

Observatório em Saúde Mental como dispositivo de educação permanente na Atenção Primária em Saúde

Mental Health Observatory as a device of permanent education in Primary Health Care

Eugênia Bridget Gadelha Figueiredo¹, João Paulo Macedo², Davi Magalhães Carvalho³, Mayara Alves Magalhães⁴

RELATO DE EXPERIÊNCIA – Recebido: abril de 2015 – Aceito: junho de 2021

RESUMO

O "Observatório em Saúde Mental" foi uma experiência de extensão universitária, que articulou ações com o ensino e a pesquisa, no objetivo de diminuir a distância entre a formação profissional, a realidade dos serviços e o trabalho em saúde, a partir das reformas sanitária e psiquiátrica. Para tanto, com base na pesquisa-ação, levantamos as demandas de saúde mental na atenção primária do município de Parnaíba-PI, a fim de realizar ações de educação permanente junto às equipes profissionais, gestores, usuários e estudantes extensionistas, por meio de rodas de cogestão. Como resultados, a partir do levantamento de indicadores em saúde mental e a discussão da realidade sanitária, ambiental e social dos territórios investigados, ampliou-se a capacidade de análise e intervenção dos atores envolvidos, especialmente dos estudantes, que tiveram a oportunidade de vivenciar uma formação voltada para o encontro com a vida e com os acontecimentos do cotidiano dos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Saúde mental. Formação profissional. Educação permanente.

ABSTRACT

The "Mental Health Observatory" was an experience of university extension, which articulated actions with teaching and research, aiming to reduce the distance between professional training, the reality of the services and the work in health, from the sanitary and psychiatric reforms. Therefore, based on action research, we surveyed the demands of mental health in the primary care in the city of Parnaíba-PI to carry out actions of continuing education with professional teams, managers, users and extension students, through co-management meetings. As a result, based on the survey of mental health indicators and the discussion of the sanitary, environmental and social reality of the investigated territories, the capacity of analysis and intervention of the involved actors was expanded, especially the students, who had the opportunity to experience a training focused on the encounter with life and with the events of everyday life in the services.

KEYWORDS: Primary Health Care. Mental health. Professional training. Education continuing.

¹ Mestra em Psicologia pela UFC e doutoranda em Psicologia Social pela PUC-SP. Professora assistente da UFPI, vinculada ao Curso de Psicologia.

² Mestre e doutor em Psicologia pela UFRN. Professor adjunto da UFPI, vinculado ao Curso de Psicologia e ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da UFPI. E-mail: jpmacedo@ufpi.edu.br

³ Graduado em Psicologia, mestre em Políticas Públicas e doutorando em Políticas Públicas pela UFPI. Professor dos Cursos de Psicologia, Odontologia e Direito da Faculdade Ieducare (Tianguá-CE).

⁴ Graduada em Psicologia pela UFPI.

INTRODUÇÃO

Na primeira década do séc. XXI avançou-se sobremaneira na efetivação da Política Nacional de Saúde Mental. Destaca-se a expansão de serviços de base comunitária, acompanhada da inversão do financiamento ao induzir ações territoriais em detrimento da diminuição dos leitos psiquiátricos, além do fortalecimento da rede de atenção psicossocial, inclusive de forma regionalizada, acompanhada, ainda, do fomento de ações de educação permanente, por meio de editais de apoio e supervisão clínico-institucionais e ações de promoção do protagonismo de usuários e familiares.

Apesar de todos esses avanços, ainda é desafiante a superação da lógica manicomial, no sentido de consolidar a estratégia de atenção psicossocial enquanto paradigma ordenador de práticas, organização dos serviços e da própria rede de atenção. Por isso, a necessidade de investir em ações de cuidado que acolham as demandas históricas no âmbito da saúde mental em toda a extensão das redes de saúde: acompanhamento dos casos crônicos de transtornos graves e persistentes no território, mas também relacionados a quadros de transtorno mental comum ou mesmo depressão e ansiedade, comportamento suicida e automutilação no âmbito da atenção básica; casos com histórico de longa internação; necessidades em saúde decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, sem recorrer ao expediente da internação compulsória; suporte à crise e em situações de urgência psiquiátrica; acolhimento e prestação de cuidados para a população em situação de rua; maior oferta de ações para o público infantil-juvenil, especialmente os casos de autismo e a problemática da medicalização do sujeito escolar; o fortalecimento do cuidado e suporte familiar dos usuários; e maior investimento nas ações intersetoriais e aquelas voltadas para coordenação e continuidade de cuidados em saúde mental, por parte das equipes que fazem a Atenção Primária em Saúde (APS)¹.

Para realinhar a capacidade de respostas da Política de Saúde Mental em todo o país, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011², no objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, no âmbito do SUS.

No documento ministerial, a RAPS é constituída por serviços da Atenção Primária, da Atenção Psicossocial Especializada (CAPS, Ambulatórios), da Atenção de Urgência e Emergência (SAMU e UPA 24h), da Atenção Residencial de Caráter Transitório, da Atenção Hospitalar, e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (MS, 2011). Para aprofundar as ações de saúde mental para além dos serviços ambulatoriais e especializados, a APS, que conta com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), passou a cumprir não apenas a

função de porta de entrada, inclusive da saúde mental, mas, principalmente, de agente articulador da RAPS².

No caso da Atenção Primária, esta é caracterizada por um conjunto de atividades tanto de âmbito individual quanto coletivo na perspectiva de oferecer ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde. De acordo com Starfield (2002)³, são princípios fundamentais da APS: 1) acessibilidade, que seria o primeiro contato do usuário e a comunidade com a equipe para a oferta de ações em saúde; 2) abrangência, que trata de desenvolver ações programáticas em saúde para toda população adscrita, considerando suas necessidades sociais e sanitárias; 3) coordenação, que se refere ao trabalho de vigilância epidemiológica e ambiental para programar e avaliar ações; 4) continuidade, que desenvolve de maneira longitudinal a produção do cuidado em saúde para os indivíduos e suas famílias de uma forma mais consistente e ao longo prazo; por fim, 5) responsabilidade, que consiste no trabalho permanente de acompanhamento e vínculo, na perspectiva de acolher as necessidades dos sujeitos e construir caminhos com outros pontos da rede de atenção para, assim, ampliar as ações de cuidado.

Souza e Menandro⁴, em revisão da bibliografia internacional sobre a atenção primária, situam esse nível de atenção como central na organização dos sistemas de saúde. Ademais, os autores ainda pontuam que, pela alta carga de atribuições que recebe, a APS apresenta desafios mundiais. No Brasil, os desafios da APS vão desde o subfinanciamento da saúde (e mais recente com o desfinanciamento a partir da imposição do teto dos gastos públicos por 20 anos), que afeta diretamente a qualidade da infraestrutura, as condições de trabalho e cobertura territorial, até o desmonte da própria Política Nacional de Atenção Básica. Como efeito, repercute na manutenção de práticas ambulatoriais e focalizadas em procedimentos, que dificultam o desenvolvimento do trabalho colaborativo e interprofissional e na baixa capacidade de inovação e produção de tecnologias de trabalho para a superação do modelo tecnoassistencial que reafirma a fragmentação da atenção e do cuidado em saúde^{5,6,7}.

Como forma de incorporar as ações de saúde mental na APS, segundo Souza e Rivera⁸, o Ministério da Saúde propôs as seguintes diretrizes para as equipes de trabalho: a) apoio matricial, que visa proporcionar suporte técnico e pedagógico educativo, em áreas específicas, às equipes responsáveis pelas ações básicas de saúde, tornando possível compartilhar casos/situações entre os profissionais, favorecendo a corresponsabilização do cuidado; b) formação como estratégia prioritária para a inclusão da saúde mental na APS, no objetivo de qualificar as equipes e potencializar a rede, conseqüentemente, qualificar o cuidado; e c) a inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) para possibilitar ações de planejamento e organização dos serviços, bem como, privilegiar a adoção de outras medidas para o setor. Tal inclusão, de acordo com os autores, aumenta as possibilidades

das equipes da APS agirem no acompanhamento e na continuidade de ações para o suporte dos casos de saúde mental, especialmente por considerarem o conhecimento da cultura, das necessidades e preferências de saúde da população.

Uma parcela não pequena dos municípios brasileiros ainda não avançou quanto à proposição de salas de situação em saúde, considerando, inclusive, informações e indicadores em saúde mental, para o planejamento das ações nos serviços, especialmente na APS. Nos municípios de menor porte populacional tal realidade é ainda mais desfavorável, considerando a falta de pessoal qualificado, estrutura e o pouco envolvimento dos profissionais com ações de base epidemiológica e de gestão do cuidado, que devem ser incorporadas ao trabalho clínico⁹. Essa dinâmica tem grandes possibilidades de ser propositiva e resolutive se estreitar as relações e os espaços de diálogo/ação entre o ensino-serviço-comunidade, a partir da educação permanente em saúde.

Nesta perspectiva, e com o objetivo de fomentar a aproximação entre a formação profissional e a realidade dos serviços locais, bem como, contribuir com a qualidade da gestão do trabalho em saúde, a partir do paradigma da produção do cuidado integral, propomos pelo Campus Ministro Reis Velloso da Universidade Federal do Piauí, localizado no município de Parnaíba, o Projeto de Extensão Observatório em Saúde Coletiva, composto por estudantes de graduação dos cursos de Psicologia e Fisioterapia, além de professores orientadores de ambos os cursos, tendo como principais eixos de investigação/ação: necessidades de saúde da população, gestão do trabalho e gestão do cuidado em saúde mental na APS, de modo a serem incorporados à formação de discentes, docentes e trabalhadores. O projeto visou o mapeamento dos territórios e seus indicadores de saúde, dos processos de cuidado desenvolvidos e do trabalho em equipe no objetivo de contribuir com: as ações de planejamento e avaliação das ações da APS do município; a reorganização dos processos de trabalho das equipes; o desenvolvimento de ações de cogestão do cuidado; de controle social e articulação de redes de atenção; além do incremento na formação dos atores implicados.

O presente estudo apresentará um recorte dessa experiência ao tratar sobre as demandas de saúde mental na atenção primária do município de Parnaíba-PI, por meio de experiência em educação permanente em saúde, a partir de levantamento de indicadores e realização de rodas de cogestão.

MÉTODO

O projeto de extensão Observatório em Saúde Coletiva adota os princípios e procedimentos apontados pela Pesquisa-Ação-Participante (PAP), que assume postura científico-política de conhecer para transformar. Assim, nos detemos em conhecer as relações que se apresentam ao mesmo tempo

como produto e produtoras do processo saúde-doença em territórios marcados pelo cerceamento de direitos e o esgarçamento do tecido social.

Fals Borda¹⁰, assim sintetizou o conceito da PAP:

Trata-se de uma metodologia dentro de um processo vivencial, um processo que inclui simultaneamente educação, pesquisa científica e ação social ou política, e no qual se consideram como fontes de conhecimento: a análise crítica, o diagnóstico de situações e a prática cotidiana.

Ao longo dos dois anos de execução do projeto, biênio 2011-2012, foram desenvolvidas três etapas/momentos de investigação/ação complementares e articulada/os, estruturantes da proposta de pesquisa-ação-participante. No primeiro momento foram realizadas visitas domiciliares em áreas cobertas por agentes comunitários de saúde (ACS), com o objetivo de levantar dados relativos às necessidades de saúde da população adscrita, aspectos relacionados à saúde mental, acesso a equipamentos de saúde, observando as condições socioassistenciais e possíveis determinantes de saúde: condições de moradia, emprego e renda, escolaridade, acesso a saneamento básico, acesso à assistência social e benefícios sociais. Vale salientar que, ao longo da realização desse levantamento, o município contava com 35 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), duas Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e quatro Equipes do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF). As atividades, no entanto, envolveram 25 equipes do município, devido à não adesão de todas as equipes do município à proposta.

O segundo momento consistiu em acompanhar o cotidiano de trabalho de três equipes da ESF com o objetivo de levantar as potencialidades e desafios presentes na gestão do trabalho e do cuidado em saúde mental. O critério de inclusão das equipes para esse segundo momento levou em consideração o trabalho de matriciamento realizado pelo NASF às ESF do município e a situação de vulnerabilização dos territórios. Estudantes dos cursos de Fisioterapia e Psicologia acompanharam a equipe e/ou ACS em visitas domiciliares a usuários com demanda em saúde mental dos respectivos territórios, bem como participaram do cotidiano das equipes nos serviços. Adentrar o território das três unidades referidas propiciou o trabalho de busca ativa de: pessoas com transtorno mentais comuns (TMC); pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo e nocivo de álcool e outras drogas; que fazem uso contínuo de psicotrópicos; com histórico de internação psiquiátrica; e até mesmo que viviam em situação de cárcere privado ou condição de abandono e maus tratos.

Concomitantemente ao primeiro e ao segundo momento, docentes, discentes e profissionais participaram de rodas de conversa, oficinas, discussão de casos e leituras dirigidas sobre metodologias de pesquisa, conceitos-operadores da saúde coletiva e atenção psicossocial, e estratégias de gestão do cuidado em saúde a partir da realização de visitas domiciliares, busca ativa e do projeto terapêutico

singular, uso de instrumentos de registros e diário de campo.

No terceiro momento, realizaram-se rodas de cogestão envolvendo 31 estudantes de psicologia e fisioterapia da UFPI, usuários, profissionais e gestores da APS e dos serviços de saúde mental do município, de modo a apresentar e discutir os dados levantados e o quadro sanitário dos territórios investigados, incluindo as demandas em saúde mental, as potencialidades e desafios enfrentados pelos serviços com o objetivo de delinear e pactuar ações de cuidado e intervenções.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa, atendendo aos aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução nº 466/2012, com CAAE nº 0338.0.045.000-11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Parnaíba está localizado no litoral piauiense, sendo referência para 10 municípios da 1ª Regional de Saúde, a Planície Litorânea. De acordo com o IBGE, Parnaíba tem população estimada de 153.482 habitantes e nos últimos 15 anos houve o fortalecimento de sua vocação turística, considerando que é porta de entrada para o Delta do Parnaíba, e se constituído como polo universitário, com o desmembramento do Campus Ministro Reis Velloso da UFPI em Universidade Federal do Delta do Parnaíba, com oferta de cursos da área de saúde como medicina, psicologia, fisioterapia, biomedicina, além da presença de Instituições de Ensino Superior (IES) privadas.

Em linhas gerais, o trabalho de levantamento da situação de saúde dos territórios das unidades básicas de saúde de Parnaíba apontou para problemas básicos de saúde, que vão desde a desatualização do cartão de vacinação, carência nutricional, anemia, verminoses, diarreias, gripes e problemas respiratórios, associados a condições precárias de vida, problemas de saneamento, coleta de lixo, doenças endêmicas, doenças crônicas (diabetes, hipertensão e demais doenças do coração e/ou neurológicas), além dos índices de violência e criminalidade e vítimas de acidentes de trânsito.

Tal contexto sinaliza a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, que envolve múltiplos determinantes, diferentes contextos sociais e dinâmicas entre os territórios e população adscrita. Expõe que nenhum serviço, equipe e política pública, consegue responder sozinho aos desafios postos, portanto, sendo necessário um trabalho articulado entre as políticas para atender às necessidades de saúde da população.

Especificamente sobre as necessidades em saúde mental nos territórios investigados, verificamos a partir das informações levantadas o registro de 470 famílias atendidas pelas equipes das UBSs em que, pelo menos, uma pessoa da família faz uso de psicofármacos, sendo 32,6% com uso de ansiolíticos, 41,3%

de antidepressivos e 26,1% de antipsicóticos. Os diagnósticos mais frequentemente apresentados foram: esquizofrenia, depressão, quadros de ansiedade, epilepsia, insônia e distúrbios alimentares. Ademais, foram identificados 12 casos de cárcere privado envolvendo pessoas com quadro psicótico e/ou demencial, acompanhado ou não de crise aguda no momento de realização da visita, sendo que a maioria estava com mais de cinco anos sem qualquer avaliação ou acompanhamento médico/psicológico. Dos 12 casos que se encontravam em cárcere privado, três não faziam uso de qualquer medicamento, seis estavam presos em cômodos que se assemelhavam a celas com grades, e os outros estavam amarrados a correntes. Todos os casos eram de conhecimento das equipes e da Secretaria de Saúde do município.

Diante dos casos identificados, no geral, as equipes se restringiam a encaminhamentos para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), prescrição de medicamentos e atualização de receitas psiquiátricas. Chamou a atenção o fato de apenas sete equipes, na época, manterem atualizados os registros concernentes aos casos de saúde mental dos seus territórios (consultas e prescrição de medicamentos). As demais entendiam que, o fato de o paciente apresentar alguma demanda em saúde mental o colocava sob a responsabilidade do CAPS para realizar o devido acompanhamento do caso. Como consequência, para estas unidades, a APS não era concebida como porta de entrada e ordenadora da RAPS. Do mesmo modo, não recebiam bem as tentativas de matriciamento em saúde mental por parte do NASF. Pelo contrário, entendiam que se no NASF havia psicólogos, estes é que deveriam prestar o devido atendimento, ou seja, reduzindo a saúde mental a uma determinada profissão, como problema intrapsíquico, ou a prescrição medicamentosa.

Os profissionais das equipes investigadas reconhecem as dificuldades e desafios para identificar, acolher e acompanhar os casos de saúde mental dos seus territórios, bem como as lacunas na formação no que se refere à produção de cuidado a pacientes psiquiátricos.

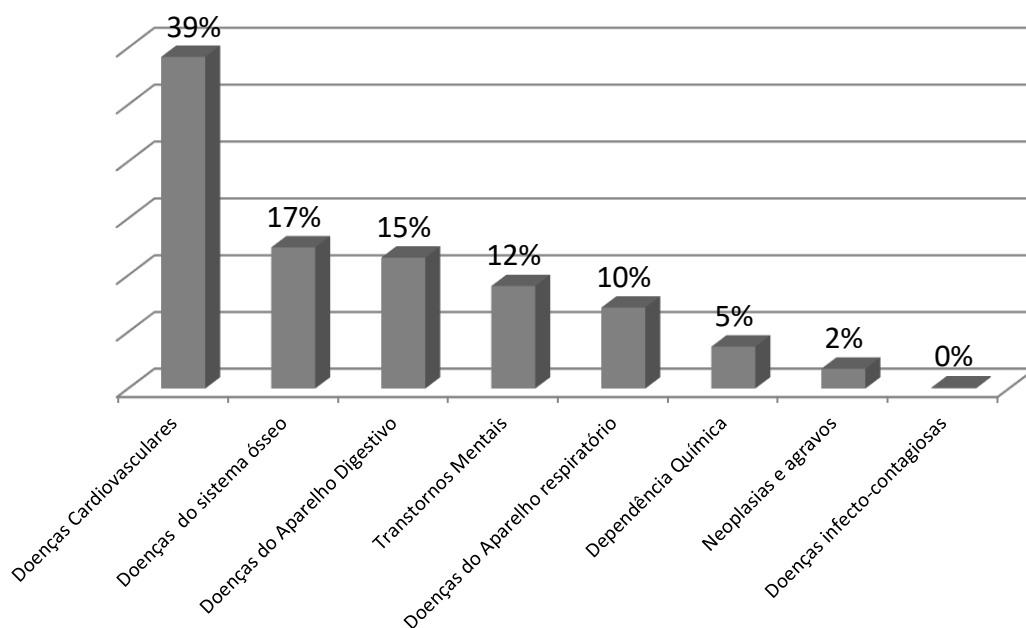
O conhecimento produzido acerca das demandas de saúde mental na atenção básica do município de Parnaíba nos fez avançar em direção ao segundo momento, que consistiu no mapeamento dos processos de gestão do trabalho e produção do cuidado junto a esses usuários pelas equipes da ESF, parceiras e sujeitos do projeto. Embora fosse importante avançar sob este momento junto a todas as equipes do município, acompanhamos mais de perto somente três que atuavam em territórios vulnerabilizados, do ponto de vista psicossocial e sanitário, e que recebiam apoio matricial do NASF.

Para operacionalizar esse segundo momento, realizamos visitas domiciliares a 849 famílias adstritas a três unidades básicas de saúde. A caracterização dessas famílias pode ser assim visualizada: maioria da população é jovem e em idade produtiva; possui o ensino médio incompleto, apesar de 18% serem analfabetos; apresentam renda variando entre $\frac{1}{2}$ a 2 salários mínimos; com o predomínio da religião católica. Quanto às condições de moradia, 73% moram em casa própria, 97% das moradias são

de alvenaria, a maioria possui mais de 4 cômodos e piso de cerâmica, 97% têm acesso à energia elétrica e a água da rede pública, 13% não tratam a água para consumo, 96% contam com fossa séptica e 95% utilizam o sistema de coleta de lixo do município.

Apesar das UBSs investigadas nesse segundo momento estarem localizadas na região da cidade que concentra maior número de serviços de saúde, somente 66% das famílias pesquisadas recorrem primeiro à unidade de saúde do seu bairro ou localidade quando necessitam de algum tipo de atenção em saúde. Esse é um dado preocupante, pois indica a fragilidade que a APS de Parnaíba tem de atuar como porta de entrada e ordenadora do cuidado no sistema. Além disso, indica a impossibilidade de desenvolver o cuidado integral, inclusive, no tocante à promoção, prevenção e proteção à saúde frente aos problemas mais frequentes identificados no estudo:

Figura 1 - Problemas de saúde mais frequentes nas famílias pesquisadas (N=849)



Fonte: elaborada pelos autores

A maioria das famílias pesquisadas não participa de nenhum grupo comunitário no território, e somente 24% participam de grupos religiosos. Apesar da baixa renda, considerando o valor per capita por família, 80% das famílias não estão inseridas em nenhum programa de transferência de renda ou projeto social.

Quanto aos resultados da busca ativa em saúde mental, do total de 849 famílias, identificamos queixas difusas (n=61), quadros de insônia (n=51), depressão (n=48), ansiedade (n=10), psicose (n=6) e comportamento suicida (n=3). Chama a atenção o maior número de casos que apresentam sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, episódios de ansiedade, queixas

somáticas, conhecidos como transtornos mentais comuns. Casos de transtornos mentais moderados, severos e persistentes também foram encontrados, porém em menor número. Tais dados apontam o quanto é necessário o trabalho de levantamento de indicadores, por meio de instrumentos de rastreio em saúde mental, acompanhado de ações de busca ativa pelos serviços da APS da localidade^{11,12}.

O objetivo é o melhor planejamento das ações e enfrentamento de um problema clássico entre os profissionais que atuam na APS, que é o pouco manejo e o receio/medo em trabalhar com casos de saúde mental em termos de acolhida, acompanhamento de cuidados primários e de suporte à família e fortalecimento das relações comunitárias do usuário¹³. No geral, quando há algum tipo de assistência específica a caso de saúde mental nos territórios pesquisados fica reduzido à lógica diagnóstica acompanhado da medicalização e encaminhamentos para níveis mais complexos de atenção¹⁴.

Entre o total de famílias visitadas (n=849), 41,1% fazem uso de medicamentos psicotrópicos, sendo 76,3% de ansiolíticos, 17,5% de antidepressivos e 6,2% por demais medicamentos tranquilizantes ou indutores de sono. Quanto à relação queixa-medicação, identificamos o Rivotril e o Diazepam como os mais comuns para os quadros de queixa difusa e ansiedade; o Amitril e a Fluoxetina como antidepressivos; e o Dormonid para indução do sono. Apesar da baixa renda, 82,5% dos entrevistados que utilizam tais medicações acabam financiando-as com recursos próprios e somente 17,5% as recebem nas unidades de saúde do município. Quanto ao tempo de uso do medicamento, 10,1% usam há menos de um ano, 11,2% a mais de um ano, 45% entre 3 e 6 anos, 3,7% entre 7 e 10 anos e 30% há mais de 10 anos. Quanto à frequência, 87,5% tomam a medicação uma vez ao dia e 12,5% duas vezes. Sobre a revisão da medicação, 62,5% responderam que é feita em um período menor que seis meses, 27,5% maior que seis meses e 10% referiram não terem revisado a medicação até aquela data.

Sobre a relação médico-paciente, 22,5% não conversam com seu médico sobre o medicamento que utilizam, no tocante a esclarecimento de dúvidas, efeitos colaterais, benefícios etc., e 11,2% desconhecem a finalidade da medicação que utilizam. Quanto ao lugar do medicamento na vida dessas pessoas, 60% responderam que não conseguem viver sem tomá-lo, sendo que 10% entre os entrevistados já se automedicaram. Por outro lado, 5% chegaram a afirmar que o medicamento não as fazem apresentar qualquer melhora do seu quadro sintomatológico; 55% fazem ou já fizeram acompanhamento com psiquiatra ou psicólogo; e 41,2% possuem familiares que também são pacientes de saúde mental (irmãos, tios, filhos, sobrinhos). Todos os casos identificados foram unânimes em afirmar que gostariam de não precisar fazer uso de qualquer medicamento para lidar com suas dificuldades e sofrimentos.

Muitos estudos têm debatido sobre o uso indiscriminado de psicotrópicos como um dos principais impasses da saúde mental na atenção primária. A cultura medicamentosa imposta contribui demasiadamente para a manutenção do modelo biomédico, especialmente na saúde mental que figura

como asilar e excludente. Tal modelo pressupõe um processo doença-cura em que os determinantes orgânicos são seu principal agente causador, excluindo-se (ou minorando) os determinantes sociais do processo saúde-doença: condições de vida, de moradia, renda, organização e problemas familiares, situações de desemprego, violência, uso de álcool e outras drogas, acidentes domésticos e de trânsito, perda de pessoas próximas, falta/inexistência de projetos de vida e de futuro. Os processos de trabalho decorrentes da lógica biomédica centram-se na supressão do sintoma, por meio da medicalização e hospitalização, ou seja, na objetificação do paciente, cujos saberes envolvidos encontram-se hierarquizados pelo protagonismo médico¹⁵.

Nesse contexto, a prescrição dos psicofármacos tem tomado relevante expansão. Em vários países do mundo, como os Estados Unidos e o Chile, o índice de pessoas que utilizam tais medicamentos, inclusive sem prescrição médica, é alarmante¹⁶. No Brasil não é diferente. Os benzodiazepínicos são usados por 1,6% da população adulta e geralmente como suporte para lidar com problemas cotidianos¹⁷. Segundo a OMS, o uso racional corresponde ao tipo de medicamento que o paciente necessita, a dosagem correta e atenta por um determinado período, com custo acessível¹⁸. Parâmetros que precisam ser observados com critério técnico na realidade investigada.

Sobre outras necessidades referidas por quem faz uso de psicotrópico, 18,7% têm diabetes, 50% sofrem de hipertensão e 51,2% sofrem com outras demandas como problemas ósseos e cardíacos. Além disso, 21,2% têm membros da família com necessidades decorrentes do uso de álcool, 48,7% afirmaram ter dificuldades econômicas, 13,7% sofrem ou já sofreram violência doméstica, 5% têm problemas com a justiça, 2,5% têm preocupações quanto à falta de emprego, 17,5% não recebem apoio familiar. Tal quadro indica a necessidade de avançar com ações clínicas e sociais de maneira integral diante dos casos de saúde mental nos territórios investigados, e não os reduzir apenas às queixas e problemas mentais, sob o julgo da prática medicamentosa.

Por fim, 37,5% dos casos visitados não contam com apoio e suporte em saúde mental na comunidade. Somente 3,7% frequentam grupos comunitários, 2,5% buscam apoio na escola e 61,2% na igreja. Retomamos aqui a necessidade de as equipes da APS apostarem em ações protetivas e de prevenção de saúde, no sentido de avançar sob as ações de reinserção social e de fortalecimento da autonomia dos usuários e familiares.

Ao vivenciarmos o cotidiano dos serviços das três equipes, observou-se que os profissionais destinam a maior parte de seu tempo de trabalho a atendimentos individuais. As atividades com grupos, reuniões de equipe e visitas domiciliares ocorrem com regularidade em somente uma das equipes. Nas demais UBS visitadas, tais atividades não são desenvolvidas por motivo de falta de espaço físico. Somente com a chegada do NASF é que têm ocorrido atividades em grupo com os idosos dessas unidades utilizando

outros espaços do território, como o salão paroquial do bairro. No caso das reuniões de equipe, estas não ocorrem de maneira sistemática. Na maior parte das vezes, as pautas são meramente administrativas: escala de férias e entrega da produção dos ACS.

Pouco se observou de discussões de casos clínicos durante as reuniões que ocorreram, planejamento e desenvolvimento de propostas de intervenção a partir da realidade epidemiológica de cada unidade. Os ACS participam exclusivamente das visitas domiciliares, com raras exceções há o acompanhamento de outros profissionais (médico e enfermeiro). Não há uma meta de visitas diárias e nem um planejamento considerando o perfil epidemiológico e as necessidades sociais e de saúde da população. Nas visitas, o agente faz o acompanhamento das famílias da microárea de sua responsabilidade, de maneira que as demandas são encaminhadas e agendadas junto a equipe. Os demais profissionais acabam se organizando no serviço em torno do saber e disponibilidade do médico. Tal situação acaba por inibir a produção de cuidado por outros profissionais da equipe, em especial, os ACS, que

[...] não se sentem empoderados para realizar práticas de cuidado, acolhimento e estabelecimento de redes de circulação para os usuários a partir do conhecimento que adquirem com a experiência diária no território onde trabalham¹⁹.

O terceiro momento tratou das rodas ampliadas de cogestão e envolveu estudantes, usuários, profissionais e gestores da APS e dos serviços de saúde mental do município. Ressalta-se que foi a primeira experiência dos três serviços nesse tipo de ação. A ideia era provocar a partir do método da roda – espaços coletivos de cogestão envolvendo diferentes sujeitos e organizações²⁰ – uma espécie de sala de situação ampliada, envolvendo as demandas em saúde mental, no objetivo de aumentar a capacidade de análise e intervenção dos atores envolvidos sobre os problemas e desafios constantes na realidade em que vivem.

Enquanto método proposto por Campos²⁰, e sistematizado por Massuada²¹, a roda parte da identificação de temas; da identificação de prioridades; análise crítica das avaliações técnicas, considerando o contexto e o que os diferentes participantes apresentam como interesses e desejos em torno das problemáticas, possibilidades e limites encontrados; por fim, a construção de ações coletivas na forma de planos operativos, elaborados e pactuados de modo participativo, identificando ações a serem realizadas, metas, responsáveis e prazos.

A proposta da roda, além de ser um potente dispositivo de cogestão e integrar a clínica com a política e com a gestão, também é um importante dispositivo de educação permanente em saúde; de produção de encontros e vínculos entre os profissionais, gestores e usuários; além do acolhimento de demandas e necessidades da comunidade e dos trabalhadores da saúde, e partilha de experiências. Espaços como estes são cada vez mais necessários para reposicionar processos de trabalho e estratégias

de cuidado, substituindo modos de trabalho pautados em modelos assistenciais hierarquizados, fragmentados e burocráticos, orientados por tecnologias de escuta seletiva, procedimental, sob a lógica do encaminhamento e pelo afã curativo a partir da reprodução da concepção hegemônica de saúde/doença, tal como observamos na realidade investigada.

A participação de estudantes e usuários em todo o processo foi, sem dúvida, uma experiência transformadora. Por parte dos usuários, estes estiveram presentes na roda de cogestão somente em um dos territórios investigados (devido à relação construída pela UBS com a comunidade). O dispositivo-roda, enquanto método participativo, provocou a ampliação da concepção de saúde dos participantes, compreendendo os muitos outros determinantes do processo saúde-doença, fortalecendo a participação corresponsabilizada no cuidado individual e coletiva de sua saúde, além de fortalecer a participação comunitária. Por parte dos estudantes, a experiência de terem circulado pelo tecido comunitário; compreendido os modos de vida e os condicionantes dos processos saúde-doença; visitado domicílios e encontrado com a população-usuária e seu campo de necessidades e sofrimentos; além de terem estabelecido vínculos, vivenciado o acolhimento, manejado a tecnologia da escuta (ampliando-a para além do seu campo de especialidade profissional); e de terem construído relações de trabalho em equipe e cooperação no fazer saúde, discutido casos clínicos, participado de atividades coletivas e do método da roda, fez com tenham vivenciado outro modo de formarem-se profissionais para o SUS.

Trata-se, portanto, de uma formação baseada na experiência e não apenas na informação; uma formação sintonizada com a abertura e encontro com a vida e com os acontecimentos do cotidiano dos serviços, de maneira a aproximar os estudantes da experiência clínica, da aprendizagem por observação, da escuta, da convivência com o paciente, com a família e a comunidade, mas também da gestão dos processos de trabalho, da produção do comum, e de como pensar a política pública²².

CONCLUSÃO

Os desafios para avançar na qualificação das ações de saúde mental na Atenção Primária são inúmeros. Vão desde transformar a lógica da ação profissional voltada eminentemente para a doença e com foco no consumo de procedimentos e encaminhamentos para os níveis especializados de atendimento; ampliar as ferramentas de trabalho para atuar em diferentes âmbitos (pessoal, familiar e sociocultural), com ações intersetoriais, visando à promoção da saúde e o protagonismo dos usuários e familiares; avançar em dispositivos clínico-políticos que garantam a perspectiva da produção e garantia da continuidade do cuidado e gestão compartilhada dos casos no território, com o fortalecimento dos vínculos e espaços de sociabilidade e produção de vida²³.

A proposta do Observatório em Saúde Mental pretendeu dialogar com tal perspectiva e contribuir com processos de educação permanente em saúde junto a atenção primária do município de Parnaíba. Para tanto, identificou-se, ao longo, do estudo, a necessidade de trabalhar com ferramentas que pudessem levantar informações sobre as necessidades em saúde mental na atenção primária, sobressaindo a realidade do alto consumo de medicamentos psicotrópicos, alguns já há algum tempo sem avaliação e acompanhamento, casos de transtorno mental comum, casos de cárcere privado, e demais situações de vulnerabilidade que implicam em situações de sofrimento psíquico. Por meio das rodas de cogestão foi possível implicar trabalhadores, gestores, usuários e estudantes na discussão da realidade sanitária, ambiental e social dos territórios investigados, e ampliar a capacidade de análise e intervenção dos atores envolvidos. Em articular, os estudantes que participaram do projeto de extensão tiveram a oportunidade de vivenciar uma formação voltada para o encontro com a vida e com os acontecimentos do cotidiano dos serviços, fortalecendo a relação ensino-serviço-comunidade.

A experiência do projeto de extensão em tela possibilitou a realização, em seguida, do Programa de Educação Tutorial (PET) Redes de Atenção, financiado pelo Ministério da Saúde, também voltado para estudantes de Psicologia e Fisioterapia. E, posteriormente, ambas as experiências foram balizas para alçar voos mais altos para apresentar a proposta de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, apoiado pelo MEC, em curso desde 2016. Por fim, apostamos que a curricularização da extensão abrirá muitas portas para o fortalecimento da extensão universitária, na perspectiva da articulação ensino-serviço-comunidade, com foco em metodologias participativas e vivenciais, para que a formação dos futuros profissionais possa basear-se na experiência do/para os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos EM. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 17-74.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a implantação da rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2011 Dez 23.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
4. Souza LGS, Menandro MCS. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. *Physis* [Internet]. 2011 [acesso em 2021 fev. 03]; 21(2):517-539. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a10v21n2.pdf>.

5. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 2021 fev. 03]; 24(Sup1):7-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>.
6. Merhy EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005. p. 195-206.
7. Feuerwerker L. Modelos técnicos assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface* [Internet]. 2005 [acesso em 2021 fev. 03]; 18(9): 489-506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>.
8. Souza AC, Riveira FJU. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev Tempus Actas Saúde Colet.* [Internet]. 2010 [acesso em 2021 fev. 03]; 4(1): 105-14. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/945/891>
9. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde Debate* [Internet]. 2012 [acesso em 2021 fev. 03]; 36(94): 375-391. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a10v36n94.pdf>.
10. Fals BO. Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: Bradão CR, Rodrigues, organizadores. *Pesquisa participante*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense; 1987. p. 34- 41.
11. Bordin IAS, Paula CS. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: Mello AA, Mello MF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 101-117.
12. Barros RB. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicol. Soc.* [Internet]. 2005 [acesso em 2021 fev. 03]; 17(2): 21-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27040.pdf>.
13. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de saúde da família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2009 [acesso em 2021 fev 03]; 14(1): 173-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a23v14n1.pdf>.
14. Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis* [Internet]. 2011 [acesso em 2021 fev. 03]; 21(2): 541-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a11v21n2.pdf>.
15. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
16. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2009 [acesso em 2021 fev. 03]; 14(Sup1): 1483-92. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.pdf.
17. Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde Coronel Fabriciano, Minas Gerais. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 [acesso em 2021 fev. 03]; 17(1):157-66. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a18v17n1.pdf>.
18. Brasil. *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

19. Camuri D, Dimenstein M. Processos de trabalho em saúde: práticas em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Saúde soc* [Internet]. 2010 [acesso em 2021 fev. 03]; 19(4): 803-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/08.pdf>.
20. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
21. Massuda A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. In: Campos GWS, Guerreiro AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 179-205.
22. Kastrup V. Um mergulho na experiência: uma política para a formação de profissionais de saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-162.
23. Dimenstein M, Lima AIO, Macedo JP. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na atenção primária. In: Paulon S, Neves R, organizadoras. *Saúde mental na atenção básica*. Porto Alegre: Sulinas; 2013. p. 39-60.