modelo antigo, centrado na doença, e um novo modelo de atenção preconizado, o que termina por produzir filas e negativas de consultas ou atendimentos aos pacientes, o que seria uma das causas dos conflitos entre profissionais e usuários.

Gehring Junior et al.¹⁵⁴ identificaram que a insatisfação dos usuários, atrelada à carência de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e capacidade de atendimento aquém da demanda são as principais causas do aumento da carga psíquica de trabalho entre profissionais da APS. De acordo com Scherer et al.¹²⁵ quando essa insatisfação se manifesta através de agressões e desrespeito, ofensas verbais, humilhações e discriminações, isso pode contribuir para o agravamento da saúde mental dos profissionais. Kaiser et al.¹⁵⁵ referem que a facilitação do acesso para os usuários e uma boa integração da equipe podem funcionar como elementos atenuantes das situações de agressividades na Atenção Primária.

² “Técnica de Enfermagem é agredida por paciente em posto de saúde de Campinas” (<https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2023/06/06/tecnica-de-enfermagem-e-agredida-por-paciente-em-posto-de-saude-de-campinas.ghtml>); “Agressão a enfermeira gera mobilização em centro de saúde de campinas” (<https://horacampinas.com.br/agressao-a-enfermeira-gera-mobilizacao-em-centro-de-saude-de-campinas/>).

Em que pesem as dificuldades relatadas pelos profissionais, alguns deles também trazem exemplos de manejos com esses pacientes que são retratados pelas equipes como casos graves:

E um caso que eu vejo de sucesso é o [nome do paciente], o [nome do paciente] é um usuário esquizofrênico que a gente tem há muitos anos aqui e o pessoal relata que há muitos anos atrás ele vivia em crise, vivia agressivo, né, de tirar a roupa na rua e hoje ele frequenta a unidade, todo mundo conhece pelo nome, já sabem do comportamento dele, já sabem o que a gente tem que fazer para não deixa-lo triste. Então, ele sempre vem aqui fazer as mesmas coisas, que é pedir um copo 3 vezes de água, entrar na vacina, ir na recepção, então ele já tem um trajeto, então a equipe já sabe lidar com isso, atende ele bem, conversa e ele vai feliz assim, acho que esse é um caso de sucesso que eu me lembre. (Co01U02)

Tanto que nem, por exemplo, teve um caso, uma paciente estava na crise, aqui na unidade, o médico queria que fizesse a medicação intramuscular ou Haldol, Diazepan, não me recordo e a paciente não queria aceitar né, mas ela chegou até a agredir verbalmente uma enfermeira né, e daí eu presenciei isso daí né, e era uma senhora já, aí eu entrei na conversa e falei não, vamos conversar só eu e você, e afastei um pouco a enfermeira, falei, vamos lá, vamos conversar o que está acontecendo, o que você está precisando, porque você está brava assim, porque você não quer tomar o remédio, aí a abordagem que eu fiz, querendo escuta-la, sem querer forçar nada, ela já veio ao meu encontro, aí ela se abriu um pouco comigo, falei, toma o remédio para ajudar essa parte sua, essa crise que você está, vamos lá, a gente faz, faz no seu tempo sem problema nenhum, a gente espera você se acalmar se você quiser, o a gente fala passo a passo como a gente está fazendo, você pode estar olhando, aí no fim acabou aceitando a medicação, mas teve que, por mais que estava na crise, teve que ter uma abordagem muito mais assim, como fosse, paternal, digamos assim, tentando convencer sem fazer com que forçasse ela, que quanto mais você tentasse forçar a querer, falar para ela, mais ela recuava né, então trouxe ela para junto de mim para depois alcançar meu objetivo. (TE01U03)

Esses relatos são importantes porque ajudam a compreender que mesmo sem uma capacitação específica para o manejo desses casos ou situações, os profissionais em muitos momentos terminam por desenvolver um saber e uma expertise que permitem operar no cotidiano mesmo em situações difíceis e complexas. Tal reconhecimento revela uma disposição por parte de alguns profissionais em realizar o manejo desses casos, contrastando com os relatos de outros que “nada querem saber do assunto”; é preciso valorizar o conhecimento que se constrói no cotidiano, ou seja, um certo “saber da experiência”.

A magnitude dessas situações nos chamou a atenção considerando que os relatos sobre pacientes agressivos e a dificuldades das equipes no manejo desses casos aparecem nos três

centros de Saúde. Uma das coordenadoras, propõe como tema de capacitação a abordagem dos pacientes em crise e daqueles que “elevam a voz”:

Eu acho que se abordassem mais sobre o tema os profissionais terem mais a teoria para se sentirem mais empoderados eu acho que ajudaria bastante, eu acho que talvez a equipe estar mais capacitada para agir no momento de uma crise, por exemplo... falar assim: esse é exatamente esse a passo a passo que a gente tem que se fazer caso aconteça uma elevação de voz, por exemplo. Talvez o profissional se sinta um pouco mais seguro. Que é algo que a gente tem trabalhado com o CAPS para nos ajudar com isso. (Co01U02)

Kaiser et al.¹⁵⁵, analisando situações de violência sofridas por profissionais da APS, vão sugerir como uma saída para essas situações justamente a capacitação dos profissionais no formato de educação permanente e também dão sugestões quanto ao manejo verbal dos profissionais, que deveriam evitar o uso de negativas diretas aos pacientes. Além disso, também apontam a necessidade de mudanças nas formas de organização dos serviços, facilitando o acesso, dando mais informações aos usuários e ampliando a transparência.

A necessidade do manejo a pacientes agressivos está prevista na “Matriz de competências em medicina de família e comunidade”¹⁵⁶, onde se lê que o médico de família e comunidade deve “dominar a abordagem centrada na pessoa para situações especiais”, aí incluído situações envolvendo “pacientes agressivos”. Apesar disso, em nosso entender, essa questão ainda tem merecido pouca atenção na formação dos profissionais e também nas discussões cotidianas e consideramos ser um campo importante de interseção entre a saúde mental e a Atenção Primária à saúde.

Não é incomum encontrarmos cartazes nas unidades de saúde da cidade (poderíamos dizer também Brasil à fora?!) parafraseando o Artigo 331 do Código Penal, que afirma que: “Desacatar funcionário público no exercício da função ou em razão dela é crime, com pena de detenção de seis meses a dois anos, ou multa”. Na maioria das vezes colocados ali como forma de inibir uma possível reação agressiva ou desrespeitosa por parte dos pacientes, esses cartazes parecem não produzirem efeitos nestas situações, mas mais uma vez aponta para a tentativa de resolver isso por uma via outra que não a do cuidado, nesse caso a via judicial.

A magnitude dessa questão é apontada na literatura já há algum tempo. Kingman¹⁵⁷ já apontava o tema da violência no local de trabalho entre profissionais de enfermagem como uma questão com ares de epidemia. Pesquisas dos Conselhos Regional de Medicina e do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, em 2017, identificaram que 75% dos profissionais de ambas as categorias já haviam sofrido agressão no ambiente de trabalho,

sendo os casos de violência verbal os mais prevalentes, seguidos de agressão psicológica e física; a pesquisa identificou também que a maioria dos casos de agressão acontecem no Sistema Único de Saúde¹⁵⁸.

Passados mais de 7 anos da divulgação dos resultados dessa pesquisa, poderíamos considerar que hoje esses números devem ser ainda maiores, sobretudo se considerarmos o cenário da pandemia e do pós-pandemia. Em uma pesquisa com profissionais da Atenção Primária à Saúde de Campinas, Rosa-Cómitre et al.¹⁵⁹ identificaram uma mudança significativa na relação com os usuários entre o primeiro e o segundo ano de pandemia. Enquanto no primeiro ano os profissionais sentiram uma melhora na relação com os usuários, em parte incentivada pela atmosfera construída pela mídia que passou a reportar os profissionais de saúde como “heróis”, no segundo ano houve uma importante deterioração da relação, o que fez aumentar os casos de violência contra os profissionais, provavelmente incentivada por um contexto de aumento da demanda e precarização dos serviços; em um ano os profissionais se transformaram de “heróis” em “vilões”. Importante ressaltar que o aumento dos casos de violência contra profissionais de saúde no contexto da pandemia também foi identificado em outros países como Reino Unido e Itália^{160,161}.

Associados ao campo dos pacientes em crise, mas separados na classificação psiquiátrica, os casos com ideação suicida também se destacam no relato dos profissionais:

Eu acho os mais difíceis assim, eu acho os de depressão mesmo, aquela depressão grave que tem alguns pacientes que tentam mostrar para a gente que está tudo bem, no fundo a gente sabe que não está e ele não consegue se abrir a gente não tem aquele manejo de saber como perguntar, de como aprofundar para poder tirar essa parte da depressão dele, esses pacientes normalmente vêm com muita tentativa de suicídio, então a gente fica com medo de passar medicação, deixar a medicação sem ter a disposição desses pacientes, a parte da depressão eu acho mais difícil (...) (Med01U01)

Referente à saúde mental, recentemente a gente teve uma tentativa de suicídio aqui, uma paciente na verdade, que ela tentou até várias vezes, e aí depois de muito, ela vive aqui com dores crônicas, mas nós achamos que essas dores dela é relativo ao emocional, e ela tentou suicídio aqui dentro, aliás, teve um dia que ela veio e já tinha tomado medicação em casa, tomou várias medicações, chegou aqui, foi atendida, porém, saiu com o SAMU, outro dia ela veio, estava passando com a psicóloga regularmente, semanal, acabou de sair da consulta com a psicóloga, falou para ela que não estava se sentindo muito bem e a psicóloga encaminhou ela para o acolhimento, enquanto ela aguardava a gente chamar, ela foi lá no banheiro e tomou um montão de medicação, então assim, é muito difícil esse caso em específico porque ela é uma paciente que assim, além da parte da demanda de saúde mental que ela tem, ela tem um componente familiar, um histórico bem ruim, sabe, desde a infância, uma infância muito sofrida, e aí assim, a gente não sabe como que ajuda porque ela não tem boa relação com os filhos,

única rede de apoio, por exemplo, é o parceiro dela, e assim, tem uma dificuldade financeira também envolvida, aí a gente fala que meio a gente se sente de mãos atadas porque assim, não é só a questão de saúde mental dela né, é de uma maneira geral né, igual quando ela estava aqui, o pessoal tentou ligar para os filhos, ninguém apareceu. Então é bem complicado assim a gente não saber o que fazer, ou as vezes até sabe o que faz, mas a gente tem, parece que tem alguém amarrando as mãos da gente assim, a gente não consegue fazer muita coisa pelo paciente, eu acho. (Enf01U01)

Esses casos são citados como difíceis pelo seu caráter imprevisível e por apontar a insuficiência de intervenções centradas na medicação, exigindo da equipe outros cuidados. A análise das dificuldades relatadas busca apontar os limites encontrados pelas equipes na prática de cuidados. Em geral, como a medicação se apresenta como principal oferta de cuidado, as dificuldades se manifestam quando outras intervenções são exigidas.

Parte das dificuldades relatadas pelos profissionais, no entanto não são exclusividade dos serviços da APS. Os casos com ideação ou tentativa de suicídio são uma importante questão para os profissionais de saúde em geral, nos mais diversos níveis de atenção e muitas vezes apontam não apenas as limitações técnicas dos profissionais, mas também das ofertas terapêuticas.

Botega¹⁶², ao analisar a experiência de profissionais da enfermagem de um hospital geral diante do suicídio, observa que para capacitar as equipes de saúde seria necessário não apenas treinamento, com informações técnicas, mas antes disso lançar um olhar mais detido sobre sentimentos e atitudes dos profissionais diante desses pacientes, pois em algumas situações isso pode bloquear a capacidade das equipes de se aproximarem dos casos.

Antes de propor um treinamento aos profissionais de um hospital, por meio de um questionário, o autor verificou que apenas 17% dos profissionais (em uma amostra de 317) relataram ter preparo para lidar com pacientes potencialmente suicidas. Apesar do baixo número inicial, a pesquisa desenvolvida pelo autor demonstrou que os trabalhadores que foram capacitados apresentaram mudanças positivas no campo ligado aos Sentimentos e Capacidade Profissional, de acordo com a escala (Suicide Behavior Attitude Questionnaire - SBAQ)¹⁶². Tais estudos indicam a necessidade de que esse tema seja mais amplamente trabalhado entre os profissionais de saúde, podendo funcionar, dada a sua delicadeza e complexidade, como uma oportunidade para a introdução de outras formações em saúde mental.

De algum modo, o tema da violência atravessa a maioria dos casos difíceis citados e retratados aqui. Sejam as vítimas de violência, sejam os que ameaçam serem violentos ou aqueles que pensam ou tentam uma violência contra si mesmos. Todas essas situações têm em

comum um certo chamado à paralisia ou ao silenciamento, porque são atravessadas por um certo “tabu”. Por mais difíceis que elas possam parecer, não há outra saída que não a de fazer delas matéria-prima para o aprimoramento do manejo, dos processos de trabalho e das práticas em geral, para isso as discussões em equipe são um recurso fundamental para que as “homologias patológicas” possam ser transformadas em “homologias funcionais”¹⁵⁰.

Todas essas situações envolvendo agressividade e violência tem um potencial importante de gerar medo nos trabalhadores e alimentar estigmas e preconceitos contra os usuários de saúde mental, apesar dessas agressões poderem vir de qualquer pessoa¹⁵⁵. Como vimos na seção dedicada à formação e também naquela dedicada ao atendimento médico-centrado, experiências como essas envolvendo agressão podem ser traumáticas para os profissionais, contribuindo para alimentar um desinteresse pelos casos de saúde mental que passam a ser vistos como uma coisa só. O medo e a paralisia aparecem como elementos que devem ser combatidos ao impedirem que os profissionais realizem atendimento aos casos de saúde mental e dificultem as discussões em torno desses casos.

Os problemas ligados à violência e à agressividade parecem trazer à tona um pressuposto que muitas vezes é pouco questionado no campo da saúde coletiva, principalmente nos estudos ligados à “humanização” e mesmo no campo da saúde mental, que é a ideia de que o ser humano é essencialmente bom e por isso bastaria orientá-lo e educá-lo para exercer a sua bondade¹²¹. A violência irrompe na cena para comprovar que a bondade não é inata e não está garantida em nenhum lugar, mesmo no campo dos cuidados em saúde.

5.6 EXPERIÊNCIAS E CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

As experiências e as características pessoais quase sempre são desconsideradas nas avaliações dos cuidados em saúde prestados. De maneira geral, o paradigma biomédico pressupõe um operador investido de neutralidade, embora na prática isso não aconteça exatamente dessa maneira. As experiências pessoais dos profissionais quase sempre comparecem na prática de cuidado, embora raramente tenham recebido atenção mesmo dentro dos paradigmas alternativos ao modelo biomédico, como é o caso da Saúde Coletiva.

Onocko-Campos⁵⁵ faz o indicativo de que há poucos estudos que buscam analisar “esse sujeito que um dia se transformou, por obra da academia, ou da vida, em um trabalhador de saúde”. O reconhecimento de que os profissionais trazem consigo valores e características pessoais que interferem no modo como desenvolvem o seu trabalho como apontam Hirdes et al.⁴⁵, é um dos pontos centrais que motivou esse ponto da nossa investigação. Além disso, as

autoras também salientam que o trabalho com a Saúde Mental requer flexibilidade e uma abertura para a aprendizagem, questões que estão ligadas às características pessoais dos trabalhadores.

A ideia de explorar os aspectos pessoais e subjetivos dos trabalhadores, envolvendo as suas características e as experiências de vida ou profissionais anteriores, surgiu como uma necessidade diante das dificuldades e mesmo da ausência de formação dos profissionais generalistas no campo da saúde mental apontada pela literatura especializada. Pode-se pensar até que que ponto a falta de uma formação específica faz com que os trabalhadores operem mais frequentemente a partir de suas características pessoais, ou seja, do seu próprio jeito, mas também deve-se considerar que entramos no âmbito das “tecnologias leves”¹⁶³, onde boa parte dos protocolos não chegam e os trabalhadores são convocados a agir a partir de um saber próprio e singular a respeito da subjetividade e dos casos com predomínio dos componentes de saúde mental.

Nessa linha que propomos, Fonseca¹⁶⁴ reforça que o trabalho em saúde e os atos de cuidado necessitam da história, das habilidades e da capacidade criativa dos trabalhadores para organizar os processos de trabalho e compor os saberes e as práticas que serão utilizadas. A autora enfatiza que o trabalho em saúde demanda um intenso trabalho psíquico, que “exige do profissional investimento de energia não somente em nível físico ou mental, mas em um nível mais profundo, tocando em temas enraizados na história e nas representações de cada sujeito”^{164:120}, indo muito além do trabalho puramente técnico.

Sá^{121:652} afirma que os obstáculos a uma ação solidária e à produção do cuidado em saúde não devem ser buscados apenas na precariedade das condições de trabalho nem nas características dos modelos de atenção à saúde, mas se deve incorporar que “os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação na sociedade em saúde também impõem sérias limitações ao trabalho em saúde e a sua qualidade”. O reconhecimento dessa dimensão intersubjetiva é também, para nós, assim como para a autora, o reconhecimento da dimensão inconsciente e os efeitos que daí recaem sobre os cuidados ofertados.

A autora vai além ao observar de forma crítica que a maioria das propostas de intervenções sobre a relação profissionais e usuários se pautam na proposição de uma ética que se embasa

no reconhecimento do outro, no acolhimento, na responsabilização e no estabelecimento de vínculos, na cooperação e na valorização da comunicação; sem problematizar, no entanto, quais seriam os possíveis condicionantes da produção ou ausência desta ética, limitando-se,

consequentemente, em sua capacidade de proposição de ações ou mecanismos que a favoreçam”.^{121:653}

Já abordamos anteriormente, seguindo os questionamentos de Onocko-Campos⁵⁵, as implicações de uma divisão muito bem demarcada entre ética e técnica no campo da saúde coletiva. No entanto, isso não significa diminuir a importância de uma ou outra dimensão. Consideramos que ao adentrar o campo das características pessoais em grande medida é sobre a posição ética de cada profissional e como estes encaram o trabalho que se está falando.

Nos discursos dos profissionais entrevistados, aparece uma percepção a respeito da divisão dos trabalhadores entre aqueles que têm mais “aptidão” e “habilidade” e aqueles que não têm afinidade com as questões de saúde mental. A justificativa dada pelos profissionais para embasar as diferenças encontradas entre os colegas de trabalho são as mais variadas. Essas diferenças no geral são naturalizadas pelos profissionais e vistas como uma característica pessoal mais ligada ao “jeito” das pessoas:

Sim, tem pessoas que eu vejo que tem um grande, é uma facilidade até, vamos dizer assim, de atender esses casos assim, principalmente os técnicos de enfermagem eu observo alguns que tem esse, é como se fosse uma tranquilidade, uma, não sei, uma, não sei se as palavras que usam, tem pessoas que eu vejo que parece que tem um talento, vamos dizer assim né. (Enf01U01)

Então assim, vamos lá, realmente existem as pessoas que elas, quando você olha, você fala: “Pô, você nasceu para isso”(...). Bom, geralmente essa, eu assim, eu olho primeiro é a questão da disponibilidade, uma pessoa que ela se dispõe a fazer uma coisa, geralmente ela se dispõe porque ela gosta, se ela não gostar ela vai falar para você, eu não quero e então tudo bem, não vamos fazer, vamos procurar alguém que queira. Quando essa pessoa quer ela é assim, quase como se fosse uma coisa natural dela mesmo; ela tem aquela vontade, quando não é vontade de aprender, ela já tem a vontade de ajudar, se ela tiver a vontade de aprender e a vontade de ajudar, é muito fácil, você demonstra o caminho e a pessoa vai seguir ele, vai trilhar certinho bonitinho em cima do que você falou, é o que ela vai fazer. Quando é uma pessoa que ela não quer, mesmo você dizendo, olha, primeira coisa, você pergunta, vamos supor, qual o nome da pessoa, coloca lá qual é o nome, quando o paciente chegar para ela, ela não vai perguntar qual é o nome para o paciente, vai perguntar o que ele está fazendo aqui. (Med01U03)

As pessoas que são assim um pouco mais tranquilas, mais calmas tem um pouco mais de entendimento, consegue dar uma abertura maior para o paciente de ouvir né, agora tem gente que é muito agitada que não tem paciência nenhuma que só quer resolver logo e se livrar do paciente, sabe assim, então eu acho que as vezes é do jeito da pessoa mesmo né, a pessoa não sabe lidar com esse paciente da saúde mental, acho que tem que tem um entendimento de como lidar com esse paciente (...). (Med01U01)

O problema em naturalizar essa aptidão para o trabalho em saúde mental é não considerar outras questões que porventura poderiam impactar na capacidade dos profissionais de atenderem a esses casos, tornando as facilidades e as dificuldades questões imutáveis. Por outro lado, é importante que as diferenças pessoais entre os profissionais apareçam e sejam consideradas, como uma forma inclusive de pensar a gestão dos processos de trabalho e das equipes que desempenham esse papel.

As características pessoais também apontam para algo que podemos chamar de estilo profissional. Uma das trabalhadoras entrevistadas faz uma distinção dos colegas entre aqueles mais pragmáticos e resolutivos e aqueles que dedicam mais tempo à escuta dos usuários:

Tem pessoas que são mais práticas mesmo, aqui tem, pessoas que são bem ‘papum, papum’, libera, atende um montão, rapidinho, enquanto você está lá com dois. Aí você mesmo fala: ‘nossa, ele atendeu um monte e eu estou aqui com esse daqui ainda, falando e falando’. Mas é isso aí, eu acho que é a facilidade de ouvir, que ajuda né, você estar aberto ali para talvez acalmá-lo se precisar, de confortar, e tem gente que não tem mesmo afinidade com o negócio. (TE01U02)

Os profissionais que são apontados como tendo mais facilidade no geral são identificados como “calmos” e “pacientes” pelos colegas e aqueles com mais dificuldades em geral são vistos como mais “ansiosos”. Embora as características descritas sejam relacionadas a comportamentos pontuais, é preciso cuidado para que perspectivas como essa não suponham a homogeneização ou a criação de um perfil profissional “adequado” para lidar com os casos de saúde mental. A diversidade de estilos pode exercer uma função fundamental na produção de encontros entre usuários e profissionais.

Nessa linha, seguimos Emerich et al.^{145:7}, que a partir do conceito de complementariedade em Oury¹⁶⁵, apontam que é possível compor os aspectos técnicos com o jeito e o estilo de cada profissional:

A complementariedade também deve ser vista como uma ferramenta para formação. Além do aspecto técnico-profissional, entendemos ser importante ratificar a potência que pode ter a complementariedade de modos de atuação dos profissionais, de estilos pessoais, do encontro do humano com o humano.

Nader¹, analisando o relato de uma divergência em uma equipe de um serviço especializado em saúde mental, aponta que muitas vezes diante da dificuldade de sustentar as diferenças, as equipes terminam “encobrendo-as e engendrando a indiscriminação e a

homogeneidades de pensamento. Um *como-um* é produzido, o singular é encoberto e as práticas começam a se enrijecer”^{1:76}.

Duas das coordenadoras entrevistadas referiram lançar mão do reconhecimento dos diferentes estilos pessoais e profissionais, principalmente entre os técnicos de enfermagem, para uma alocação compatível nos diferentes setores da unidade. Em geral, a ideia é combinar preferências e aptidões profissionais de acordo com as exigências de cada setor. Embora todos os técnicos de enfermagem tenham relatado que desenvolvem diversas funções, entendemos que priorizar alguns setores é um jeito importante de organizar o trabalho baseado nas diferenças.

O reconhecimento das diferenças de estilos entre os profissionais em alguma medida contrasta com algumas narrativas que identificam neles falta de compromisso e dedicação com o trabalho. Alguns entrevistados fazem uma leitura que liga o tipo de atendimento prestado à falta de empenho dos profissionais.

Não sei sabe, mas cá entre nós, tem gente que não se apropria muito dos casos né, assim, que não quer aprofundar, não sei, não tem muito compromisso com a coisa, e isso é do ser humano né, eu acredito, tem gente que é assim, vou fazer o meu trabalho e pronto, é assim que tem que ser, isso não é meu, isso não é pra mim, isso é do outro, então tem gente que tem essa postura, isso não é para mim (...). (Med01U02)

Sá^{121:652} faz uma crítica a propostas que se pretendem normativas e que tendem a fazer da “humanização” uma recomendação, ignorando o contexto social e político em que as práticas se desenvolvem, fazendo acreditar que a mudança das práticas em saúde poderia ser um “movimento exclusivamente consciente e voluntário dos sujeitos”.

Uma outra profissional entrevistada aponta que a dificuldade da equipe em atender termina por produzir desassistência para os usuários e descreve um processo em que se sobrepõe o estigma aos pacientes diante das dificuldades que os profissionais apresentam.

Aqui eu sinto muita resistência, tem alguns funcionários que já estão aqui há muitos anos, então é aquele paciente assim: ‘ah, chegou a fulana histérica’. E aí quando chega a fulana histérica, aí eles dizem assim: ‘ah, eu não dou conta de atender, vem aqui falar com ela’. E assim, não para: ‘ah, ela sempre vem aqui com a mesma queixa, com a mesma coisa’. E assim, isso eu sinto muita dificuldade: ‘mas você já perguntou o que ela quer? – ‘Não, não quero’. Tem alguns profissionais aqui que fazem essa barreira, sabe, e não param para ouvir o que a pessoa quer, para saber o que está acontecendo, sabe; tem casos e casos, mas eu acho que as pessoas já põem uma certa dificuldade, sabe, para atender, e aí assim, se a pessoa chega... tem uma funcionaria aqui que é assim, se a pessoa começa, sentou na cadeira no

acolhimento, começou a chorar, ela sai e vem, olha, a pessoa está chorando, eu não consigo atender, e eu falo como assim? Não consegue atender? Sabe? Que assim, ela pode estar chorando por vários motivos, mas se a pessoa sentou, chorou, não, não dou conta de atender. E aí sai. (Enf01U02)

Na verdade eu acho que o pessoal não tem muita paciência porque o que a gente precisa na saúde mental é paciência, você tem que deixar o paciente falar, você tem que ouvir e deixar ele desabafar e o pessoal já corte já não tem paciência, ah aquela lá é barraqueira, aquela lá está sempre gritando, aquela lá, já chega assim entendeu, ah essa daí vem sempre em surto aqui, que é só tomar um diazepam e ir embora então eles não tem, não abrem para ver realmente o que está acontecendo com o paciente, então acho que praticamente nem tem aqui não tem essa habilidade para saúde mental” (Med01U01)

O exemplo descrito pela profissional aponta para uma situação comum na APS. Muitos profissionais se recusam a atender os casos de saúde mental sem uma explicação concreta para isso, o que é lido pelos colegas como resistência e desimplicação com o trabalho. Esse processo é trazido também como sendo derivado da estigmatização dos pacientes de saúde mental, vistos de antemão como “histéricos”, no exemplo trazido pelos profissionais. Nesse caso, histeria opera com ares de diagnóstico, impedindo que o sujeito seja ouvido em suas necessidades e também em sua singularidade.

Embora tenha sido destacada apenas pontualmente por alguns profissionais, a experiência e o tempo de trabalho são mencionadas por alguns trabalhadores ora como fator que amplia a facilidade no atendimento aos casos com componentes de saúde mental ora como fator limitador. Alguns entrevistados apontam que os profissionais “mais antigos de casa” apresentariam mais resistência no acolhimento aos casos com componentes de saúde mental enquanto outros apontam que o maior tempo de trabalho aparece como um facilitador.

Eu acho que assim, vai pelo tipo, tipo da pessoa né, tem pessoas que são muito agitadas aqui, tem pessoas velhas de casa, as que são velhas de casa, paciência zero, já conhecem os pacientes, então não tem paciência nenhuma (...). (Med01U01)

O tempo de experiência no trabalho é visto em algumas situações como um fator dificultador por tornar os profissionais impacientes ou mesmo por facilitar a formação de estereótipos (“Esse paciente aí vem sempre aqui desse jeito, não importa o que a gente faça”) que impedem a escuta. Conhecer os pacientes podem ajudar na formação de um vínculo, mas nem sempre esse é um vínculo de confiança e cuidado, pode ser também um vínculo ruim.

Em outro trabalho, discutimos a “cronificação” dos trabalhadores da APS, tendo como pano de fundo o enrijecimento dos profissionais diante de algumas demandas da APS¹⁰. Seguindo uma indicação de Bleguer¹⁶⁶, já apontada aqui anteriormente, nós retomamos uma leitura institucional de que o sofrimento da instituição tem relações com o sofrimento que ela busca tratar. Considerando o cuidado às questões crônicas como uma marca da atuação na APS, faz-se a pergunta: os trabalhadores também padecem de certa cronificação? Como cuidar para que mais tempo de experiência não signifique apenas mais cansaço e insatisfação com os casos, mas seja sinônimo de mais conhecimento e disponibilidade?

Algumas pesquisas, que investigam um tipo de fadiga e sobrecarga que atinge os profissionais de saúde com maior frequência, apontam que quanto mais experientes os trabalhadores, menores são as chances deles sofrerem esse tipo de “estresse”. Em contrapartida, os trabalhadores mais novos e com menos tempo de serviço tinham maiores chances de sofrerem com esse tipo de sobrecarga¹⁶⁷⁻¹⁶⁹.

Em nossa coleta de dados, não identificamos que a idade e o tempo de experiências eram fatores que interferiam na relação dos entrevistados com as demandas de saúde mental. Encontramos profissionais que trabalhavam no mesmo local há muito tempo com uma postura bastante acolhedora e disponível enquanto outros que estavam há pouco tempo que nem sempre se mostravam disponíveis. Por tanto, em nossa amostra esses aspectos pareceram depender de outros fatores que não a idade ou o tempo de serviço.

5.6.1 Implicações pessoais: empatia, identificação e indiferença

A forma como os profissionais referem lidar com os casos com componentes de saúde mental oferece pistas para entendermos as dificuldades no cuidado a esses pacientes, indo além das dificuldades por ele declaradas. Considerando o potencial “contagioso” do sofrimento⁸⁷, a forma como cada profissional se posiciona diante das ressonâncias pessoais produzidas pelos casos atendidos pode ser uma importante chave na compreensão dos cuidados prestados a esse público. As diferentes variações se mostraram independentes da categoria profissional, do local de trabalho e mesmo da afinidade dos profissionais com o campo da saúde mental.

O tema da empatia demonstra ter uma importância crucial, embora as discussões sobre ele ainda careçam de aprofundamentos no campo da Saúde Mental, principalmente em sua intersecção com a Saúde Pública. Alguns autores, a exemplo de Lima et al.¹⁷⁰, retomando as

contribuições de Carl Rogers, buscam explorar a importância da empatia na construção de um cuidado em liberdade, evocado em contraste com o espaço do manicômio, reconhecido como produtor de desumanização. Este conceito muitas vezes é evocado como um antídoto a um tipo de cuidado que parece distanciado e/ou indiferente.

No campo da Psicanálise, McSherry¹⁷¹, parte dos conceitos lacanianos de real, simbólico e imaginário e busca fazer algumas indicações que auxiliem as ofertas de cuidado dos profissionais de saúde. O autor chama a atenção de que a empatia quase sempre leva o profissional a imaginar que ele pode deduzir o que é melhor para o paciente, já que está se colocando na posição dele. No entanto, alerta que essa é uma impossibilidade radical e por isso quase sempre redundante em práticas com elevado potencial iatrogênico.

Moretto^{172:23}, ao discutir sobre o narcisismo, faz uma diferenciação entre a empatia e a identificação, como se ser empático fosse sinônimo de se colocar no lugar do outro e se sentir como ele. A autora defende que “ser empático é ser capaz de abrir um espaço dentro de mim para acolher o Outro, em sua radical diferença”; a empatia seria o oposto do narcisismo.

Peixoto et al.¹⁷³ investigaram a empatia na relação entre psiquiatras e pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e perceberam que esse era um recurso que permitia uma maior aproximação com a experiência dos usuários, favorecendo o cuidado na relação médico-paciente. No entanto, as autoras alertam para existência de uma tensão que deve permitir que o profissional, “ao mesmo tempo em que se integra à ‘cultura’ do paciente, mantém uma contínua autoavaliação crítica e retém sua identidade terapêutica”^{173:883}. As autoras apontam também que apostar na empatia é uma via potente para incluir os usuários como sujeitos, que pode dizer sobre o seu adoecimento e não apenas como objetos.

No contexto dos cuidados em saúde, a empatia tem sido evocada justamente nesse sentido, ou seja, quase sempre como um sentimento capaz de produzir um cuidado menos mecanizado e objetificador dos pacientes atendidos. Alguns dos profissionais entrevistados mencionam esse como um sentimento importante que facilitaria o atendimento aos casos com componentes de saúde mental. Em uma das entrevistas, empatia aparece como sinônimo de disponibilidade e paciência para escutar:

Você vê o paciente como, não uma, uma pessoa ali, você vê aquele paciente como você gostaria de ser visto, como você gostaria que fosse ali o seu, como você poderia tratar ele, como você poderia ajudar as pessoas que na hora de desespero chega para você (...) aquela coisa de contato mesmo, de não classificar como eu sou um semideus e você é um mortal pedindo ajuda, não, a gente se coloca mais ou menos igual, somos dois seres humanos um

para ajudar e outro para receber ajuda, então isso e eu acho que é só na atenção primária que ocorre (...). (Med01U03)

Empatia, é uma coisa que contribui, o paciente se perceber sendo ouvido, o paciente perceber que realmente você está preocupada com aquela situação dele, e o que pode atrapalhar é a falta dela, você não estar com paciência, as vezes você não está bem, e aí quando tem aquele paciente, as vezes você não está bem, você fala para o colega: - “vai você!” Que o seu não estar bem não interfira no atendimento do paciente. (TE01U01)

Em um dos trechos destacados acima, a empatia aparece também como algo que pode variar no tempo mesmo para um profissional que se defina como tendo mais afinidade com as questões de saúde mental; nesse sentido o seu conceito apresenta uma dimensão correlata à de disponibilidade. Um outro profissional dá um passo adiante falando que busca manter uma relação de familiaridade com os usuários, tratando-os como amigos ou como membros da família, buscando se distanciar do papel de médico e se aproximar do usuário. Aqui nesse ponto, empatia opera como um ponto que permite a criação de vínculo com o usuário:

Uma coisa que eu sempre falei assim para os meus pacientes: - “olha, eu olho cada um de vocês, não como assim, mais um paciente, mas eu olho para cada um de vocês como um amigo, alguém da família que eu não queria que fosse tratado diferente do que fosse mesmo um amigo, um, alguém da família, digamos assim”. Então isso eu acho que tem uma, um resultado muito satisfatório para ambas as partes, porque consegue ganhar confiança do paciente tratando ele do jeito que você queria ser tratado, eu mesmo falo: - “olha, eu nunca estive do lado de cá, eu sempre fui sentado aí onde o senhor está, eu sempre estive ali, eu tenho 44 anos agora, mas eu vivi vinte e poucos anos, quase trinta anos da minha vida sentado nessa mesma cadeirinha (...) (Med01U03)

Os profissionais destacam a empatia, no sentido de colocar-se no lugar do usuário, como algo fundamental para a adesão ao tratamento e também para a criação de vínculo com a população atendida.

Então assim, essa é uma influência positiva em cima de tudo, então conforme você conta o seu quadro assim, o que você já viveu, para outras pessoas, nesse caso os pacientes, você não está olhando eles como uma pessoa, mas você olhando eles como um todo, como um ser humano que está na sua frente, te pedindo ajuda na verdade, então se você conta alguma coisa de experiência de vida que você viveu que condiz com o quadro dele, naquele atual momento e isso influencia de uma forma tão grande na vida daquela pessoa que é uma coisa assim, quase inacreditável, e a gente consegue, quando a gente conta experiências... eu sou muito amigo dos meus pacientes, se eu saio nessa rua aqui, pode ir lá em cima, quando você voltar, todo mundo me conhece. (Med01U03)

Uma das profissionais aponta que a preocupação e o interesse em ajudar a resolver as questões trazidas pelos usuários, muitas vezes enfrentando obstáculos burocráticos, acaba por produzir sofrimento nos profissionais, que terminam por se sobrecarregarem, acumulando demandas.

É, sim, tem, eu acho que eu tenho muitas questões de as vezes, tipo assim, eu preciso resolver isso aqui, pego o caso e tá, eu quero resolver, e aí eu fui aprendendo que eu, que assim, que eu preciso de ajuda e que nem sempre eu vou resolver muitas coisas, mas eu tento sempre, eu tento sempre fazer assim, pelo menos encaminhar os casos e aí eu acho que no começo eu sofria muito porque eu acho que, na minha outra unidade tinham outros profissionais que as vezes, a pessoa passava um caso e não ia para frente – “eu já falei com fulano, você pode ver isso aqui?” E eu falava: - “Mas você já não falou?” – “Ah, mas não deu certo”. E eu ia lá, pegava e assim, tentava dar andamento no caso, sabe, então acho que essa questão. Mas aí eu também... só que eu também acabo, acabava sobrecarregada e sofrendo com muitas coisas, que, é outra coisa que eu também tive que aprender é parar de pegar muitas coisas para mim (...) tem algumas pessoas que tem facilidade, mas aí só que essas pessoas que tem facilidade, todo mundo quer jogar as coisas só para elas, e aí a demanda é muito grande. (Enf01U02)

A questão da disponibilidade é retratada por uma outra profissional como algo que está intrinsecamente ligado ao bem-estar do próprio profissional, se ele está bem ou não do ponto de vista da saúde mental. O que é endossado na seguinte fala:

(...) eu estando bem, eu acho que eu estando bem comigo mesma eu consigo dar o que o paciente precisa, eu acho que essa é a parte principal né, a gente tem que, se eu não estou bem, eu sempre falei isso para a coordenadora, se a minha saúde mental não está boa eu não vou dar conta de cuidar do paciente infelizmente não dá, a gente não consegue a gente fica sem paciência, a gente fica sem concentração, sem nada, então acho que a gente, o nosso eu tem que estar bem, para poder estar atendendo, não adianta e a saúde do profissional, a saúde mental do profissional de saúde eu acho que tinha que ter uma atenção especial, tem uma sobrecarga gigantesca. (Med01U01)

Alguns profissionais descreveram a dificuldade que têm para separar muitas vezes as suas questões das questões dos usuários que estão atendendo, o que acontece principalmente se a situação enfrentada pelo usuário encontra uma ressonância na história da pessoa:

Eu acho que assim, a gente tem que olhar para o paciente se desprendendo dos nossos próprios problemas, então é uma coisa que eu tento, mas não é sempre que eu consigo, né. Eu acho que nenhum ser humano, mas assim, eu tento me desvencilhar dos meus problemas para atender o paciente, mas as vezes coisas que a gente tem vivenciado e passado acaba até interferindo na relação médico paciente né, naquele momento, naquele dia, talvez você não

esteja com estrutura, e firmeza suficiente para você dar conta do mesmo problema que você esteja passando e o outro está vivenciando. Então as vezes fica pensando, gente, tinha que ser uma pessoa mais assim, as vezes eu sinto que eu devia ser uma pessoa menos emotiva, porque ser muito emotiva acaba atrapalhando, entendeu? (...) Ah sim, as vezes situações que eu vivenciei e que eu vejo que a pessoa está vivenciando igual, aí eu acabo me emocionando também, tenho que respirar fundo, esquecer aquilo e pensar, não, não, não é você, é o outro, sabe, separar o eu do outro, as vezes é difícil, separar aquilo que eu vivenciei daquilo que o outro está vivenciando, então essa coisa de ser muito emotiva, as vezes me atrapalha, queria ser mais racional (...) Em alguns momentos ajuda porque você fica tão preocupada e querendo solucionar que acaba ajudando, sabe, mas em alguns momentos atrapalha porque você mistura as coisas né, acaba misturando um pouquinho as coisas e isso me atrapalha. (Med01U02)

As vezes não sabe lidar com a situação mesmo né, ou não tem o tato psicológico dela mesmo para lidar com essa situação, né, porque todo mundo é ser humano e as vezes tem suas dificuldades, e acaba absorvendo alguma coisa para si, coisa que a gente não pode absorver, se não a gente fica literalmente problemático né, mas a pessoa que é muito emotiva, ela acaba sofrendo mais. (TE01U03)

É, muitas vezes, assim, não diria atrapalhar, mas digo assim que influencia, até mesmo muitas vezes como um ponto negativo, é absorver, que querendo ou não, eu não sei o porquê, eu tenho esse problema, eu absorvo o problema dos outros, assim, quando eu não consigo dar um fluxo, não consigo resolver, eu fico super, hiper, mega preocupado, o que eu vou fazer, e o que eu posso fazer e isso acredito que seja um ponto negativo, não acredito que seja bom. (Med01U03)

Os profissionais muitas vezes põem em exercício uma complexa tarefa que é desencadeada a partir da escuta dos usuários de não deixar que a própria história interfira na condução do caso. Essa percepção que os profissionais têm a respeito da própria história e das próprias questões parece facilitar na escuta e contribuir na tomada de decisão a respeito das condutas terapêuticas.

A compreensão a respeito das suas próprias questões, que podem ser mais ou menos evocadas a partir da escuta de algum usuário parece algo fundamental para orientar o trabalho dos profissionais de saúde. Muitas vezes, essa tarefa está intimamente conectada à experiência de já ter feito algum tratamento de saúde mental ou passado por uma situação de sofrimento importante. Alguns profissionais pontuaram que passaram a atender melhor esses casos após terem feito acompanhamento anteriormente:

(...) aí fui parar na terapia e todos os conselhos que ela me dava, eu levo para a vida, para mim, e também tento de uma forma passar isso para os pacientes, mas acho que mais a experiência pessoal, me deu mais uma forma de trabalhar do que a formação em si. (...) Ah sim, acho que seria mais isso

mesmo, principalmente em questão de ansiedade, essas coisas, que as vezes eu me imagino ali naquela pessoa que eu estou atendendo, sabe? (Enf01U01)

(...) então eu precisei, eu tive essa saúde mental que eu precisei disso do ouvir, de eu ter alguém para me ouvir, para poder desabafar, poder falar, então eu acho que essa minha experiência de ter tido um sofrimento, de que eu precisava compartilhar que só de eu falar já me senti aliviada eu acho que isso me ajuda poder deixar o paciente falar, eu deixo então assim eu posso atrasar minha agenda, mas eu deixo o paciente desabafar comigo, eu deixo ele chorar na minha frente então tudo que eu já passei, tudo é um histórico de vida mesmo que eu tive eu acho que isso me ajuda a tentar entender um pouco mais o paciente, tentar entender que ele precisa as vezes é só falar e acontece muito de eu deixar o paciente falar e as vezes ele sai com um sorriso no rosto sai agradecendo então isso já, já mostra que a gente está fazendo ali mais ou menos um pouquinho do bem né (...). Me ajudou, me ajudou bastante, para entender a dor do outro também né, quando a gente passa por uma doença, nossa a gente consegue ver que realmente as vezes a pessoa não, a gente encontra a pessoa aqui no corredor, por exemplo, e não sabe o que ela está passando aí quando ela entra em uma sala e fecha a porta tudo isso e ela começa a desabafar, você consegue entender e consegue ouvir ela, da esse espaço para ela poder falar, é isso. (Med01U01)

Então isso assim, me fez ficar, tentar ser uma ouvinte mais atenta, né, não sei se é isso que você quer saber, entendeu, aí assim, nossa, eu me peguei muito mal, muito mal, não querendo aceitar o que estava acontecendo, porque comigo, eu vinha trabalhar, ficava chorando pelos cantos, uma psicóloga daqui que falou para mim, você precisa de ajuda? Não, não precisa, está tudo bem, vai passar, vai dar tudo certo, e eu fui parar num atendimento psicológico, eu fui fazer umas terapias através daqui do pessoal, fui fazer com uma psicóloga que trabalha no SUS, atende muito centro de saúde, que me ajudou muito, muito, muito, muito, e através disso que eu, por isso que eu valorizo bastante, eu acho muito importante o trabalho de vocês, acho muito importante, por isso que eu vejo muitas pessoas que vem aqui com problemas que seriam assim facilmente resolvidos, facilmente não né, que seriam melhor resolvidos se tivesse psicólogo para ouvir todos eles, desde os que são considerados, ah, não são urgentes né, mas que pode futuramente virar uma urgência, como que ele não é urgente, sabe, acho que da mesma forma que eu fui ajudada eu procuro ajudar os outros, e eu gostaria muito que eles tivessem o mesmo acesso que eu tive, sabe, com a mesma rapidez e tudo que eu tive, acho que todo mundo é merecedor né, então isso me ajuda a tentar ouvir, a entender um pouquinho do pessoal que vem né, mas infelizmente sou só um grão de areia, como o povo diz né, um grão de areia. Mas, queria ajudar melhor, eu tento fazer minha parte, se eu tivesse tempo eu ia fazer uma psicologia, mas eu não tenho (TE01U02).

Consideramos que as questões levantadas por esses trechos evocam o tema do cuidado e da fraternidade, por isso acompanhamos Birman¹⁷⁴ quando diz que a fraternidade pressupõe um sujeito precário e incompleto, que reconhece a própria insuficiência, apesar do incentivo à autossuficiência como regra de subjetivação em nossa sociedade. Sá^{121:654} aponta que “não

podemos esperar comportamentos solidários de sujeitos que não conseguem enxergar no sofrimento e fragilidade do outro a sua própria precariedade e insuficiência”.

Calligaris¹⁷⁵, em seu livro *Cartas a um Jovem Terapeuta*, ao elencar traços e características desejáveis em um psicoterapeuta, aponta que é importante encontrar uma boa dose de sofrimento psíquico em quem aspira a essa profissão. Para o autor, uma boa dose de sofrimento é o que permitiria ao terapeuta levar o seu próprio processo terapêutico a cabo, escapando da terapia apenas por razões didáticas e lhe garantiria uma boa lembrança sobre a “eficácia” da terapia. Claro que não se pretende que os profissionais da APS sejam psicoterapeutas, mas não podemos deixar escapar que a forma como cada um lida com o próprio sofrimento permite escutar melhor quem os procura em busca de ajuda.

Um dos trechos de fala recortados aqui, trazidos por uma das profissionais assinala justamente que a sua experiência de atendimento fez ela perceber em si mesmo os efeitos produzidos pela “escuta” e então passou a ter a “escutar” mais livremente os seus pacientes, sem precisar cortá-los ou interrompê-los. Podemos dizer que passou a ter menos medo do sofrimento?

As três unidades investigadas citaram o “Cuidando do Cuidador”, programa de cuidados da prefeitura para os servidores da área de saúde, como um recurso que recorreram como uma forma de cuidado à equipe e também uma maneira de incrementar o cuidado prestado pelos profissionais nessa área. Esta pode ser considerada como uma alternativa interessante se tomar como ponto de partida o sofrimento no trabalho relatado por muitos profissionais, o que permitiria aos profissionais reinventarem outros modos de relação consigo mesmos e com aqueles que atendem.

Nesse ponto, compartilhamos a perspectiva de que o sofrimento é inerente ao trabalho e, no caso do trabalho em saúde, ele pode advir da sobrecarga de trabalho, da convivência com a precariedade da vida e a morte e também de condições de trabalho indignas. Para se proteger do sofrimento os trabalhadores lançam mão de estratégias de defesa tanto coletiva quanto individuais. Essas estratégias, no entanto, possuem um caráter paradoxal, já que podem tanto proteger os trabalhadores do adoecimento quanto caminhar para a construção do enrijecimento e de saídas pouco humanizadas¹⁶⁴. Nas palavras de Dejours^{176:36}, “as estratégias defensivas podem também funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer”.

A completa evitação por parte de alguns profissionais em atender os casos em que as questões de saúde mental são mais pregnantes funciona como uma confirmação à hipótese de que o sofrimento muitas vezes é tratado como algo contagioso que dificulta a aproximação de

alguns profissionais. Sem pretender esgotar todas as hipóteses, entendemos que a falta de capacitação para atender essas questões pode ser considerada um dos motivos para a evitação dos profissionais, no entanto, os nossos entrevistados também apontaram outro motivo, a saber, a própria saúde mental dos trabalhadores.

Se ter passado por uma situação de sofrimento e ter buscado ajuda parece ser algo que ajuda o profissional, estar vivenciando o sofrimento naquele momento é trazido como uma situação que dificulta os profissionais atenderem, principalmente quando há elementos que permitem uma “identificação” do sofrimento “atendido” com o sofrimento “vivenciado”. Uma das gestoras narra uma situação com uma profissional da sua unidade que teria ficado muito abalada emocionalmente após atender um caso de uma família em sofrimento, com uma condição de alta vulnerabilidade social:

(...) acho que a técnica de enfermagem se viu um pouco nisso, não sei se foi algum gatilho, se viu muito nessa situação também, alguma coisa ali também trouxe para a vida dela pessoal, ela de alguma forma se identificou, aquilo mexeu com ela; ela é daqui do bairro, ela conhece essa família também há muitos anos, então não é simplesmente uma pessoa distante, um usuário distante, então se conhecem como vizinhos, não perto da casa, mas conhece a história de vida e então impactou muito ela, ela me contou isso, chorou, ficou ruim. (Co01U01)

A identificação é utilizada por alguns profissionais como ferramenta para produzir vínculo com os pacientes, mas é vivenciada por outros como produtora de sofrimento. Ver o próprio sofrimento espelhado no do paciente muitas vezes pode funcionar como algo insuportável para alguns profissionais, acarretando ainda mais sofrimento.

Nessa linha, o conceito de “fadiga por compaixão” tem sido evocado para nomear um tipo de mal-estar advindo de experiências de contato intenso com o sofrimento alheio e é considerado por alguns autores como “a principal ameaça à saúde mental dos profissionais de saúde”¹⁷⁷. Ela tem sido definida por Figley¹⁷⁸, um dos seus principais expoentes, como um estado de exaustão física, mental e social que ocorre devido à exposição ao sofrimento e que atinge trabalhadores ligados à produção de cuidado; o autor também sintetiza a fadiga de compaixão como sinônimo de “custos do cuidado”. O autor utiliza assemelha o conceito de Fadiga por Compaixão ao de “Estresse Traumático Secundário”.

Existem várias aproximações desse conceito com o de *burnout*, que o representam como um tipo de exaustão específica dos profissionais dedicados ao cuidado, principalmente profissionais de saúde. Uma olhada rápida para o constructo de fadiga por compaixão, pode

nos levar a crer que a compaixão é potencialmente adoecedora, o que justificaria o endurecimento e a “desumanização” dos profissionais.

A ideia de um sofrimento por conta do sofrimento alheio pode levar a conclusões apressadas como uma justificativa para a defesa dos trabalhadores, fazendo com que se acredite que a compaixão deve ser evitada. Alguns autores, inclusive o próprio Figley tem pensado o constructo da Fadiga por Compaixão como algo que também engloba aspectos ligados à “satisfação por compaixão”¹⁷⁹, ou seja, reconhece que ajudar os outros também é fonte de prazer para os profissionais e define a fadiga em parte pelo decréscimo dessa satisfação. Sobre isso, Jilou et al.^{180:2} advertem que “o exercício da compaixão pelos profissionais de saúde necessita ser estimulado, pois se estende além da empatia e busca minorar a dor alheia por meio da conexão com o outro enquanto indivíduo”.

Lago et al.¹⁷⁷ fazem uma ponderação de que a fadiga por compaixão não é algo automático ou mesmo inerente a toda e qualquer prática de cuidado. Os autores referem que esse tipo de fadiga acontece quando o profissional não consegue mais lidar de uma forma saudável com os sentimentos negativos que advém do sofrimento daqueles atendidos por ele, por conta disso os trabalhadores passariam a responder de forma defensiva com alterações somáticas e mentais. Tal ponderação dos autores, nos fazem pensar que o problema maior talvez não seja a compaixão, mas a identificação dos trabalhadores com o sofrimento dos usuários.

Apesar do caráter potencialmente patologizante do conceito de fadiga por compaixão e da sua divergência, ao menos parcial, com a perspectiva de outro autor aqui apresentado, que acredita que o sofrimento é inerente ao trabalho¹⁷⁶, o conceito e as diversas pesquisas que derivam dele podem nos ajudar a pensar sobre a necessidade da inclusão de estratégias de cuidado aos profissionais de saúde, considerando a particularidade de uma exposição particular ao sofrimento.

No trecho recortado acima, se coloca uma particularidade do trabalho na APS que viemos discutindo, a saber a proximidade da vida das pessoas, nesse caso ainda mais flagrante pela profissional morar no mesmo bairro em que trabalha. O contato intenso com os usuários ao longo do tempo traz maior proximidade não apenas com o adoecimento enfrentado pelos pacientes, mas também com a vulnerabilidade social a que eles estão expostos, o que aumenta ainda mais a cota de sofrimento a que os profissionais da APS enfrentam. O trabalho no território como preconizado para a APS faz com que os trabalhadores abram mão de alguns aparatos institucionais típicos dos hospitais e de alguns outros serviços que terminam por funcionar como um anteparo diante do sofrimento.

Onocko-Campos^{55:577} reconhece que os processos de identificação entre trabalhadores e usuários são comuns de acontecerem nas instituições. Para a autora, “se a população da área de abrangência é vista como pobre, desvalida, desrespeitada, sem valor, após um tempo a própria equipe se sentirá assim”. A autora segue referindo que esses mecanismos sustentam processos de diminuição da potência das equipes, contribuindo para o seu adoecimento ou ainda, “na tentativa de se defender desse espelho desagradável”, a equipe pode buscar se diferenciar a qualquer custo dos usuários, separando um “nós e os outros”, criando uma série de barreiras, podendo até tornar-se agressiva.

Diante dessa constatação, Onocko-Campos^{55:577}, em lugar de “propor divã para todos os trabalhadores”, postula que a gestão pode ser a instância para cuidar desses aspectos. Isso demandaria uma formação que permitisse reconhecer a presença de aspectos inconscientes que atravessam a cena grupal constituída pelas equipes, reconhecendo a importância de falas e trocas auto-reflexivas e racionais, mas não se detendo apenas nelas. A autora também faz uma ressalva que julgamos importante diante dos temas que discutimos até aqui, pois considera que é preciso reconhecer que existe um sofrimento que é decorrente do “encontro com pacientes graves, mas é bom evitar também supervalorizá-lo, creditando a essa causa todo e qualquer sofrimento experimentado pela equipe”^{55:170}.

A criação de espaços na instituição que permitam trabalhar as identificações, projeções, sintomas e limites das equipes é fundamental para a construção de um cuidado que seja efetivo e integral. Uma das entrevistadas que havia trabalhado em CAPS anteriormente, propõe que a supervisão clínico-institucional seja esse espaço:

Tem uma coisa que o CAPS tinha que eu acho que deveria ter em todos os lugares que era a supervisão institucional, aquilo ali era uma coisa que podia ser fora do horário do meu trabalho, podia estar de folga, mas, que ajudava muito, e ajudava institucionalmente, aí tudo o que você escutava te ajudava enquanto crescimento pessoal, e a gente tinha isso parece que era uma vez por mês, durante a reunião de equipe, então isso me ajudou muito, a ajudar, me ajudou a me perceber enquanto ser humano; para mim foi muito bom. (TE01U01)

A presença de situações críticas como as que envolvem a agressividade dos pacientes, os relatos sobre momentos em que o sofrimento das equipes se confundem com o dos usuários que são atendidos somadas à completa evitação por parte de alguns profissionais em atenderem essas demandas formam um conjunto de motivos suficientes para pensarmos a supervisão clínico-institucional como necessária no contexto da APS. A constatação de que as equipes da APS deveriam também atender parte da demanda em saúde mental, que em geral é

composta por casos complexos, deveria vir acompanhada pela garantia da supervisão clínico-institucional para dar suporte a profissionais.

A necessidade das supervisões clínico-institucionais vem do reconhecimento de que muitas vezes só a capacitação e a formação não bastam para atender casos complexos e graves, por isso a sua importância. Ademais, como exigir que as equipes de APS atendam parte dessas demandas sem lhe garantir alguns recursos que são amplamente reconhecidos por sustentar o cuidado nos serviços especializados da RAPS?

A supervisão tem o potencial de articular as questões clínicas e institucionais de forma conjunta, permitindo aos profissionais construir uma demanda de saber ali onde as dificuldades aparecem, os casos engancham e as relações patinam. Além disso, ela tem o potencial de contribuir para evitar que os profissionais exerçam um poder sobre a vida dos usuários, decidindo por eles e eventualmente colocando-os na posição de objeto.

No trecho de fala destacado acima, a profissional aponta que a supervisão lhe trouxe uma série de contribuições inclusive do ponto de vista pessoal. A constituição de espaços como esse tem o potencial de produzir um olhar sobre os casos permitindo que a equipe também se veja no cuidado que oferta e nas dificuldades que lhes atravessa. Além disso, desponta como um espaço de escuta importante aos trabalhadores permitindo que eles experimentem na própria pele a potência de acolhimento pela palavra e assim possam escutar melhor.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conexões entre o campo da Saúde Mental e da Saúde Coletiva já estão em parte documentadas, mas ainda há fronteiras a serem exploradas e foi nessas fendas que esse trabalho buscou se localizar. Analisar o lugar da subjetividade no campo da biomedicina e no campo da Saúde Coletiva constituiu-se para nós como um ponto de partida potente, mas mantendo o foco central na análise das dificuldades e potencialidades encontradas pelos trabalhadores da APS ao lidar com os casos com relevantes componentes de saúde mental no cotidiano dos serviços.

Parte dos esforços aqui empreendidos busca reconhecer a importância do cuidado ofertado na APS para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, já que considera que o avanço dos processos de desinstitucionalização não podem acontecer apenas nos serviços especializados, mas dependem de toda a Rede. Esta investigação se inspirou em uma ética que toma os trabalhadores como protagonistas das ações de cuidado, buscando escutá-los diretamente sobre os impasses e as dificuldades que vivenciam no cotidiano dos serviços, por acreditar que algo do fazer dos profissionais excede os protocolos e modelos preconizados. Compreendemos que as soluções que buscamos não serão encontradas sem restituir a palavra aos trabalhadores sobre as dificuldades que enfrentam, sejam elas politicamente alinhadas ou não com os modelos e ideais apresentados nas portarias e diretrizes.

Esta escolha ética nos levou a uma metodologia que buscou ampliar ao máximo o número de trabalhadores entrevistados, fazendo ecoar vozes de diferentes categorias profissionais e de profissionais da assistência e da gestão alocados em serviços com diferentes histórias e em distintas regiões da cidade de Campinas. Configurou-se como um desafio para esse trabalho o grande volume de dados gerados pelas entrevistas e a larga abrangência dos temas encontrados, o que reforça a amplitude das ligações entre a Saúde Mental e a Saúde Coletiva, principalmente na Atenção Primária à Saúde.

Os trabalhadores e gestores entrevistados por nós destacam o fato de não se sentirem preparados para atender os casos de saúde mental que buscam cuidado na APS. As demandas por formação e por mais especialistas indicam as dificuldades das Equipes de Saúde da Família em ofertarem um cuidado efetivo ao sofrimento cotidiano. Essas dificuldades muitas vezes não se fazem ouvir de forma explícita, mas aparecem camufladas no excesso de encaminhamentos e/ou no aumento da medicalização do sofrimento psíquico. Esses apontamentos nos colocaram uma pauta que foi guia desse trabalho: para que os trabalhadores escutem melhor é preciso que eles também sejam escutados.

A quase totalidade dos entrevistados não destacou de forma positiva nenhuma experiência de formação, mas alguns fizeram menção negativa a algumas vivências, dentre elas aparecem principalmente o contato com a crise no CAPS e com a crueza do hospital psiquiátrico. Os trabalhadores destacaram essas experiências como vivências que os afastaram da saúde mental e limitaram o interesse deles pela área. Consideramos que o cuidado à formação dos profissionais generalistas é fundamental para a garantia de um cuidado integral à saúde na APS, de modo que a saúde mental possa deixar de ser apenas questão de interesse das profissões que historicamente se ocupam do tema, como a Psicologia e a Terapia Ocupacional. É importante também proporcionar experiências que permitam aos estudantes irem além do estereótipo da loucura, embora não se deva poupá-los do contato com o sofrimento que essas experiências muitas vezes carregam.

Apesar da alegada falta de formação específica para lidar com os casos de saúde mental, alguns profissionais trouxeram relatos de experiências bem-sucedidas no acompanhamento dos casos, mesmo aqueles que afirmavam não gostar do campo da saúde mental. Embora esses profissionais não reconheçam diretamente, o que se mostrou uma ferramenta potente para facilitar esses cuidados foi a presença de alguma demanda clínica já conhecida pelos profissionais. Tal achado nos leva a acreditar que os cuidados clínicos podem ser uma via privilegiada de contato entre os profissionais e os pacientes com relevantes questões de saúde mental, facilitando a criação de vínculo e dando a oferta de um caminho seguro aos profissionais de por onde poderiam caminhar.

Os profissionais demonstraram um alargamento na compreensão dos casos em que os componentes de saúde mental eram relevantes. Analisamos essa questão como sendo portadora de uma ambivalência, pois ao mesmo tempo que pode apontar para a qualificação do olhar e do cuidado mediante um aumento da sensibilidade para essas questões, por outro lado aponta também para a possibilidade de psicologização, patologização e medicalização de uma série de acontecimentos que anteriormente eram vistos apenas como pertencentes ao mal-estar cotidiano.

Ao longo da pesquisa, a relação dos profissionais com o saber foi se despontando para nós como central, por isso optamos por evocá-la no título do trabalho. Seja a partir da angústia, referida por muitos, do “nada saber” e a alegada falta de capacitação que apareceu de seguidas maneiras. Mas também na posição necessária que permite àqueles que trabalham com a escuta, de Freire a Lacan, reconhecerem que o outro tem um saber que é apenas dele e que é preciso guardar uma posição que reconheça essa ignorância sobre a intenção e o sentido do que se apresenta; para isso a “hesitação” e a “humildade” talvez sejam duas ousadas

recomendações que nos autorizamos a fazer. Por fim, a relação com o saber também se revela no reconhecimento de que muitos trabalhadores desenvolvem um saber da experiência no manejo dos casos, nas produções cotidianas, nas invenções práticas, ainda que não referenciem tais ações em uma teoria ou em algum conceito; esse saber muitas vezes permanece distante do saber acadêmico ou das políticas, mas reconhecê-lo pode ser um ponto de partida para inventar novas saídas.

Escutar as dificuldades dos trabalhadores diante do sofrimento nos colocou diversas questões a respeito da autonomia profissional, mas também sobre os sentidos do trabalho. Tendo como horizonte um fazer implicando, pautado por estratégias que combatam a alienação dos trabalhadores, como possibilitar que pessoas que tiveram uma formação que reconhecem como insuficiente, ou sem experiências anteriores de trabalho com o tema, realizem o cuidado de casos complexos? É possível pensar em dispositivos que tomem o cotidiano de trabalho como matéria-prima para a formação e consiga transpor (ao menos em parte) a divisão dos trabalhadores entre aqueles que gostam e aqueles que não gostam de uma determinada área?

Para fazer justiça, não é só a ausência de uma formação específica que aparece como dificuldade, mas também experiências formativas e profissionais ruins, nas quais o medo se manifestava como afeto predominante, o que terminava por produzir uma evitação e um afastamento dos profissionais da temática e dos casos. Quando colocados de “peito aberto” na assistência direta a casos complexos, sem uma formação adequada ou ferramentas de suporte, abre-se possibilidade para que os trabalhadores se guiem por estereótipos e reproduzam estigmas, que fazem com que as pessoas em sofrimento psíquico tenham ainda mais dificuldade para acessar cuidados de saúde adequados.

O medo aparece para muitos profissionais como o afeto predominante diante dos casos, principalmente no cuidado a pacientes em crise. Antes de condená-lo como produto de preconceitos que pesam historicamente sobre a loucura, nos perguntamos o que tem sido feito para que o medo não seja o afeto predominante dos profissionais diante dos casos de saúde mental. Para alguns dos profissionais entrevistados, o medo era produto de experiências concretas e não apenas de fantasias, seja por terem sido vítimas da violência de algum usuário ou por terem passado pela desagradável experiência de conhecer o manicômio.

A magnitude com que os relatos de agressividade surgiram foram para nós um achado inesperado, no entanto consideramos que não se pode imaginar uma unidade de saúde apartada do mundo e por isso não achar que a violência, que é endêmica no nosso país, não entraria às portas das unidades que são marcadas pela relação com os territórios onde estão

alocadas. No entanto, mais do que explicações sociológicas, situações críticas como essas devem ser tomadas como capazes de interrogar formações e práticas dos profissionais de saúde.

Desde o início do nosso trabalho, fizemos uma aposta de que as experiências e características pessoais deveriam compor também o nosso objeto de investigação, o que foi se mostrando ainda mais relevante, principalmente diante dos relatos de falta de formação/capacitação dos profissionais para lidarem com o tema. O fato de profissionais que já vivenciaram um sofrimento psíquico relatarem que isso os ajuda a lidar melhor com os casos é uma variável a ser levada em consideração ao pensar a formação para lidar com esses casos. Não que se deva prescrever tratamento em saúde mental para os trabalhadores com o objetivo de torná-los profissionais melhores, mas pensar em estratégias formativas que levem em consideração um olhar do sujeito para si mesmo, sem o qual o trabalho com a “coisa mental” vai ficando ainda mais desafiador.

No âmbito das características pessoais, os dados que tiveram mais destaque foram aqueles que identificavam os profissionais com maior facilidade para atender os casos de saúde mental como “calmos” e “pacientes”. No lado oposto, os profissionais mais “ansiosos” foram vistos como aqueles que apresentavam mais dificuldades. Essas características abrem para nós a ideia de que a qualidade do atendimento prestado e da escuta ofertada estão relacionadas à forma como os profissionais se relacionam com o tempo, que no geral é tratado como um recurso escasso no cotidiano de trabalho na APS. Por conta disso, operações do tipo “queixa-conduta” costumam guiar a prática de muitas equipes, embora se mostrem insuficientes nos casos de cuidado em saúde mental e favoreçam a ocorrência de ofertas medicalizantes.

Ainda sobre as características pessoais, os profissionais elencaram que a “timidez” era uma característica que atrapalhava no trato com os casos cujos componentes de saúde mental eram mais relevantes. Os entrevistados relataram que os melhores atendimentos eram realizados pelos profissionais que conseguiam interagir mais com os pacientes e mostravam curiosidade, demonstrando que uma boa escuta não pressupõe apenas um profissional silencioso. Ao buscar demarcar a relevância das características pessoais não se pretende requerer que todos os profissionais sejam parecidos ou tenham posturas semelhantes, mas considerar que uma abertura para alguma transformação de si muitas vezes é bem-vinda e pode ser benéfica para o atendimento a esses casos.

Identificamos como um importante desafio a construção de uma gestão democrática dos serviços que busque se pautar pelo reconhecimento das limitações e singularidades de

cada trabalhador, sem que isso signifique relevar a baixa tolerância que muitos profissionais apresentam no atendimento aos casos de saúde mental. Os nossos achados mostram que muitas vezes as afinidades e “gostos” dos trabalhadores acabam comandando se e como se dão os atendimentos aos casos com componentes de saúde mental. Nesse sentido é importante ressaltar que “preferência” não deve ser sinônimo de “impossibilidade”, de modo que podemos ter profissionais que não têm afinidade com a questão, mas que ainda assim se sentem capacitados em atender os casos de saúde mental. Isso é crucial para evitar que os profissionais mais disponíveis e dispostos terminem sobrecarregados e/ou adoecidos.

Ainda não é clara a exigência que se faz aos profissionais generalistas quando o assunto é o atendimento aos casos com importantes componentes de saúde mental. Muitos profissionais se queixam de que conseguem escutar e avaliar os casos, mas que não sabem o que mais devem ofertar. Essa é uma questão importante e parte da sua solução poderia ser solucionada se pensarmos quais dos saberes da saúde mental compõem o “campo” e não são restritas aos “núcleos” das profissões tradicionalmente reconhecidas como da saúde mental.

A confusão sobre as responsabilidades pode gerar um jogo de “empurra”, que pode contribuir para o aumento do mal-estar institucional e gerar desassistência. Importante ressaltar que os dados da pesquisa apontam a necessidade de uma melhor definição também quanto aos fluxos de encaminhamento dentro da própria unidade e também na relação com outros serviços da RAPS, o que pode contribuir para a melhoria na relação entre EqSF e profissionais especialistas.

Parte da angústia dos profissionais gerada por indefinições como essa passam a fazer menos sentido se há ofertas coletivas de cuidado como grupos comunitários ou Práticas Integrativas e Complementares que não são práticas privativas dos profissionais especializados e podem se mostrar potentes nos cuidados aos casos com componentes de saúde mental. A alegada dificuldade no seguimento dos casos e a falta de outras ofertas podem ser vistos como fatores que terminam por contribuir para a medicalização do sofrimento apresentado pelos usuários.

O nosso foco inicial não foi estabelecer diferenças entre as categorias profissionais, embora elas tenham aparecido em alguns momentos do nosso trabalho. A escolha de incorporar as coordenadoras como participantes da pesquisa se mostrou relevante pela riqueza dos relatos trazidos por elas, já que tinham uma visão panorâmica sobre as unidades e também conseguiam episódios e experiências vivenciadas nas unidades por outros trabalhadores não ficando restritas à própria experiência profissional. Além disso, os relatos dessas profissionais muitas vezes permitiram que esclarecêssemos melhor os fluxos, ofertas e as dificuldades

relacionais entre as diversas categorias que compunham as equipes. As três coordenadoras eram enfermeiras e também tinham um histórico de atuação como profissionais das Equipes de Saúde da Família.

As discussões sobre medicalização e sobre a falta de formação em saúde mental apontam diretamente para a questão das iatrogenias produzidas no cuidado em saúde mental. Consideramos que esse ainda é um tema pouco debatido no âmbito dos cuidados primários em saúde mental e esperamos que o nosso trabalho possa trazer alguma luz sobre essa questão, apesar deste não ter sido o nosso tema central. Este debate se faz importante considerando que em muitos momentos, em nome de certos imperativos, o cuidado ao usuário é o ponto que se fragiliza primeiro.

Apesar dos muitos desafios relatados pelos trabalhadores, a nossa pesquisa aponta que as dificuldades não se distribuem igualmente entre os profissionais de saúde, obedecendo a afinidades que escapam às categorias profissionais. Além disso, foi possível observar também que, embora as dificuldades existam, as equipes seguem conduzindo casos complexos, em que os componentes de saúde mental aparecem como principal aspecto.

Consideramos que alguns temas ainda precisam ser melhor debatidos, como é o caso da Empatia, muitas vezes usado de forma corriqueira, mas sem a uma análise crítica proporcional à importância que lhe é dada. Acreditamos que as articulações em torno desse conceito são fundamentais para pensar o trabalho na APS, já que a proximidade do serviço com o território é uma das suas marcas constitutivas. Discutir sobre esse tema pode nos ajudar a pensar a posição que os profissionais ocupam diante do sofrimento que escutam. Entre a “indiferença” daqueles que tudo “passam para frente” e a “identificação” daqueles que escutam os ecos da própria história naquilo que os pacientes contam, existe alguma posição possível aos profissionais da EqSF?

A escolha em dar ênfase em alguns momentos nas experiências e nas características pessoais não buscou negar a importância dos aspectos estruturais, organizativos e institucionais ligadas ao trabalho na Atenção Primária. As queixas relativas às pressões por produtividade, o tempo escasso das consultas e a falta de profissionais foram alguns dos elementos que nos lembravam a todo o tempo da relevância desses aspectos no tipo de cuidado em saúde mental ofertado pelas equipes.

Fizemos uma opção de nomear os casos de nosso interesse nesta pesquisa como “casos com componentes de saúde mental”, buscando evitar que as equipes não reduzissem as respostas apenas aos casos graves, costumeiramente associados à ideia de “casos de saúde mental”. A nossa proposta visava a alcançar também os casos menos graves, nos quais os

“aspectos mentais” tivessem uma importante relevância, mesmo correndo o risco de uma derivação que poderia supor que há casos que não têm componentes de saúde mental, o que não concordamos. Afirmamos isso por acreditar que os diferentes componentes que compõem a dimensão humana são indissociáveis, coexistindo nos casos, embora muitas vezes com níveis de relevância diferentes a depender do momento e do contexto. Ao final, acreditamos que essa escolha ampliou o espectro dos casos relatados pelos profissionais permitindo alcançar relatos e histórias que não seriam conhecidas se ficássemos restritos à ideia de “usuários de saúde mental” ou correlatos.

A ideia de sofrimento despontou para nós como uma relevante tradução de parte das demandas que comparecem no cotidiano dos Centros de Saúde, principalmente por agregar uma dimensão ainda pouco discutida no campo da APS que está relacionada ao seu potencial contagioso. Compreendemos que alguns estudos envolvendo os conceitos de “fadiga por compaixão” ou de “trauma vicário” têm explorado isso dentre os profissionais de saúde, mas que ainda carecem de profundidade, sobretudo considerando as características do trabalho no território, em que o vínculo com a população é incentivado como uma diretriz e um valor. Compreendemos que esses aspectos podem ser melhor explorados em trabalhos posteriores.

Consideramos que SUS Campinas apresenta diversas particularidades organizativas quando comparado às diretrizes nacionais, que podem ter marcado os resultados encontrados. Compreendemos que o grau de implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família, com a presença de profissionais com formação específica para a área podem trazer resultados diferentes dos encontrados em nosso trabalho. Além disso nos questionamos em que medida o pedido das equipes por mais especialistas não é tributário de um período em que existiam mais profissionais de saúde mental inseridos nos Centros de Saúde da cidade.

Passados 30 anos do início da implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil, diversas iniciativas têm se ocupado em ampliar as ofertas da Atenção Primária à Saúde e também a capacidade de resolução dos casos pelos profissionais generalistas. O hiato vivido nos últimos anos quanto ao financiamento federal que garantia a presença de profissionais especialistas em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde fez vacilar um processo que já caminhava com bastante dificuldade. Em que pese o caminho percorrido até aqui, subsidiado pelo avanço das propostas teóricas e por novos arranjos institucionais, não se pode afirmar que um cuidado pautado pela integralidade e pela a clínica ampliada seja a regra nos serviços primários de saúde. Essa constatação aponta para a atualidade dessas propostas e desses debates diante de uma realidade que avança a passos lentos.

Durante a execução da pesquisa, juntamente com a retomada do incentivo financeiro federal para as equipes de profissionais “especialistas” na APS, houve também uma mudança de nomenclatura, passando de NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) para a genérica sigla de E-multi. Optamos por manter a primeira por entender que é importante a referência ao modelo de atenção que o seu nome carrega, acreditando que a omissão da alusão à Saúde da Família pode, mesmo sem pretender, dar margem a uma interpretação de que essas equipes poderiam prescindir de um trabalho territorial, orientado por um cuidado integral. Equipe Multiprofissional existe em diversos lugares, inclusive em ambulatórios e hospitais.

Atualmente, em um cenário de retomada do incentivo federal para a presença de profissionais especialistas na APS e de uma série de medidas que reforçam a diretriz antimanicomial da Rede de Atenção Psicossocial, é importante ampliar os cuidados em saúde mental ofertados pelas Equipes de Saúde da Família. Nossa expectativa é que esse trabalho contribua com essa empreitada, reforçando a importância de ouvir os trabalhadores na busca por soluções criativas para os desafios do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Nader A. O não ao manicômio - fronteiras, estratégias e perigos. São Paulo: Benjamim Editorial; 2019.
2. Santos BS. Uma concepção multicultural de direitos humanos. *Lua Nova*. 1997;(39):105-24.
3. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RCA. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, editores. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2nd ed. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
5. Almeida-Filho N. O que é Saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
6. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(4):1093-103.
7. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerreiro AVP, organizadores. *Manual de Práticas da Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. 3rd edição. São Paulo: Hucitec; 2013.
8. Seta MHD, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26:3781-6.
9. Campos GWS. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Guedes F, Melo AP, Terra, LSV. O cotidiano da Atenção Primária à Saúde em análise: desafios na ampliação da clínica. In: Guedes F, Campos GWS, Terra LSV, Viana MO, organizadores. *Nas Entradas da Atenção Primária à Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2021.
11. Campos GW S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paideia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: Campos, GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006.
12. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
13. Moretto MLT. O que pode um analista no hospital? 4nd ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.
14. Nogueira MI, Guedes CR. Da graduação biomédica à Medicina de Família: aprendendo a se tornar um "médico da pessoa". *Physis*. 2013;23(2):439-60.

15. Camargo Jr KR. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
16. Ferreira Neto JL, Kind L, Pereira AB, Rezende MCC, Fernandes ML. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):831-42.
17. Moretto MLT. Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde. São Paulo: Zagodoni; 2019.
18. Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciênc saúde coletiva*. 2001;6(1):7-19.
19. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5(2):219-30.
20. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(3):861-70.
21. Alberti S. O hospital, o sujeito, a Psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Rev. SBPH*. 2008;11(1):143-60.
22. Moretto MLT, Prizskulnik L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanal*. 2014; 46(2):287-98.
23. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
24. World Health Organization (WHO). Primary Health Care. Genebra: WHO, 1978.
25. 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)* 2021;25:e200129.
26. Moretto MLT. A presença do pensamento freudiano no campo da saúde. In: Kupermann D, organizador. *Por que Freud hoje?* São Paulo: Zagodoni, 2017.
27. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(4):e2020427.
28. Faro A, Bahiano MA, Nakano TC, Reis C, Silva BFP, Vitti LS. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estud psicol (Campinas)*. 2020;37:e200074.
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes

- modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília: Diário Oficial da União; 2002.
30. World Health Organization (WHO) [Internet]. Genebra: WHO; c2022- [citado 2024 Apr 20]. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief 2 March 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>
 31. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 32. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: PUC; 1996/1997.
 33. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
 34. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica nº 34 – Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 35. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica nº 39 - Núcleo de Apoio À Saúde da Família – Vol. 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
 36. Gigante RL, Campos GWS. Política de formação e educação permanente em saúde no brasil: bases legais e referências teóricas. Trab educ saúde. 2016;14(3):747-63.
 37. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saude soc. 2011;20(4):961-70.
 38. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. Interface (Botucatu). 2019;23:e180617.
 39. Eslabão AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Santos EO. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(1):e60973.
 40. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. Interface (Botucatu). 2015;19(55):1121-32.

41. Patel V, Maj M, Flisher AJ, De Silva MJ, Koschorke M, Prince M, et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry*. 2010;9(3):169-76.
42. Ortega F, Wenceslau LD. Dilemas e desafios para a implementação de políticas de saúde mental global no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(11):2255-7.
43. World Health Organization (WHO). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Genebra: WHO; 2013.
44. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). *MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde*. OPAS; 2018.
45. Hirdes A, Scarparo HBK. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(2):383-93.
46. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10):2375-84.
47. Akimoto Jr CK, Moretto MLT. Reflexões acerca do potencial iatrogênico das psicoterapias no campo da Saúde Mental. *Rev. SBPH*. 2016;19(1):76-102.
48. Nunes VV, Feitosa LGGC, Fernandes MA, Almeida CAPL, Ramos CV. Primary care mental health: nurses' activities in the psychosocial care network. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20190104.
49. Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. *Acta paul enferm*. 2012;25(3):346-51.
50. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Diário Oficial da União; 2008.
51. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2023.
52. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
53. Soalheiro N, Rabello ET, Caetano K, Lima RT de, Caron E, Leal AL, et al.. Ensino e pesquisa em saúde mental na atenção básica: Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial. *Trab educ saúde*. 2023;21:e00960205.

54. Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ). Roteiro de Apoio e Facilitação de Processos Formativos em Saúde Mental para a Atenção Básica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
55. Onocko-Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciênc saúde coletiva*. 2005;10(3):573-83.
56. Barros S, Nóbrega MPSS, Santos JC, Fonseca LM, Floriano LSM. Mental health in primary health care: health-disease according to health professionals. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1609-17.
57. Rezio LA, Conciani ME, Queiroz MA. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e200113.
58. Rézio LA, Fortuna CM, Borges FA. Tips for permanent education in mental health in primary care guided by the Institutional Socio-clinic. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3204.
59. Costa CM, Abreu CRM, Amarante P, Machado FRS. Educação Permanente em Saúde e atenção psicossocial: a experiência do Projeto Rede Sampa. *Saúde debate*. 2020;44(127):1312-23.
60. Santos AA, Dalla Vecchia M. Oficina de Formação em Saúde Mental como Estratégia de Educação Permanente em Saúde. *Saúde & Transformação Social*. 2016;7(2):69-82.
61. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(30):121-34.
62. Ministério da Saúde (BR). Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
63. Furtado JP, Miranda L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Rev latinoam psicopatol fundam*. 2006;9(3):508-24.
64. Mattos MP, Campos HMN, Gomes DR, Ferreira L, Carvalho RB, Esposti CDD. Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura. *Saúde debate*. 2020;44(127):1277-99.
65. Vasconcelos MS, Barbosa VFB. Knowledge of managers and professionals of the psychosocial care network on mental health matrixing. *Cien Cuid Saude*. 2019;18(4).

66. Leite LS, Rocha KB. Educação permanente em saúde: como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. *Estud Psicol.* 2017; 22(2):203-13.
67. Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto contexto - enferm.* 2013;22(4):1142-51.
68. Silva DLS, Knobloch F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu).* 2016;20(57):325-35.
69. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu).* 2005;9(16):161-8.
70. Pinheiro R, Mattos R. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4nd edição. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005.
71. Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2010;15(5):2345-54.
72. Onocko-campos R. O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. Hucitec: São Paulo, 2003.
73. Onocko-Campos R. Planejamento em Saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. *Rev. Adm. Pública.* 2003;37(2):189-200.
74. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
75. Fuzikawa AK. O método clínico centrado na pesquisa – um resumo. Belo Horizonte: Nescon; 2023.
76. Castiel LD, Álvarez-dardet C. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
77. Cardim ME [Internet]. *Correio Brasileiro*; c2021- [citado 2021 jul 28]. Por Saúde Mental, Simone Biles desiste da final individual em Tóquio. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/esportes/2021/07/4940210-por-saude-mental-simone-biles-desiste-de-disputar-final-individual-da-ginastica.html>
78. IPSOS [Internet]. IPSOS; c2023- [citado 2023 dez 18]. Global Health Service Monitor: a 31 country global servisse. Disponível em: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-10/Ipsos-Global-Health-Service-Monitor-2023.pdf>

79. Goldberg D. The overlap between the common mental disorders – Challenges for classification. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(6):549-55.
80. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. New York: Tavistock/Routledge; 1992.
81. Schutel TAA, Rodrigues J, Peres GM. A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde*. 2015;8(2).
82. Zorzaneli RT. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. *Psicol Estud*. 2011;16(1):25-31.
83. Santos JE, Gandolf L. Sentidos do sofrimento no contexto da atenção primária. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2015;48(4):321-7.
84. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
85. Rodrigues N, Caroso CA. Ideia de 'Sofrimento' e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 998.
86. Birman J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação. In: *Encontro Mundial Estados Gerais da Psicanálise*, 2003, Rio de Janeiro.
87. Dunker CIL. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo Editorial; 2015.
88. Dunker CIL. Paixão da ignorância – A escuta entre Psicanálise e Educação. São Paulo: Editora Contracorrente; 2020.
89. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009;13:771-80.
90. Castiel LD. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria-Editora Fiocruz; 1999.
91. Cardoso FM, Campos GWS. Aprendendo a clínica do sofrimento social: narrativas do internato na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(4):1251-60.
92. Tureck F, Chioro A, Andreazza R. Meu Deus, lá vem ele de novo! O cuidado à saúde aos “hiperutilizadores” na Atenção Básica. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e210653.
93. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr KR. Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13(1):135-44.
94. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.

95. Barros MBA, Lima MG, Farias SH, Ferreira MC, Lima APB, Almeida S, et al. Boletim no. 58 - Desigualdades sociais na mortalidade. Campinas; 2020.
96. Lopes TD. A história da saúde mental na atenção básica: narrativas de um processo de construção em Campinas [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
97. Oda AMGR. A construção de um modelo de atenção em saúde mental: Estudo da rede pública extra-hospitalar de Campinas (SP) [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.
98. Campinas [Internet]. Campinas: Prefeitura de Campinas; c2022- [citado 2022 dez 13]. Centros de Saúde: Secretaria da Saúde. Disponível em: <https://portal.campinas.sp.gov.br/secretaria/saude/pagina/centros-de-saude>
99. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2022- [citado 2022 dez 13]. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtohtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>
100. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. Esc Anna Nery. 2019;23(2):e20180303.
101. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(116):11-24.
102. Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2007;60(4):391-5.
103. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc saúde coletiva. 2010;15:3615-24.
104. Cardoso TZ, Pereira MJB, Campos LVO, Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, et al. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica à saúde. Rev Bras Enferm. 2011;64(6):1087-93.
105. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciênc saúde coletiva. 2009;14(1):129-38.
106. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. Physis. 2017;27(4):1003-22.
107. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
108. Santos MCL dos, Bastos GSP, Mantovani AS, Santos BP. Quando o paciente chora na consulta: a experiência de preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):2586.

109. Moretto, MLT. O valor do choro no processo de elaboração da dor psíquica em situações de adoecimento. In: Brunhari MV, Moretto MLT, Perez GH, Vasconcellos SC, organizadores. *Diversidade e mal-estar na saúde: modos de cuidar*. São Paulo: Zagodoni; 2021.
110. Elias VA. “O choro do dono e o dono do choro”: Da interpretação à demanda analítica no hospital. In: Brunhari MV, Moretto MLT, Perez GH, Vasconcellos SC, organizadores. *Diversidade e mal-estar na saúde: modos de cuidar*. São Paulo: Zagodoni; 2021.
111. Martins KPH. O tabu do choro e a vergonha do sujeito: a fome nas instituições de saúde. In: Brunhari MV, Moretto MLT, Perez GH, Vasconcellos SC, organizadores. *Diversidade e mal-estar na saúde: modos de cuidar*. São Paulo: Zagodoni; 2021.
112. Ministério da Saúde (BR). *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
113. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(2):335-42.
114. Oliveira IC, Balard CR. Formação profissional em saúde: integralidade em perspectiva. *Saúde & Transformação Social*. 2013;4(1):69-72.
115. Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saude soc*. 2012;21(4):1022-34.
116. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):968-75.
117. Santos TLA, Penido CMF, Ferreira Neto JL. A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial no Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e210810.
118. Fonseca MLG, Sá MC. O intangível na produção do cuidado: o exercício da inteligência prática em uma enfermaria oncológica. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(1):159-68.
119. Guimarães DA, Oliveira VCP, Coelho VAA, Gama CAP. Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Macrorregião Oeste de Minas Gerais. *Physis*. 2023;33:e33052.
120. França D, Santos RAO, Sousa KO. Estratégias de combate ao preconceito. *REPEC*. 2019;4(7):18-39.
121. Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009;13:651–64.

122. Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, Moura AS. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(5):713-20.
123. Ogata MN, França Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Acta paul enferm*. 2010;23(4):506-11.
124. Nery SR, Nunes EFPA, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14:1411-9.
125. Scherer MDA, Oliveira NA, Pires DEP, Trindade LL, Gonçalves ASR, Vieira M. Aumento das Cargas de Trabalho em Técnicos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Trab educ saúde*. 2016;14:89-104.
126. Armstrong D. *A new history of identity: a sociology of medical knowledge*. New York: Palgrave; 2002.
127. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)*. 2009;13:531-42.
128. Kohan WO. Paulo Freire e o valor da igualdade em educação. *Educ Pesqui*. 2019;45:e201600.
129. Freire P. *A Educação na Cidade*. São Paulo: Cortez; 1991.
130. Freire P. *A Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra; 2015.
131. Dias JVS, Amarante PDC. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. *Saúde debate*. 2022;46(132):188-99.
132. Sá MC, Carreteiro TC, Fernandes MIA. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1334-43.
133. Freitas F, Amarante P. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
134. Caponi S. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis*. 2009;19(2):529-49.
135. Guarido R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educ Pesqui*. 2007;33(1):151-61.
136. Rose NS. *Our psychiatric future: the politics of mental health*. Cambridge: Polity; 2019.
137. Whitaker R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
138. Collucci, C, Mena F [Internet]. São Paulo: Folha de São Paulo; c2023- [citado 2023 dez 20]. Um terço dos brasileiros relata ansiedade, problemas com sono e alimentação, diz

- Datafolha. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrio/2023/08/um-terco-dos-brasileiros-relata-ansiedade-problemas-com-sono-e-alimentacao-diz-datafolha.shtml>
- 139.Terra LSV. O militante, o sacerdote, o missionário e o tecnoburocrata: Uma investigação participativa acerca de modalidades do trabalho médico alienado na atenção primária do SUS Campinas [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2018.
 - 140.Dias MK. A epidemia do uso de antidepressivos, consumo e identidade. In: Zambenedetti G, Santos KA, organizadores. Saúde Mental, Políticas Sociais e Democracia. São Paulo: Hucitec; 2019.
 - 141.Garcia MRV, Amorim SC, Rodrigues GV, Mendonça LHF. Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19. Em Pauta. 2022;20(49).
 - 142.Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde debate. 2018;42(spe1):174-88.
 - 143.Carvalho JLS, Nóbrega MPSS. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4).
 - 144.Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. Saúde debate. 2019;43(123):1205-18.
 - 145.Emerich BF, Onocko-Campos R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. Interface (Botucatu). 2019;23:e170521.
 - 146.Deslandes DF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
 - 147.Guedes F, Rodrigues PH, Silva AA. Desafios na atenção ao público infanto-juvenil na Atenção Primária à Saúde (APS): violência, notificação e cuidado. In: Guedes F, Campos GWS, Terra LSV, Viana MO, organizadores. Nas Entradas da Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Hucitec; 2021.
 - 148.Onocko-Campos RT. Psicanálise e saúde coletiva: interfaces. São Paulo: Hucitec; 2012.
 - 149.Vieira, G. Comunidade Terapêutica: diferenciando o conceito psicanalítico dos seus (ab)usos no Brasil contemporâneo. In: Florsheim DB, organizador. Vozes da Psicanálise: clínica, teoria e pluralismo. São Paulo: Blucher; 2023.
 - 150.Castanho P. Homologia Funcional e Patológica. In: Florsheim DB, organizador. Vozes da Psicanálise: clínica, teoria e pluralismo. São Paulo: Blucher; 2023.

- 151.Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Braz J Psychiatry*. 2010;32:S96-103.
- 152.Conselho Municipal de Saúde (Campinas). Nota sobre a violência nos Centros de Saúde de Campinas. Campinas. Campinas: Conselho Municipal de Saúde; 2021.
- 153.Campinas. Decreto Nº 22.989, de 10 de outubro de 2023. Comitê Permanente de Orientação e Prevenção à violência praticada por Usuários contra Servidores Públicos da Saúde no âmbito da Administração Municipal. Campinas: Prefeitura de Campinas; 2023.
- 154.Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Rev bras epidemiol*. 2007;10(3):401-9.
- 155.Kaiser DE, Bianchi F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008;29(3):362-6.
- 156.Ministério da Educação (BR). Matriz de competências em medicina de família e comunidade. Brasília: Ministério da Educação; 2022.
- 157.Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *Int Nurs Rev*. 2001; 48:129-30.
- 158.Azevedo G [Internet]. Rio de Janeiro: G1; c2017- [citado 2023 dez 20]. Profissionais de saúde sofrem com agressões de usuários e familiares. Publicado em 15 de março de 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2017/03/profissionais-de-saude-sofrem-com-agressao-de-pacientes-e-familiares.html>
- 159.Rosa-Cómitre ACD, Campos AR, Silva FG, Jandoso B, Rodrigues CRC, Campos GW S. Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3553-62.
- 160.Oliveira M [Internet]. São Paulo: Folha de São Paulo; c2023 [citado 2023 mar 29]. Itália completa 3 anos da 1a onda de COVID e vê agressões contra profissionais de saúde. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2023/02/italia-completa-3-anos-da-1a-ondade-COVID-e-ve-agressoes-contraprofissionais-dasaude.shtml>.
- 161.Gusso AK, Lourenço RG. Violência contra profissionais de saúde durante a pandemia do Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2. *Enferm Foco*. 2022;13:e-202230.
- 162.Botega NJ, Reginato DG, Silva SV, Cais CFS, Rapeli CB, Mauro MLF, et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Braz J Psychiatry*. 2005;27(4):315-8.
- 163.Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002.

- 164.Fonseca MLG. O Profissional de Saúde como Sujeito, Sofrimento no Trabalho e Gestão. In: Azevedo C S, organizador. Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013..
- 165.Oury J. Itinerários de formação. Rev Prat. 1991;1:42-50.
- 166.Bleguer J. Psico-higiene e Psicologia Institucional. 2nd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
- 167.Mooney C, Fetter K, Gross BW, Rinehart C, Lynch C, Rogers FB. A preliminar analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. J Trauma Nurs. 2017;24(3):158- 63.
- 168.Borges EMN, Fonseca CINS, Baptista PCP, Queirós CML, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Diaz MP. Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3175.
- 169.Missouridou E. Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to Patient's trauma. J Trauma Nurs. 2017;24(2):110-5.
- 170.Lima DT, Liberato MTC, Dionísio BWR. A empatia como atitude ética no cuidado em saúde mental. Rev. Polis Psique. 2019;9(3):152-70.
- 171.Mcsherry A. Jacques Lacan's theory of the subject as real, symbolic and imaginary: how can Lacanian theory be of help to mental health nursing practice? J Psychiatr Ment Health Nurs. 2013;20(9):776-81.
172. Moretto MLT. Por que Narciso não fala sozinho?. Revista Cult. 2023; 26 (296): 20-23.
- 173.Peixoto MM, Mourão ACN, Serpa Junior OD. O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(3):881-90.
- 174.Birman J. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! In: Kehl MR, organizadora. Função fraterna. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2000.
- 175.Calligaris C. Cartas a um jovem terapeuta. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
- 176.Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
- 177.Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. Estud psicol (Natal). 2013;18(2):213-21.
- 178.Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley CR, organizador. Compassion fatigue. New York: Brunner/Mazel; 1995.
- 179.Figley CR, Stamm BH. Psychometric review of Compassion Fatigue Self Test. In: Stamm BH, organizador. Measurement of stress, trauma, and adaptation. Lutherville: Sidran Press, 1996.

180. Jilou V, Duarte JMG, Gonçalves RHA, Vieira EE, Simões ALA. Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(5):e20190628.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM TRABALHADORES E GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINAS

I. Identificação:

A. Entrevista Nº: ____ B) Data: ____/____/____ C. Duração (min.): ____

D. Idade: ____ E. Naturalidade: _____

F. Gênero/Sexo (autodeclarado):

- (1) Homem Cisgênero (2) Mulher Cisgênero
(3) Homem Transgênero (4) Mulher Transgênero
(5) Gênero não binário (6) Prefiro não declarar

B. Raça/cor (autodeclarada):

- (1) Indígena (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Branca

Outra (especifique): _____

C. Categoria profissional: _____

D. Tempo de formação (em anos): _____

E. Tempo de atuação no SUS (em anos): _____

F. Tempo de atuação na sua unidade (em anos): _____

G. Tempo de atuação na atual função (em anos): _____

II. Experiências de trabalho

A. Eixo temático: experiências anteriores.

- (1) Você pode descrever como foi a sua formação profissional?
(2) Como essa formação contribuiu para que você viesse a ser um trabalhador do SUS?
(3) Como foram as suas experiências anteriores, enquanto trabalhador do SUS?

B. Eixo temático: experiência de trabalho atual.

- (4) Como ocorreu sua inserção em sua atual função?
(5) Como é o seu cotidiano de trabalho na Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde?

III. Prática, Formação e Experiências pessoais

C. Eixo temático: atendimento aos casos de saúde mental.

- (6) Em sua opinião, quais são as dificuldades no atendimento aos casos com componentes de saúde mental?
- (7) Dentre esses casos, quais são os mais difíceis de atender e por quê?
- (8) Dentre esses casos, você poderia citar um caso que você tenha atendido que considere ter sido bem sucedido e um outro em que considere ter sido mal sucedido? O que acha que interferiu para o sucesso ou insucesso do caso?
- (9) Em sua prática de trabalho, quais casos com componentes de saúde mental você encaminha para um especialista (psicólogo, psiquiatra) e por quê?
- (10) Na equipe em que você trabalha, você percebe que existem pessoas que têm mais facilidade com esses casos que tem componentes de saúde mental? Você percebe que têm pessoas com mais dificuldade? O que você acha que contribui para isso?

D. Eixo temático: formação e características pessoais.

- (11) Como você se percebe/sente atualmente ao atender os casos com componentes de saúde mental, em termos de preparação/formação/habilidade/capacitação/potencial?
- (12) Durante a sua formação ou durante a sua trajetória profissional, você destacaria alguma experiência que tenha lhe ajudado a se sentir mais preparado para atender esses casos?
- (13) O que na sua história de vida e/ou formação profissional pode ter contribuído enquanto uma preparação para que você possa atender os casos com componentes de saúde mental?
- (14) Como você percebe que suas características pessoais interferem no atendimento a esses casos? Quais características você acha que contribuem? Quais características te atrapalham?
- (15) Pensando no cotidiano de trabalho no Centro de Saúde, o que você acha que facilitaria para que os profissionais se sentissem mais preparados para atender esses casos? Você tem sugestões?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS TRABALHADORES

PROJETO “DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NA ABORDAGEM DOS ASPECTOS SUBJETIVOS E DOS COMPONENTES DE SAÚDE MENTAL EM SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE DE CAMPINAS-SP”

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Pesquisador Assistente: Felipe Guedes da Silva

Número do CAAE: 67059423.5.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa a assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que 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:

Levando em consideração a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na construção de sistemas universais de saúde e partindo da relação entre o campo biomédico e o campo da Saúde Coletiva com a saúde mental, o presente projeto de pesquisa busca investigar as experiências de trabalhadores da APS na abordagem dos aspectos subjetivos e dos casos com componentes de saúde mental no cotidiano dos centros de saúde. Para isso, pretende ouvir gestores e profissionais da equipe mínima inseridos em Unidades Básicas de Saúde, localizadas na cidade de Campinas/SP.

A principal contribuição deste estudo está na identificação dos fatores que tem funcionado como obstáculo para o exercício da clínica ampliada, ao mesmo tempo que pretender jogar luz sobre as estratégias encontradas pelos profissionais generalistas para lidar com as questões psicossociais que surgem na Atenção Primária à Saúde. Além disso, seus resultados poderão subsidiar estratégias de formação para os profissionais, considerando o aumento considerável das questões de saúde mental na população, sobretudo após o início da Pandemia de Sars-Cov 2.

Procedimentos:

Participando do estudo, você está sendo convidado a uma entrevista, que tem duração prevista de 50 minutos e pode ser realizada em mais de uma sessão, se houver necessidade, e será agendada de acordo com a disponibilidade de cada participante. As entrevistas serão realizadas preferencialmente nos serviços de saúde e/ou em outro local a ser acordado entre o pesquisador e o participante. Estima-se que sejam necessários de um a dois encontros para a coleta de dados, mediante conveniência, com uma duração máxima de uma hora cada um. O pesquisador também irá confeccionar um diário de campo, de modo a descrever as circunstâncias, locais e impressões sobre os serviços e os territórios onde a pesquisa estiver sendo desenvolvida.

Caso você autorize, a entrevista será gravada por gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos participantes da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente. Estas gravações, bem como os diários de campo, serão utilizadas apenas no âmbito deste estudo e armazenados por cinco anos após o término do estudo, em computador onde somente os pesquisadores terão acesso e serão descartados após esse período. Caso um novo projeto utilize esse material, ele será previamente submetido ao **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)** para aprovação. Os dados aqui fornecidos só poderão ser utilizados em nova pesquisa se o participante autorizar mediante assinatura em TCLE da nova pesquisa.

Você autoriza a gravação da sua entrevista?

- () Sim, eu autorizo
() Não, eu não autorizo

Desconfortos e riscos:

Não haverá riscos previsíveis decorrentes da sua participação neste estudo. No entanto ele pode causar desconfortos relacionados ao constrangimento e/ou algum incômodo decorrente da exposição de opiniões, experiências de vida ou mesmo pelo contato com alguma situação de sofrimento causada pelas lembranças relatadas. Ressaltamos ainda, que em caso de prejuízo ao participante, a entrevista deve ser interrompida e finalizada em uma ocasião posterior. De qualquer forma, tomaremos todos os cuidados necessários para buscar evitar desconfortos aos participantes durante a pesquisa e asseguramos o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventuais que ocorram em consequência da sua participação. Em virtude do baixo número de participantes, há risco de identificação dos entrevistados serem identificados a partir das suas respostas; diante disso, os pesquisadores se comprometem a tomar todas as medidas para que o sigilo dos entrevistados seja assegurado.

A sua participação não é obrigatória; você poderá retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenha nenhum tipo de prejuízo. O pesquisador se compromete a prestar qualquer tipo de esclarecimento antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes. Se algum incômodo surgir, pelo tempo de duração de cada atividade, o participante terá total liberdade de pedir para parar a atividade por alguns minutos, mudar o dia ou até mesmo suspender sua participação.

Acompanhamento e Assistência:

Em caso de qualquer dano ou prejuízo decorrente da participação nesta pesquisa, você terá direito a assistência integral, gratuita e imediata pelo tempo em que for necessário.

Benefícios:

Esta pesquisa poderá melhorar os serviços prestados na saúde, sobretudo no atendimento aos casos em que questões subjetivas ou de saúde mental são centrais no cuidado, além de ajudar a qualificar a formação dos profissionais de saúde. Isso pode contribuir na melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas que utilizam os serviços da Atenção Primária à Saúde. Não haverá nenhum benefício direto ao participante da pesquisa.

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:

Não haverá nenhum tipo de custo ou ressarcimento financeiro, pois a coleta de dados será realizada pela sua conveniência sem decorrer em prejuízos financeiros. Caso haja algum custo decorrente da sua participação na pesquisa, os pesquisadores comprometem-se a ressarcir-lo. 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 o pesquisador Felipe Guedes da Silva, na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz - Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Telefone: (19) 98207-2514. E-mail felipeguedes_@hotmail.com.

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 08:30h às 11:30h e das 13:00h às 17:00h na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; email: 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 e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do(a) participante: _____

Contato telefônico: _____ E-mail (opcional): _____

Data: ____/____/____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável legal)

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. 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.

Data: ____/____/____

(Assinatura do Pesquisador)