

O PET-saúde como instrumento para a articulação da saúde mental e coletiva: narrativas da formação e do trabalho em saúde

PET-Saúde as a tool for interaction of mental and collective health: narratives of training and working in health

Rosana Onocko Campos¹, Thiago Lavras Trapé², Kamila Oliveira Belo³, Ricardo Calil Kores⁴, Alcir Escocia Dorigatti⁵

¹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP. rosanaoc@mpc.com.br

² Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. thitrape@yahoo.com.br

³ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. kamilabelo25@gmail.com

⁴ Graduando em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. rickores@hotmail.com

⁵ Graduando em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. alc1r@hotmail.com

RESUMO Este artigo procura discutir o impacto do PET-Saúde na formação de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem, analisando sua adequação às necessidades em saúde mental na atenção primária. Para tanto, analisamos o projeto que articula serviço-escola (PET-Saúde) e as práticas em saúde mental realizadas pelos profissionais na atenção primária em saúde, nas unidades básicas de saúde do Município de Campinas (SP). Explicita-se a importância da análise dos equipamentos de atenção primária, sobretudo na articulação destes com a saúde mental e com as instituições formadoras de recursos humanos. Verifica-se que a Reforma Psiquiátrica incidiu sobre a prática da atenção primária sem a participação popular nas decisões, que muitas vezes não enfatizam os aspectos sociais (bastante determinantes para os sofrimentos mentais). A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada para queixas e sofrimentos que não mereceriam atenção clínica e sim um apoio de equipamentos sociais e psicoterápicos. Por deficiência no manejo, aqueles acabam sendo alvo de medicalização excessiva. Desse modo, os entrevistados compreendem que o atendimento em saúde mental constitui um pilar do seu tratamento, porém, os dispositivos substitutivos funcionam ora em uma lógica inversa da lógica manicomial, ora repetindo o discurso excludente que a Reforma Psiquiátrica visou desmontar.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Psicossocial; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Saúde Coletiva.

ABSTRACT *This article discusses the impact of PET-SAÚDE during undergraduate medical and nursing training, analyzing its suitability to the needs of mental health in primary care. For this purpose we analyze the project that articulates school-service (PET-SAÚDE) and the practices carried out by mental health professionals in primary health care in the Basic Health Units of Campinas-SP. We highlighted the importance of examining the articulation between primary care and Mental Health and training institutions of human resources. It appears that the Psychiatric Reform focused on the practice in Primary Care without popular participation in decisions that often do not emphasize enough the social aspects (quite crucial for the mental suffering). The Basic Health Unit (UBS) is the gateway to complaints and sufferings that do not deserve clinical attention but social support and psychotherapy, and this deficient management ends up being the target of excessive medicalization. Thus, respondents understand that mental health care is a cornerstone of their treatment, but the substitute devices work now or in a reverse logic of asylums or sometimes repeating the discourse that aimed to dismantle the Psychiatric Reform.*

KEYWORDS: *Psychosocial; Psychiatric Reform; Mental Health; Public Health.*

Introdução

A Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial:

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, designa um processo no qual é lançado um novo olhar sobre a loucura, onde o cuidar passou a significar ocupar-se aqui e agora de fazer com que haja uma transformação dos modos de viver e sofrer, que, ao mesmo tempo, transformaria a vida concreta e cotidiana que alimenta esse sofrimento (SANTOS *et al.*, 2009).

Esse movimento, segundo Borges e Baptista (2008), impulsionou-se através do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que, no primeiro momento, incorporou críticas ao hospitalocentrismo, às más condições de trabalho e tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica, marcando, assim, a entrada desta modalidade no aparelho público.

O caminho percorrido pelo movimento da reforma psiquiátrica da saúde mental foi árduo, culminando na aprovação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001a), que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. A partir daí, pode-se pensar em um novo ciclo histórico da saúde pública brasileira. (TURATO, 2004)

Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento pela Reforma Psiquiátrica ganha força política e ideológica para concretizar suas reivindicações dentro da saúde pública. Os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos (BRASIL, 2002), entre outras coisas, consolidaram o novo modelo assistencial dos centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços decisivos na história recente no Brasil, e relativizaram o papel ainda hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção à saúde mental (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

A reorientação do modelo de atenção psiquiátrica e de saúde mental se deu quando, em 1990, na Declaração de Caracas (1990), conquistou-se uma reestruturação ligada à Atenção Primária à Saúde, o que, em tese, permitiria a promoção de modelos substitutivos centrados na comunidade e em suas redes sociais.

Porém, para além da substituição dos equipamentos de saúde mental, Rotelli (1990) *apud* Hirdes (2009)

refere que o cuidado deve ser visto como “elemento-chave para transformar os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ em sua concretude, no cotidiano”; assim, torna-se necessária a mobilização de todos os atores envolvidos, influenciando mudanças nas estruturas e nos sujeitos, para uma ‘demolição da compartimentalização das terapias’ (clínica, psicológica, social, farmacológica etc.).

Bichaff (2006) e Oliveira (2003), em suas pesquisas sobre o processo de trabalho extra-hospitalar de atenção à saúde mental, apontam que os trabalhadores apresentam uma trajetória de formação profissional ainda pautada pelo tradicionalismo, norteadas por concepções coerentes com o modelo hegemônico, cujo objeto de trabalho é o indivíduo e sua doença. A cidadania do usuário é quase sempre dissociada da vivência e da organização do trabalho pelos profissionais, e, muitas vezes, a referência de cidadania predominante é a cidadania tutelada.

Esses estudos revelam contradições na prática dos profissionais, que permeiam restrição de liberdade e atenção psicossocial e alienação dos mesmos em relação ao seu trabalho. Nele, a medicalização passa a ser o mecanismo estruturante de todas as práticas analisadas. Como proposta de mudança, apontando que o processo da reforma está “centrado principalmente no caráter administrativo, sendo as questões técnicas, éticas e políticas contempladas por uma pequena parcela dos trabalhadores” (AREJANO, 2006).

É preciso destacar que a elaboração e a contribuição dos debates e mudanças no âmbito da saúde mental no Brasil têm tido um acompanhamento restrito por parte da Saúde Coletiva. Ainda que pertençam a um movimento de raízes comuns, “a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica seguiram caminhos paralelos na última década, esboçando uma certa distância disciplinar entre os dois campos” (ONOCKO-CAMPOS, 1998).

Como proposta importante para o atendimento das necessidades da atenção psicossocial dos sujeitos em seu território, principalmente no que diz respeito aos sofrimentos de ordem social, a instituição que acaba acolhendo o usuário é o serviço de Atenção Primária à Saúde (TANAKA, 2009), tornando-se de suma

importância e apontando para a necessidade pungente de aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas (CAMPOS *et al.*, 2011).

O PET-Saúde/PSF

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde da Família) foi desenvolvido durante dois anos, na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com financiamento do Ministério da Saúde. Tinha como objetivo apoiar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e a vivências. Era dirigido aos estudantes das graduações em Saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PET-Saúde tinha como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade. Foi uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) – do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior (SESu) – do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR). O programa permitiu a participação de docentes, profissionais dos serviços e estudantes de graduação da área da Saúde (ROCHA, 2012). Em nosso caso, participamos de um subprojeto que se dedicou a estudar as prescrições de psicotrópicos na atenção primária à saúde no Município de Campinas (SP).

Destacamos cinco aspectos que foram importantes no PET-PSF/Psicotrópicos, do qual participamos: a interdisciplinaridade, a vivência em grupo de pesquisa, a valorização do trabalhador do campo e do estudante, as ações sobre o funcionamento dos serviços e a integração dos estudantes com a comunidade.

A interdisciplinaridade fortaleceu a interação entre os estudantes e a articulação das ações de saúde. Ela foi possível pelo reconhecimento das especificidades de cada área profissional, atingida com diálogo contínuo, buscando superar a fragmentação do conhecimento e, consequentemente, dos serviços.

As vivências em grupo de pesquisa, que estimularam movimentos reflexivos e dialógicos, propiciaram o desenvolvimento da investigação científica e, principalmente, uma pesquisa que esteve mais próxima da comunidade e que implicou na participação dos trabalhadores. Ao estudante, coube também o conhecimento de outras metodologias científicas e das potências que a pesquisa possui.

A presença dos acadêmicos no serviço criou um ambiente de intercâmbio de saberes e práticas entre os profissionais da equipe, que se sentiram valorizados pela possibilidade de contribuir com a aprendizagem dos estudantes. É importante salientar que a inserção estudantil nas Estratégias Saúde da Família (ESF), desde o início do curso, favorece um maior contingente de trabalhadores no setor, além do auxílio no melhor entendimento do SUS (ROCHA, 2012).

Sobre o funcionamento do serviço, foi possível verificar que a presença do estudante é um fator propulsor, que estimula os profissionais à prática reflexiva, reorientando o serviço e aumentando a acessibilidade com a diversificação das atividades e dos horários de atendimento.

Tudo isso implicou na desconstrução de certa concepção sobre a produtividade na saúde, que parece ser o ponto central na visão de alguns profissionais que, muitas vezes, deixam de lado o estudante para cumprir outras demandas – transformações interessantes e também impulsionadas pelo PET.

Objetivo Geral

- Analisar o impacto do PET-Saúde na formação de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem, analisando sua adequação para com as necessidades em saúde mental na atenção primária.

Objetivos Específicos

- Discutir a vivência em campo a partir de conhecimentos acadêmicos;

- Problematizar as práticas em saúde mental realizadas pelos profissionais na Atenção Primária em Saúde, relacionando-as com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de desenho predominantemente qualitativo, embora com elementos quantitativos necessários à técnica de triangulação de dados. Como técnica para busca de informações, foram coletados dados a respeito da dispensação de alguns psicofármacos na base de dados da Prefeitura Municipal DIM (Dispensação Individualizada de Medicamentos), em uma das Unidades. Nas outras duas, que não possuíam base de dados, a pesquisa foi realizada com receitas arquivadas.

O planejamento da etapa qualitativa, incluindo desenho e capacitação dos estudantes, foi ocorrendo concomitantemente. Desde os primeiros meses de 2011, entretanto, priorizou-se a preparação da fase qualitativa, constituída por entrevistas de pacientes e prescritores dos três centros de saúde envolvidos.

Após contato feito pelos preceptores, os estudantes já capacitados realizaram as entrevistas, que foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas. Com o material em mãos, foi realizada uma oficina de 'narrativas'.

A Equipe

Composta por 12 alunos graduandos, distribuídos entre os cursos de Medicina, Fonoaudiologia e Enfermagem; seis preceptores, ou seja, profissionais ligados aos centros de saúde onde foram realizados os estudos; quatro pós-graduandos do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (FCM-UNICAMP); e dois docentes, para o desenvolvimento de um novo conhecimento sobre o uso de psicofármacos para a atenção primária, do Município de Campinas (SP).

Reuniões e Encontros

As atividades dessa equipe de trabalho consistiram, essencialmente, em encontros semanais, nos quais eram definidas tarefas e objetivos a serem cumpridos até o encontro seguinte.

Foram discutidas diversas temáticas, realizadas oficinas, capacitações, leituras de artigos científicos e desenvolvido o planejamento das etapas da pesquisa, sempre de modo participativo. Os encontros tiveram as seguintes temáticas: Apresentação do Projeto; Medicação – Análise Quantitativa; Definição do Projeto para Comitê de Ética; Apresentação: Resultados Quantitativos sobre Medicação; Oficina de Entrevista; Planilha de Medicação; Avaliação 2010/Planejamento 2011; Leitura e Apresentação sobre Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde; Organização de Bolsistas por Campo; Perfil dos Sujeitos Entrevistados; Entrevista; Publicação em Congressos; Construção de Narrativas; Leitura e Validação das Narrativas; Grades Interpretativas; Conclusão da Grade Interpretativa; Revisão das Grades Interpretativas; e Revisão da Análise Final.

O Campo

A busca de informação ocorreu em três unidades básicas de saúde, localizadas em regiões de maior vulnerabilidade social, conforme caracterização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo Demográfico 2000. Optou-se por uma unidade que possui equipes de saúde mental e outras duas que não as possuem. Nosso campo desenvolveu-se em três unidades dos Distritos Sul e Sudoeste: Centro de Saúde Campo Belo, CS Nova América e CS Vista Alegre.

O Centro de Saúde Campo Belo compõe o Distrito de Saúde Sul, com população de aproximadamente 12 mil habitantes. É uma região considerada 100% SUS dependente. A equipe de trabalho é composta por 29 funcionários: três enfermeiras, um clínico, dois pediatras, dois ginecologistas, oito auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal, um recepcionista, uma técnica de farmácia, uma zeladora, um vigilante e uma coordenadora.

O Centro de Saúde Nova América também se localiza no Distrito Sul de Campinas (SP). A população estimada dessa área é de 8,5 mil habitantes, com SUS dependência de 100%, devido ao alto grau de vulnerabilidade – dados levantados pelas agentes comunitárias de saúde da unidade.

O Centro de Saúde Vista Alegre está localizado na Região Sudoeste de Campinas (SP). Segundo os dados do TABNET 2009, a população da unidade é de 24 mil habitantes, todavia, de acordo com o cadastramento de 2008, o CS compreende cerca de 26 mil habitantes, com SUS dependência de 85%, aproximadamente. Possui 70 colaboradores, sendo cada equipe composta pelos seguintes profissionais: enfermeiro, médico generalista, pediatra, ginecologista, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliar de consultório dentário, além de pessoal de apoio. A equipe de saúde mental conta com profissionais de psicologia, de terapia ocupacional e de psiquiatria.

Análise e Interpretação

Utilizou-se como base para o estudo a análise de narrativas construídas durante o projeto PET-Saúde produzidas a partir de entrevistas com usuários dos serviços e prescritores, e também de percepções vivenciadas durante as atividades do projeto.

Entende-se como ‘narrativa’, segundo Burke (2001): “a narração de uma história sobre as pessoas comuns no local em que estão instaladas”, constituindo-se em histórias que podem ser contadas, pois estão no mundo pelo agir social (RICOUER, 1994).

Para Onocko Campos e Furtado (2008),

a narrativa – sendo linguagem – deve sua inserção na economia textual ao diálogo com outros textos e ao conjunto de características sócio-históricas que localizam um contexto. A narrativa abre-se à interpretação ao mesmo tempo em que estabelece condições para sua circulação, recepção e produção. Assim, articula relações de poder, políticas, identitárias, do contexto, percebidas tanto diacrônica quanto

sincronicamente, o que denota a complexa relação das narrativas com os discursos sociais. Na relação entre texto, narrativa e discurso poderiam ser vistas as condições para inserção e circulação dos dizeres sociais, das ideologias e das realidades da vida cotidiana.

Assim, seguindo a proposta dos autores, após serem construídas de forma coletiva e validadas, as narrativas foram organizadas em grades interpretativas a partir de seus núcleos argumentais. Chamamos de núcleos argumentais não o conjunto de frases que somente se referem a um tema, mas trechos maiores, que tentam atribuir a ele algum tipo de explicação em termos de um porquê, de um para quê e de um como a ‘tessitura da intriga sobre esses temas’ (ONOCKO-CAMPOS, 2008) e não os temas levantados. Tendo esse vasto material em mãos, o material foi analisado com a orientadora.

A realização da pesquisa, com caráter participativo (ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2012), propiciou a inserção de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Campinas (SP), desde a fase inicial de desenho do estudo até os processos de análise e interpretação dos resultados, colaborando para minimizar eventuais prejuízos na análise dos dados (FURTADO; CAMPOS, 2008), e na discussão sobre a influência dos estudantes em seu processo de trabalho.

Resultados e Discussão

O processo de construção do projeto PET-Saúde teve uma arquitetura peculiar: a articulação entre diferentes atores (alunos, trabalhadores, gestores, pesquisadores, docentes) impôs distintas percepções sobre o mesmo problema. Afinal, os participantes têm perfis e formações díspares, e circulam em espaços institucionais diversos.

Ademais, o método participativo, que foi a grande aposta desta pesquisa, determina uma série de contratos e pactuações, sempre realizados coletivamente. Para que isso fosse viável e eficaz, foi necessário grande investimento nos encontros coletivos do grupo de pesquisa,

que ocorriam fora do horário de trabalho/estudo e tinham por objetivo organizar a pesquisa, pensar e planejar os passos, e oferecer interlocução entre os diversos atores, além de definir o desenho e os rumos da pesquisa. Os encontros coletivos tiveram grande assiduidade e provocaram 'estranhamento' naqueles que, porventura, aguardavam solicitações e mandos verticais.

Para avaliar a potência desse dispositivo e da metodologia escolhida, foi realizada uma roda de conversa com todos os participantes da pesquisa. Todos puderam falar livremente sobre aspectos positivos e negativos de todo o processo e colocá-lo em análise. Para facilitar a visualização, registraram-se as diversas falas, transformando-as em narrativas.

Sobre a motivação para a composição do projeto, os participantes apontaram diversos fatores, entre eles: o convite de amigos, o fato de conhecerem a professora, terem interesse na área e, até mesmo, as experiências de colegas em outras universidades.

Também referiram-se à importância da utilização da metodologia participativa como ampliadora de seus conhecimentos.

A partir dos encontros, foi possível abordar metodologias que nunca imaginamos existir, com as quais nunca tivemos contato e que podem ser vistas e aplicadas num projeto real. Claro que às vezes nos desorganizávamos, mas isto é comum em um grupo tão grande e nos possibilitou a capacidade de nos articularmos em grupo. E isso é ótimo para a vida acadêmica.

Foi possível democratizar os saberes e nos colocarmos em um mesmo nível. Para muitos de nós, foi o primeiro contato com pesquisa, com o SUS, e serviu como lição para entender esse complexo Sistema. E, mais do que isso, foi uma experiência que, através das entrevistas, suscitou a nossa capacidade de olhar para o outro, de notar como ele pensa e como podemos ajudar esses pacientes.

O aprendizado e a oportunidade de inserção dos participantes do projeto PET em uma pesquisa

interdisciplinar dentro de uma grande universidade apresenta potencialidades práticas verdadeiramente paudadas em ações sobre a organização do trabalho em equipe e a transdisciplinaridade.

Para alguns de nós, que estão nos serviços cotidianamente, foi gratificante voltar a pesquisar. Estando na assistência ou gestão, ficamos mergulhados no cotidiano, e esse espaço nos fez ganhar muito, ao olhar para textos, pensar junto e construir mudanças com a equipe. Além do contato com a universidade e com alunos que nos renovam e qualificam a assistência, pois percebemos novas alternativas, através do matriciamento, trabalho multiprofissional. Afinal, o profissional não trata bem se não tiver interesse, se não consegue dar sequência. Por mais dificuldade de manejar os casos que tenhamos, uma atividade desse porte é um privilégio para todos nós, pois nos faz organizar nossos fazeres e melhorar nossa discussão dos casos. E ajudou muito a compreender os currículos acadêmicos e, com isso, compreender a dureza de tantos profissionais com quem trabalhamos cotidianamente.

Outro ponto fundamental foi o caráter interdisciplinar. Aqui tínhamos alunos e profissionais de diversas áreas (psicologia, medicina, enfermagem, fonoaudiologia, ciências sociais) e, muitos de nós, mesmo estando na mesma instituição universitária, não conhecíamos uns aos outros. Vivemos isolados na própria universidade, então, sabemos que o espaço do PET possibilitou conhecer outras áreas e nos agregar. 'Graças a Deus, passamos por aqui' – revelou um dos participantes.

Os participantes colocaram que a experiência possibilitou reflexões sobre as questões históricas, econômicas e socioculturais daquela comunidade.

Foi uma formação a mais para muitos de nós. As discussões se mostraram importantíssimas,

além do contato com uma população carente e vulnerável, cada qual com diferentes histórias (histórias complexas), e também a parceria com os CSs. (Ricardo Kores e Kamila Belo).

Os estudantes identificaram ganhos imensuráveis, no que diz respeito à vivência no campo.

Há também o contato com problemas de saúde mental, que muitos de nós desconhecíamos. Depois desta experiência, é possível voltar aos nossos estágios e práticas com outro olhar; entender os problemas e os fluxos de saúde mental, que são tão distantes para muitos de nós. (Alcir Dorigatti e Ariane Guissi).

O contato com o paciente nos deu um ganho quanto a sua percepção. E como isso interfere no tratamento é uma percepção que não temos no curso. Ter esta experiência nos sensibilizou e nos leva a uma reflexão para o serviço, no contato com o paciente. (Eliel Faber, Vanessa Contatto e Camila Messor).

Campos (2008) menciona que é de uma reflexão desde as condições econômicas e sociais da população, passando por questões ligadas à subjetividade contemporânea, pela maneira que estão organizados os serviços e que tipo de demanda induzem, que sairão os pedidos, aprofundamento e alargamento da saúde mental na rede básica para defender a vida, diminuir a dor e o sofrimento extremo.

Para os trabalhadores do SUS envolvidos, a interlocução com outros serviços de saúde se configurou como fator determinante na quebra de paradigmas da alienação do trabalho em saúde, que acarreta uma série de posturas inadequadas, como práticas discriminatórias e preconceituosas em relação ao portador de sofrimento psíquico – ações moralistas, normatizadoras e repressivas.

Foi possível verificar que ainda há dificuldade de implantação do que é preconizado pelas políticas públicas. Grande parte das práticas em saúde mental na atenção básica ainda está muito vinculada ao modelo

biomédico, faltando preparo aos profissionais. Apesar disso, os participantes do grupo, após a realização do projeto, trazem verbalmente alguns apontamentos e caminhos para a construção de um SUS que dignifique e traga cidadania a seus usuários.

A medicina moderna tem se caracterizado pela crença irrefutável da infalibilidade dos procedimentos diagnósticos e intervenções terapêuticas. As consequências decorrentes desse processo são minimizadas ao incentivar-se uma nova demanda de percepções e conceitos de saúde envolvendo trabalhadores e a população assistida, principalmente no que se refere ao crescente uso de fármacos em pacientes psiquiátricos. (Waldo Akamini).

Considerações Finais

É possível afirmar, através da série de resultados apresentados, que temos uma homogeneidade nas práticas e, principalmente, na relação dos usuários com a medicação.

O início do tratamento é sempre referido como secundário a uma ‘ruptura’ singular. Todas as narrativas recaem para explicações causais sobre o início dos sintomas psiquiátricos, sempre trazendo aspectos traumáticos da vida dos indivíduos.

Um dos pontos convergentes nas diversas narrativas e grupos de interesse é a valorização do vínculo como aspecto fundamental da construção terapêutica. Não é possível construir práticas longitudinais sem conhecer o profissional que o atende e sem conhecer o usuário e o território em que está inserido.

A rotatividade é um fator importante para a manutenção do vínculo e do cuidado longitudinal. O que observamos é que usuários circulam por diferentes serviços e profissionais, o que gera impacto na condução dos casos e uma possível reavaliação. Tudo isso vem se alinhando com a

ausência de arranjos que permitam maior interlocução entre as unidades, o que amplia a fragmentação.

Não é possível afirmar que a presença de equipes de saúde mental aumente o nível de prescrição de psicotrópicos, mas observamos que a oferta de práticas terapêuticas focadas na promoção ou mesmo em processos não medicamentosos ainda é inócua na análise dos usuários. O que podemos concluir é que a porta de entrada nem sempre é a Unidade Básica de Saúde (UBS). Existem sempre acesso e início de tratamento medicamentoso em diversos pontos de atenção da rede de saúde (ambulatório, pronto-socorro etc.).

A potência em desenvolver novas formas de cuidado está em tecnologias que podem facilmente ser agregadas nas UBSs: o Apoio Matricial mostrou-se potente dispositivo para qualificar a assistência dos médicos e dar mais segurança na condução dos casos. As reuniões de equipe são um espaço prioritário para trocas e construções coletivas no processo de trabalho.

Ainda existe, para os prescritores, uma relação de aspectos dos indivíduos que os torna mais propensos ao sofrimento e necessário tratamento: problemas sociais são vistos como causa e trazem como resposta práticas médicas, reforçando a patologização da pobreza.

As percepções das histórias pessoais obtidas durante a experiência empírica levaram os estudantes a refletir sobre o papel do profissional em formação não

mais como um modelo técnico e referencial em diagnósticos, mas uma referência de mecanismos socioculturais, o que torna nosso aprendizado mais responsável socialmente. Através das narrativas, pudemos observar vários trechos sobre perdas. Entre elas: morte de entes queridos, desemprego, abandonos maternos e/ou paternos, e a falta de acolhimento e apoio da cidade para os recém-chegados ou nascidos.

Vemos que o determinante social destaca-se não só como fator causal, mas entremeando os processos e tecendo uma rede que potencializa as questões de saúde mental, o que caminha para o quadro de hipermedicalização. Observando o aumento da dispensação de ansiolíticos (BRASIL, 2001b), concluímos que a medicalização do social também pode ser entendida como a 'socialização' da medicação, tendo em vista que muitos pacientes relatam nitidamente que a medicação constitui um pilar, um alicerce para a vida do paciente que havia sofrido com o transtorno mental, contextualizando uma ruptura biográfica.

Todos os objetivos preconizados foram alcançados. Por meio do processo de aproximação da universidade com os serviços, foi possível trazer à tona problemas e potências presentes em UBSs; e, com o desenho – que permitiu diversas intervenções no campo – possibilitar que a tríade acadêmica ensino-pesquisa-extensão acontecesse de maneira sólida.

Referências

- AREJANO, C. B. *Reforma Psiquiátrica: Uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção a saúde mental*. Pato Branco: Rotta, 2006.
- BICHAFF, R. O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BORGES, S. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev 2008.
- BURKE, P. *A escrita da história*. Novas perspectivas. São Paulo, Ed. UNESP, 2001.
- BRASIL. *Lei 10216 de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. Diário Oficial, 06 abr. 2001a.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Panorama dos dados do sistema nacional de gerenciamento*

de produtos controlados: um sistema para o monitoramento de medicamentos no Brasil. 2001b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf>. Acesso em 25 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 154, de 24/01/2008*, Cria os núcleos de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. *PET-Saúde*. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306>. Acesso: 12 de Julho de 2012

CAMPOS, R.O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 fev 2012.

CAMPOS, G.W. S. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2008.

CAMPOS, G.W.S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 132-153.

CAMPOS, R; FURTADO, J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2008.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. 1990. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em 25 fev. 2012.

FORTES, S. *Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis*, Rio de Janeiro. 165f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FURTADO, J.P.; CAMPOS, R.O. Participation, knowledge production, and evaluative research: participation by different actors in a mental health study. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, v. 24, n. 11, p. 2671-2680.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 jul 2012.

LUZIO, C.A.; L'ABBATE, S. Mental Healthcare in small and medium-sized cities: resonance of the psychiatric reform. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009.

LOPEZ DE CASTRO, F. et al. Variabilidad en la prescripción farmacéutica de atención primaria en Castilla La Mancha durante 2003. *Revista Española de Salud Pública*, v. 79, n. 5, p. 551-558p, 2005.

OLIVEIRA, A.G.B. *A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental*. 2003. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: Biblioteca da OMS, 2001. (Relatório sobre a saúde no mundo).

ONOCKO-CAMPOS, R. T. ; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health*, v. 42, n. 6, p.1090-1096, 2008.

_____. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 jun 2012.

RIBEIRO, C.S, et al. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 125, n. 5, p. 270-274, 6 set, 2007.

RIBEIRO, W.S et al. Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 31, supl. 2, p. S49-S57, 2009.

RICOEUR, P. *Tempo e narrativa*. Campinas: Papyrus, 1994.

ROCHA, J.S.Y.; CACCIA-BAVA, M.C.G.G. A atenção básica na construção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, set./out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun 2012.

ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990.

SANTOS, A. M. *et al.* Cuidando do Portador de Transtorno mental no domicílio: Um relato de Experiência. *Revista Enfermagem Atual*, v.8, n. 45, p. 33-35, 2009.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, L. Desafio para a atenção básica da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, set 2006 .

_____. Mental health in primary care: ways to reach an integral care. *Ciência & Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TURATO, L. F. P. E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, maio/ago 2004.

Recebido para publicação em Março/2012

Versão definitiva em Junho/2012

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesses: Inexistente