



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM

ÁLISSAN KARINE LIMA MARTINS

**CÍRCULOS DE CULTURA EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS DE  
EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

FORTALEZA

2009

ÁLISSAN KARINE LIMA MARTINS

**CÍRCULOS DE CULTURA EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS DE  
EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ângela Maria Alves e Souza

FORTALEZA

2009

M341c Martins, Álissan Karine Lima

Círculos de cultura em saúde mental: perspectivas de equipes da Estratégia Saúde da Família / Álissan Karine Lima Martins. – Fortaleza, 2009.

156 f. : il.

Orientador: Profa. Dra. Ângela Maria Alves e Souza

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza-Ce, 2009

1. Saúde Mental 2. Serviços Comunitários de Saúde Mental 3. Promoção da Saúde 4. Programa Saúde da Família 5. Atenção Primária à Saúde I. Souza, Ângela Maria Alves e (orient.) II. Título

ÁLISSAN KARINE LIMA MARTINS

## **CÍRCULOS DE CULTURA EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Promoção da Saúde

Data da Aprovação: 02 de dezembro de 2009.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ângela Maria Alves e Souza (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Ruth Macedo Monteiro  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Neyva da Costa Pinheiro  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Violante Augusta Batista Braga (Suplente)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

*Dedicatória especial a Maria (IN MEMORIAM) que morreu em pleno sofrimento mental na comunidade, e a tantos outros cujo descaso leva a lutarem sozinhos contra um gigante invencível, a doença mental instituída pela sociedade.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, por Sua fidelidade em todos os passos que tenho trilhado. Pelo cuidado do suprir de cada dia e pelas conquistas dadas no decorrer da minha vida. Que em mim a Tua vontade se concretize todos os dias.

Aos meus grandes mestres da vida, minha mamãe Emília Regina Lima Martins e meu papai José Ferreira Martins Sobrinho, pelo incentivo e suporte em todas as horas. Sem vocês, nada disso estaria acontecendo. São presentes de Deus em minha vida, jóias raras dadas pelo Criador.

Às minhas irmãs Andressa Kelenn Lima Martins e Alessandra Késsia Lima Martins, pelo companheirismo e ajuda quando se fizeram necessárias, pela escuta e carinho, mesmo diante da rotina de cada uma.

Aos pequenos Ian Martins Carneiro e Melissa Martins Carneiro, pela leveza e inspiração que me motivam a querer lutar por um mundo melhor para vocês.

Ao Pedro Emanuel Barros Tavares, pelo fato de em tão pouco tempo, já estar fazendo parte do meu dia a dia, me trazendo alegria, paz, carinho, amor, coisas fundamentais para me sentir bem e feliz.

À minha querida orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ângela Maria Alves e Souza, por acreditar em mim e, mesmo diante do novo, me aceitar como orientanda. Pelo incentivo e ensino quanto ao lidar com o outro, a ir além do discurso e agir de modo a deixar marcas da atuação da Enfermagem como profissão envolvida no cuidar. Sua determinação e competência serão alguns dos muitos exemplos a serem seguidos por mim.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Violante Augusta Batista Braga porque, desde cedo, com simplicidade e abertura, está embasando e contribuindo ricamente durante as disciplinas, no Grupo de Pesquisa de Políticas e Práticas em Saúde

(GRUPPS) e nos momentos de constituição das bancas para conhecimentos e reflexões no sentido de uma saúde mental crítica e reflexiva.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Neyva Costa Pinheiro, pela doçura e ajuda com os elementos necessários para a compreensão de um fazer diferente no campo da Educação em Saúde, em particular com o Método de Paulo Freire.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Ruth Macedo Monteiro, pela disponibilidade e acesso concedidos para contribuir na solidificação deste estudo.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Oliveira Ferreira Filha, pelas sugestões dadas no Exame de Conhecimentos Gerais, que permitiu melhor estruturação do projeto ao que hoje é uma dissertação.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), pelas ricas contribuições no campo da formulação de conhecimentos, incentivo a pesquisa e busca da excelência.

Ao corpo discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelas trocas e compartilhar de experiências, seja nas disciplinas ou momentos informais de contato.

À Coordenação de Apoio Pessoal de Ensino Superior (CAPES), pelo suporte financeiro, importante incentivo para produção de conhecimento.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas em Saúde (GRUPPS), pelas discussões e promoção de espaços férteis para trocas no âmbito da promoção da saúde mental, no sentido prático e teórico.

Às funcionárias da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Joelna Eline Veras, Walma Laena Teixeira Costa, Jacqueline Vasconcelos e Nadja Thaís Rodrigues por, mesmo distante, através do *e-mail* ou telefone, estarem disponíveis para viabilizar pontes de contato e informações importantes ao andamento do curso.

Às funcionárias Jucilene Alves Veloso (Jú) e D. Cleirismar dos Santos Amorim, pelo sorriso e interesse em ajudar do seu modo durante as atividades desenvolvidas no curso do momento presencial do mestrado.

Aos membros da equipe do PSF N<sup>o</sup> 23 e N<sup>o</sup> 53, pelo acolhimento durante a pesquisa e pela vontade de fazer diferente diante da realidade. Aos que não participaram por estarem sempre abertos a contribuir e àqueles que estiveram circulando em espaços de saúde mental, por edificarmos juntos tantos conhecimentos e experiências.

À Dr.<sup>a</sup> Maria da Paz Andrade Monteiro, assessora do Núcleo Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, à Dr.<sup>a</sup> Márcia Rodrigues Martins Ferreira, coordenadora da Atenção Básica e à Dr.<sup>a</sup> Fabiana Alves Cardoso, coordenadora do Distrito Sanitário IV, pela atenção e acolhida ao projeto desde os momentos iniciais, importante passo para concretização deste estudo.

Às amigas do Programa de Pós-Graduação e da vida, Adriana Gomes Nogueira Ferreira e Rosilene Santos Baptista, por todos os momentos de compartilhar de experiências, conhecimentos, vivências e dificuldades. Com o cuidado de vocês, as coisas foram mais felizes e gratificantes. Também ao amigo Aldenis da Silva Machado, por todos os momentos de companhia, descontração e apoio.

Às amigas Maria de Fátima Bastos Nóbrega e Joyce Mazza Nunes, pelos caminhos abertos de amizade e trabalho em grupo, importantes ferramentas para o sucesso no âmbito da vida.

À amiga de mestrado Angélica Mota Marinho, por dividir espaços de discussão e formulação nas disciplinas no campo da saúde mental.

Aos meus familiares Reginaldo da Silva Lima, Ana Lúcia do Nascimento Lima, Lillyan Jéssica do Nascimento Lima e Ariel Jefferson do Nascimento Lima,



pela primeira acolhida em Fortaleza, pelo cuidado e zelo nos seis meses da jornada do mestrado.

Aos amigos e eternos professores Joseph Dimas de Oliveira e Glauberto da Silva Quirino, que, desde a graduação, tem sido grandes influenciadores da arte da pesquisa. Obrigada pelo apoio no campo das idéias e pela torcida.

Ao amigo Emerson Clêdson de Lima Gomes, por todo o afeto e carinho dispensado durante o início da jornada. Além da amizade, muito obrigada pelo suporte nas criações, permitindo que minha criatividade tivesse asas.

À pequena grande Larissa Machado Torquato, por todo o amor e dedicação; apesar da distância, dos desencontros, mantém um carinho enorme que supera todos os entraves.

À amiga Kely Vanessa Leite Gomes da Silva, amiga em Cristo e no campo da saúde mental, que me abriu possibilidades no mundo da pesquisa logo cedo e me impulsionou a fazer o mestrado. Parte disso que acontece hoje tem sua influência. Muito obrigada!

Aos professores da Universidade Regional do Cariri (URCA), por acreditarem e fornecerem os elementos para a formação de uma pesquisadora.

*Vá ao povo  
Viva com ele  
Ame-o  
Comece com o que ele sabe  
Construa com o que ele tem  
(Poema chinês)*

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) aparece no cenário da saúde mental como espaço estratégico para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental pela possibilidade de articulação de formas de integração entre usuário, família, redes de suporte social da comunidade e serviços de saúde. A realidade, no entanto, ainda demonstra pouca aproximação das ações em saúde mental na Atenção Básica pelos profissionais, exigindo estratégias que visualizem a situação e encaminhem propostas de atuação. Tais recursos apresentam-se como tecnologias leves de cuidado que viabilizam o “empoderamento” dos sujeitos, sendo os círculos de cultura um desses exemplos. Esta pesquisa objetivou possibilitar espaço de círculo de cultura quanto à abordagem em saúde mental sob a perspectiva da equipe da ESF. Pesquisa-ação desenvolvida junto a 22 profissionais de duas equipes da ESF do Município de Juazeiro do Norte – CE - Brasil, utilizando como referencial metodológico os círculos de cultura, propostos por Paulo Freire. A produção dos dados se deu, inicialmente, por meio de visitas de campo, contando como instrumentos um roteiro de entrevista semi-estruturada e a observação não sistemática com registro em diário de campo. Em seguida, foram realizados seis círculos de cultura, nos quais foram abordados aspectos da integralidade do cuidado em saúde, do histórico da loucura, as novas abordagens em saúde mental, desde a Reforma Psiquiátrica, a interface da saúde com a doença mental e a integração entre saúde mental e ESF. A análise foi realizada pela triangulação dos dados sob o referencial teórico da atual Política Nacional de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica. Nos encontros com os profissionais, as concepções sobre a saúde mental centralizaram-se no adoecimento, determinando ações fragmentadas e relacionadas ao encaminhamento e prescrição medicamentosa. Nos momentos subsequentes, os participantes visualizam as relações entre a saúde e a doença mental, entre os fatores sociais, culturais e biológicos imbricados no sofrimento mental, vislumbrando aspectos intersetoriais que trouxessem repercussões para a prática. Com isso, os participantes conjecturaram formas de intervir pelo adequado acolhimento da demanda, o reconhecimento das problemáticas e a organização dos recursos presentes para atuar no sentido da promoção da saúde mental, prevenção de agravos e assistência dos casos de sofrimento mental da comunidade. Os círculos de cultura em saúde mental permitiram a aproximação dos participantes com elementos desconhecidos no campo da saúde mental, seguida da problematização das demandas locais e reflexão quanto às possibilidades de atuação com os recursos da comunidade e do serviço. Assim, foi possibilitado o “empoderamento” dos indivíduos, por meio da sensibilização diante às questões em saúde mental, fortalecendo os vínculos entre a equipe e os conhecimentos para acolher situações de saúde mental como campo de assistência na Atenção Básica.

**Descritores:** Saúde Mental. Serviços Comunitários de Saúde Mental. Promoção da Saúde. Programa Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) appears in the mental health scenario as a strategic space for the reception of people in mental suffering through the possibility of articulate integration forms among user, family, community social support networks and health services. However the reality still demonstrates little approach of mental health actions by the professionals in primary care, demanding strategies that visualize the situation and direct performance proposals. Such resources come as light technologies of care that make possible the empowerment of the subjects, with culture circles as an example. This research aimed to provide culture circle space concerning the mental health approach under the perspective of the FHS team. This is a research-action carried out with 22 professionals of two FHS teams of the municipal district of Juazeiro do Norte – CE - Brazil, using as methodological reference the culture circles proposed by Paulo Freire. The data production happened initially through field visits having as instruments a semi-structured interview guide and the non-systematic observation registered in field diary. Six culture circles were accomplished later, in which were approached: aspects of health care integrality; madness history; new approaches in mental health based on the Psychiatric Reform; the interface between health and mental disease; and integration between mental health and FHS. The analysis happened through data triangulation under the theoretical reference of the current National Mental Health Policy and the Psychiatric Reform. In the meetings with the professional the conceptions on mental health were focused in the illness, determining actions fragmented and related to assignment and drug prescription. In the following moments the participants visualize the existent relations between health and mental disease viewing intersectorial aspects that could bring repercussions for the practice. The participants connected ways of intervening through the appropriate demand reception, the problems recognition and the organization of the present resources to act in a way of promoting mental health, preventing damages and assisting the cases of community's mental suffering. The culture circles in mental health allowed the participants to approach unknown elements in the mental health area, followed by problematization facing the local demands and reflection concerning the possibilities of performance facing the community's and service resources. This made possible the individuals' empowerment through sensitization facing matters in mental health, strengthening the bonds between the team and the knowledge to embrace mental health as assistance field in primary care.

**Descriptors:** Mental health. Community mental health services. Health promotion. Family health program. Primary health care.

## RESUMEN

La Estrategia de Salud Familiar (ESF) aparece en el escenario de la salud mental como un espacio estratégico para el acogimiento de las personas en sufrimiento mental por la posibilidad. Articular las formas de integración entre el usuario, la familia, las redes de soporte social de la comunidad y los servicios de salud. La realidad, sin embargo, aún muestra poca aproximación de las acciones en salud mental en la atención primaria por los profesionales, lo que requiere estrategias para visualizar la situación y encaminar propuestas de acción. Tales recursos se presentan con las tecnologías blandas de atención que permiten el empoderamiento de los individuos, y los círculos culturales de estos. Esta investigación tuvo como objetivo posibilitar el espacio del círculo cultural mientras a la salud mental desde la perspectiva del equipo del ESF. Es de tipo investigación-acción, desarrollada con 22 profesionales de dos equipos de la ESF, en la ciudad de Juazeiro do Norte - CE - Brasil, utilizándose como metodología los círculos de cultura, propuesta por Paulo Freire. La producción de los datos se dió, inicialmente, a través de visitas de campo, y como herramienta un guión de entrevista semiestructurada y la observación no sistemática con el diario de campo. Luego, hubo seis encuentros, en que se discutieron aspectos de la atención integral de la salud, la historia de la locura, los nuevos enfoques de la salud mental, la Reforma Psiquiátrica, la interfaz entre la salud y la enfermedad mental y la integración entre la salud mental y ESF. El análisis fue realizado por la triangulación de los datos basada en la actual Política Nacional de Salud Mental y Reforma Psiquiátrica. En los encuentros con los profesionales, las ideas sobre la salud mental fueron centradas en la enfermedad, lo que ha determinado las acciones fragmentadas y relacionadas a la remisión y prescripción medicamentosa. En los momentos siguientes, los participantes visualizaron la relación entre la salud y enfermedad, con vistas a los aspectos intersectoriales que pudieron traer repercusiones en la práctica. Con esto, los participantes añadieron las maneras de intervenir por el adecuado acogimiento de la demanda, el reconocimiento de los problemas y la organización de los recursos presentes para actuar en el sentido de la promoción de la salud mental, prevención de los agravios y asistencia de los casos de sufrimiento mental de la comunidad. Los círculos de cultura en la salud mental permitieron la aproximación de los participantes a los elementos desconocidos en el ámbito de la salud mental, seguido por la problematización delante de las demandas locales y la reflexión sobre las posibilidades de acción frente a los recursos de la comunidad y del servicio. Así, fue permitido el empoderamiento de individuos, a través de la sensibilización delante de las cuestiones de salud mental, fortaleciendo los vínculos entre el equipo y los conocimientos necesarios para acoger la salud mental como un campo de la asistencia en la atención primaria.

**Descriptor:** Salud mental. Servicios comunitarios de salud mental. Promoción de la saúde. Programa de salud familiar. Atención primaria de salud.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Organograma de Funcionamento do círculo de cultura. Juazeiro do Norte, 2009. ....	55
Figura 2: Figuras representativas do contexto local da unidade básica de saúde em oficina de saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009. ....	78
Figura 3: Figura contextualizando o serviço dentro da comunidade ao esquema de palavras geradoras. Juazeiro do Norte, 2009.....	83
Figura 4: Diagrama de funcionamento da Oficina Gênesis, segundo o método de círculo de cultura. Juazeiro do Norte, 2009.....	84
Figura 5: Foto com a distribuição atribuída pelos participantes do local onde estava o louco. Juazeiro do Norte, 2009.....	86
Figura 6: Cartaz confeccionado na oficina de saúde mental, resgatando os aspectos de abordagem da loucura na Idade Média. Juazeiro do Norte, 2009.....	90
Figura 7: Cartaz confeccionado na oficina de saúde mental, retratando aspectos do cuidado com a Revolução Industrial. Juazeiro do Norte, 2009.....	91
Figura 8: Cartaz confeccionado na oficina de saúde mental, enfatizando aspectos da estruturação dos hospitais psiquiátricos e demais estruturas asilares. Juazeiro do Norte, 2009.....	92
Figura 9: Cartaz confeccionado na oficina de saúde mental, representando as características da assistência em saúde mental nas décadas de 1940, 1950 e 1960. Juazeiro do Norte, 2009. ....	93
Figura 10: Diagrama contendo esquema de palavras atribuídas à doença mental. Juazeiro do Norte, 2009. ....	101
Figura 11: Diagrama contendo esquema de palavras atribuídas à saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009. ....	103
Figura 12: Esquema sobre a organização da assistência terapêutica na oficina de saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009.....	108
Figura 13: Esquema das atribuições da equipe da ESF em saúde mental na oficina em saúde mental. Juazeiro do Norte, CE.....	109
Figura 14: Esquema das características da rede de atenção em saúde mental em oficina de saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009. ....	110

Figura 15: Esquema da rede em saúde mental proposta em oficina de saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009. ....	111
Figura 16: Modelagem representando a 1ª oficina “Gêneses”. Juazeiro do Norte, 2009. ....	112
Figura 17: Modelagem representando a 2ª oficina “Em busca de uma nova saúde mental”. Juazeiro do Norte, 2009. ....	113
Figura 18: Modelagem representando a 3ª oficina “CAPS: fortalecendo potencialidades”. Juazeiro do Norte, CE. ....	115
Figura 19: Modelagem representando a 4ª oficina “Saúde x doenças: amigas ou inimigas?”. Juazeiro do Norte, 2009. ....	117
Figura 20: Modelagem representando a 5ª oficina “Integração família + PSF”. Juazeiro do Norte, 2009. ....	118
Figura 21: Confraternização no último encontro das oficinas em saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009. ....	121

## SUMÁRIO

1 ACERCA DO TEMA .....	0
1.1 Revelação dos interesses .....	17
1.2 Ênfase nas razões .....	19
2 IMERSÃO NO REFERENCIAL TEÓRICO .....	26
2.1 Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família: referências para o cuidado integral .....	27
2.2 A Reforma Psiquiátrica e a atual Política em Saúde Mental: passos para a atenção de base comunitária .....	32
3 COMO O CAMINHO FOI TRILHADO .....	47
3.1 Identificando o referencial metodológico .....	47
3.1.1 Problematização e autonomia em Paulo Freire .....	47
3.1.2 O método de Paulo Freire: círculos de cultura .....	49
3.2 Descrição do caminho metodológico .....	51
3.2.1 Tipo de estudo .....	51
3.2.2 Local do estudo .....	52
3.2.3 Período da produção de dados .....	52
3.2.4 Participantes da pesquisa .....	53
3.2.5 Procedimentos para produção de dados .....	53
3.2.6 Análise dos dados .....	59
3.2.7 Aspectos éticos .....	60
4 PANORAMA DO CAMINHO PERCORRIDO .....	62
4.1 o espaço de cultura .....	62
4.1.1 Conhecendo a realidade local .....	62
4.1.2 Os sujeitos do círculo de cultura .....	66
4.1.3 Início da caminhada para a cultura local .....	67
4.1.4 Aspectos da saúde mental no contexto local .....	69
4.2 Círculos de cultura: as oficinas em saúde mental .....	75
4.2.1 1ª Oficina - Gênese .....	77
4.2.2 2ª Oficina - Em busca de uma nova saúde mental .....	85
4.2.3 3ª Oficina – CAPS: fortalecendo potencialidades .....	95



4.2.4 4ª Oficina - Saúde x doenças: amigas ou inimigas? .....	100
4.2.5 5ª Oficina - Integração família + PSF .....	104
4.2.6 6ª Oficina – Costura de círculos de cultura .....	112
4.3 Marcas deixadas pelos círculos de cultura em saúde mental.....	121
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	128
REFERÊNCIAS.....	132
APÊNDICES.....	145
Apêndice A – <i>Folder</i> explicativo da proposta de Oficina em Saúde Mental....	146
Apêndice B - Roteiro de entrevista semi-estruturada .....	147
Apêndice C - Modelo de crachá utilizado durante as oficinas.....	148
Apêndice D - Roteiro de entrevista semi-estruturada pós-oficinas .....	149
Apêndice E – Certificado da I Oficina em Saúde Mental .....	150
Apêndice F - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	151
ANEXOS .....	153
Anexo 1 – Mapa do Juazeiro do Norte no contexto do estado do Ceará e do bairro Limoeiro em Juazeiro do Norte (A) .....	154
Anexo 2 – Autorização para pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte – CE .....	155
Anexo 3 – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) .....	156

## 1 ACERCA DO TEMA

### 1.1 Revelação dos interesses

O ato de existir implica ser e conviver com o outro, em relações que se deem de modo a construir subjetividades, projetos de vida e expectativas de um futuro passível de melhorias para as pessoas implicadas nesta tarefa.

Como ser no mundo, e repleta de potencialidades para atuar, nos situamos no campo da saúde mental como forma de contribuir com elementos para um fazer constante de desconstrução e reconstrução de conceitos e práticas.

O início dessa jornada, no entanto, não ocorreu de maneira intencional. Ainda na Graduação em Enfermagem, no ano de 2002, tivemos a oportunidade, no primeiro ano de Curso, de estar em contato com a realidade da pessoa em sofrimento mental, no então conhecido hospital psiquiátrico. Nesse espaço, as pessoas estavam despojadas do seu direito de existir como cidadãos de escolha, de possibilidades e de autonomia. Em vez disso, eram recolhidos para um lugar isolado, fechado, em que a sociedade depositava alguém que lhe trouxesse algum tipo de mal-estar, retirando-lhe a oportunidade de atuar sobre seu estado de vida.

Em contraste com aquela situação de desumanidade, tivemos um breve contato com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), passando a refletir: por que condições semelhantes e modos tão distintos de cuidar? Este questionamento foi levado até a ocasião em que, na disciplina Enfermagem em Saúde Mental, pudemos apreciar os aspectos políticos, culturais, sanitários e sociais que permeavam a assistência a saúde mental e que levaram a estruturação do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Com estas bases, surgiu a vontade de irmos além da teoria e ensejar a vivência com as pessoas implicadas na luta em direção à Reforma, em estágio extracurricular no CAPS.

Este foi o primeiro passo, de vários, para uma melhor compreensão e envolvimento com a temática. Assim, pudemos conhecer mais aspectos do sofrimento mental ocorridos no espaço do CAPS por meio da participação no projeto de iniciação científica e, mais adiante, pelo desenvolvimento do Trabalho de

Conclusão de Curso nesta área temática. Estas oportunidades trouxeram considerações acerca da atual conjuntura da estruturação da Reforma Psiquiátrica no plano local.

Já em 2007, na qualidade de enfermeira no Curso de Especialização em Saúde da Família, tivemos a chance de aprofundar conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta para o redirecionamento da atenção em saúde com qualidade e ênfase nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Ali, aflorou o desejo de identificar na ESF espaços de acolhida da saúde mental, ressaltando o aspecto da integralidade do cuidado. Assim, realizamos pesquisa com enfermeiros de unidades básicas de saúde, buscando evidenciar como era desempenhada a assistência em saúde mental neste nível de atenção no Município de Juazeiro do Norte - Ceará.

Os achados direcionaram ao encontrado em outros estudos também desenvolvidos na ESF, investigando as práticas ligadas à saúde mental. O evidenciado nesses serviços é a pouca aproximação com a demanda de sofrimento mental, sendo apontados como entraves a demanda excessiva de atendimento, o frágil manejo com a temática, a carência de cursos de capacitação e a lacuna no sistema de referência e contrarreferência (SOUZA; SCATENA, 2007; SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004; NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

Contando com esses elementos, após o ingresso no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, passamos a refletir junto à orientadora quanto a formas de intervenção que pudessem trazer impacto sobre a situação identificada de modo a promover melhorias de acordo com o preconizado pelas recentes políticas de saúde mental. Inicialmente, por não possuímos aproximação com metodologias de intervenção, a proposta teve um caráter desafiador. Seria necessário adquirirmos conhecimentos e habilidades para interferir no problema, considerando ainda as restrições de tempo, a distância do local de pesquisa, os limites como pesquisadora que congrega vários papéis no estudo, dentre outros.

Foi que, durante o primeiro ano de mestrado, em 2007, pudemos ter contato com práticas voltadas à promoção da saúde mental e de abordagem grupal desenvolvidas nas disciplinas do Programa de Pós-Graduação e nos encontros promovidos pelo Grupo de Pesquisa de Políticas e Práticas em Saúde (GRUPPS), do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Outra oportunidade foi a participação na disciplina Coordenação de Grupos, do Curso de

Graduação em Enfermagem e nas vivências realizadas nos serviços do CAPS II, vinculado à Secretaria Executiva Regional III (SER III) e do Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim, da Secretaria Executiva Regional V (SER V), do Município de Fortaleza.

Aliado aos acontecimentos nos espaços das atividades da Pós-Graduação no Município de Fortaleza, participamos de eventos locais, regionais, nacionais e internacionais que, concomitantemente, indicavam os caminhos que as políticas em saúde mental estavam trilhando em vários locais do Brasil, como o direcionamento das intervenções para a Atenção Básica e fortalecimento da rede de atenção em saúde mental, fomentando assim o amadurecimento das idéias.

O conjunto destas reflexões teóricas e práticas nos permitiu adequar o desejo para a atuação no espaço da ESF no Município de Juazeiro do Norte – CE, culminando no que hoje temos com os resultados e repercussões das atividades propostas e executadas na qualidade de enfermeira atuante no campo da saúde mental.

## 1.2 Ênfase nas razões

Os atuais preceitos que norteiam a atenção à saúde baseiam-se em referenciais que contemplam o paradigma ampliado em saúde como ferramenta para assistência. O enfoque está no alcance das amplas instâncias que compõem o indivíduo, agindo sobre as necessidades que este possui na dinâmica comunitária e que direcionem práticas capazes de extrapolar os limites do setor saúde e consigam responder às demandas de cuidado desta população.

A fim de viabilizar a mudança de foco sobre as questões em saúde, a promoção da saúde estrutura-se como princípio norteador das ações segundo um novo paradigma. Nessa perspectiva, a saúde ultrapassa a significação de cura e expande-se para o alcance da qualidade de vida e de bem-estar, numa dimensão ampliada de sujeito, considerando-o em seu contexto de vida e dentro das redes sociais de apoio, enquadrando-o em posição de corresponsabilidade. Desse modo, a promoção da saúde pode ser entendida como o processo de capacitação da

comunidade para que esta atue na melhoria da qualidade de vida e saúde, e que passe a participar ativamente no controle desse processo (BRASIL, 2002a).

Para que a promoção da saúde fosse tomada como modo de assistir aos sujeitos, foram necessárias discussões acerca dos contextos socioculturais das populações para a elaboração das políticas em saúde que gerassem impactos sobre as condições de vida. Com efeito, as grandes norteadoras foram as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e de Cuidados Primários à Saúde, iniciadas por Alma-Ata, em 1978, seguida pelas demais, trazendo orientações quanto aos princípios para o trabalho em promoção da saúde ante os problemas comuns às realidades de cada país (BUSS, 2001).

A mudança na estruturação das práticas em saúde acompanhou os vários campos da assistência. Na saúde mental, influenciada pelos ideais nacionais de redemocratização e os movimentos antimanicomiais internacionais, desponta a Reforma Psiquiátrica. Esta propõe a transformação das práticas vigentes marcadas pelo estigma, violência e centralidade na doença mental para a atenção que visa à integralidade (RESENDE, 2001). Incentiva-se, com efeito, a prática humanizada e acolhedora, sensível às necessidades humanas e que promovam a saúde mental.

Para a superação do paradigma médico-centrista insurgem propostas que alcancem as dimensões teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural com que o agravo mental era tratado. Com isso, passa-se a ter recomendações para que o indivíduo seja valorizado nas várias instâncias de vida relacionadas ao sofrimento mental, incluindo-o no cuidado como sujeito da atenção psicossocial (AMARANTE, 1998).

Dentre os serviços em saúde mental, despontam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os hospitais-dia, os lares abrigados, os centros de convivência e a inclusão das demais redes de atenção em saúde, sob o aspecto da integralidade do cuidado. Neste contexto, o CAPS assume o papel de principal dispositivo para o envolvimento dos usuários no processo de atenção psicossocial, mediando práticas integradas e sensíveis às necessidades da população.

Busca-se, portanto, a oferta de oportunidades para a criação de espaços de vida segundo a lógica da escuta e tratamento com a devida competência técnico-científica, de modo a manter o usuário em seu contexto sociocultural, reconhecendo as oportunidades de promover a saúde mental e prevenir agravos (BRASIL, 2002a).

Nessa perspectiva, o CAPS prioriza a reabilitação dos indivíduos por meio do resgate da autonomia, cidadania, reinserção e integração na família e na comunidade, como agente ativo e capaz.

A saúde mental passa a ser concebida como um dos componentes de cuidado em uma concepção ampliada de saúde, sendo alvo para intervenção das práticas em saúde. Nota-se a importância de tal fato quando consideramos que, cerca de 20% da população brasileira possui algum tipo de transtorno mental. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil, 3% da população necessitam de cuidados contínuos por distúrbios severos e persistentes e mais 9% solicitam de atendimento eventual por transtornos menos graves. Em álcool e drogas, de 6 a 8% da população carecem de atendimento regular por ocasião de abuso e dependência de substâncias. Com isso, exigem-se ações articuladas em saúde capazes de agir para a promoção, prevenção, cura e reabilitação sobre as demandas de sofrimento mental (BRASIL, 2003; OMS; OPAS, 2002).

Pensando numa forma diferenciada de abordagem, a atenção psicossocial desponta como possibilidade de atuar no campo da saúde mental mediante a incorporação da clínica ampliada, avançando além do aspecto biológico por meio de articulações no âmbito cultural, social, econômico e que se integram à situação de sofrimento mental. No modelo psicossocial, a comunidade assume papel relevante para a superação do paradigma manicomial, pela reinserção e integração dos indivíduos nas relações sociais e produtivas, permitindo que estes contribuam ativamente como cidadãos e sujeitos de ação e autonomia, sem que a situação de sofrimento mental possa representar algum entrave.

Corroborando esse fato, a Declaração de Alma-Ata destaca a importância da participação comunitária num sentido integral e organizado, resultando em relações de autoconfiança entre as pessoas, família e comunidade, sendo necessárias ações dos governos locais que contribuam para a utilização dos recursos presentes na comunidade, aumentando as potencialidades locais no sentido de promover saúde mental (BRASIL, 2002a).

Com efeito, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se destaca dentre os serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção, por sua capacidade de estar próxima à comunidade e reconhecer as prioridades de atendimento. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) junto à Organização Mundial de

Saúde (OMS), no Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001), enfatiza o papel estratégico do serviço de atenção primária no atendimento e incorporação das demandas em saúde mental, contribuindo para maiores avanços na reestruturação das práticas neste campo (OMS; OPAS, 2002).

Cooperando com isso, a proposta da ESF lança suas bases sob a lógica da reestruturação das ações programáticas na rede básica de saúde do SUS, segundo uma prática profissional aberta, flexível e democrática, voltada não apenas à prevenção de doenças, mas também inventando e reinventando ações em saúde que alcancem as diversas instâncias de vida dos indivíduos (NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

A integração da saúde mental na atenção primária à saúde permite melhor acesso ao cuidado, já que é o primeiro nível de contato com os indivíduos, famílias e comunidade. Desse modo, se é possível reconhecer situações de risco em saúde mental, como a violência, o abandono, o estigma, dentre outros, e, a partir disso, direcionar medidas de intervenção que extrapolam a área da saúde, proporcionando a comunicação entre os campos da educação, renda, cultura, trabalho, e que gerem maiores impactos sobre a qualidade de vida da população (FUNK; SARACENO; DREW *et al*, 2008).

No Brasil, apesar de 56% das equipes referirem a atuação no âmbito da saúde mental, as práticas ainda estão embasadas no adoecimento (BRASIL, 2003). Isso indica a preponderância do modelo biologicista, com o privilégio da especialidade, em detrimento dos espaços de vida e de convivência saudável. Assim, os profissionais que assumem a competência de assistência na ESF defrontam demandas além de sua capacidade de atuação, fazendo com haja sobrecarga de tarefas e limites para o planejamento de ações e avaliação das práticas, desviando dos propósitos reais a que a ESF se propõe e direciona. Em adição, as redes de referência e contrarreferência entre o CAPS e a Atenção Básica são inexistentes, deixando a equipe insegura quanto ao manejo dos casos em saúde mental.

Embora haja o direcionamento pelo Ministério da Saúde para o apoio matricial, como modo privilegiado de interação entre serviços especializados e equipes de atenção primária, os gestores municipais e dos demais níveis de coordenação em saúde não definiram ainda de modo claro diretrizes para a organização do processo de formação em saúde mental para equipes que atuam na

ESF. Com isso, os profissionais não possuem acesso a capacitações que lhes permitam visualizar formas de atuar a partir dos recursos locais para a atenção em saúde mental na Atenção Básica (PEREIRA, 2007).

Juazeiro do Norte, município de destaque socioeconômico na região do Cariri, ao sul do Ceará, inclui-se nesta conjunção de problemas. Em estudo realizado em 2008, com enfermeiras de oito equipes da ESF, acerca da assistência em saúde mental na Atenção Básica, os achados confirmam a existência de limites para atenção em saúde mental pela priorização de outras demandas em saúde, a ausência de capacitação na área e a formação centrada num referencial biologicista e pouco sensível ao atendimento da saúde mental. As ações nas unidades restringem-se à centralidade na consulta médica e nos encaminhamentos ao CAPS, inexistindo uma rede de referência e contrarreferência neste âmbito. Com isso, os profissionais sentem-se despreparados para oferecer assistência de qualidade, sendo necessários maiores incentivos dos gestores para esta área por meio de capacitações e fortalecimento das redes de atenção (MARTINS; OLIVEIRA, 2008).

Evidencia-se, então, o distanciamento da proposta de atenção integral em saúde pela frágil articulação entre os fatores relacionados às condições de vida da população adscrita e que se correlacionam às situações de adoecimento sob uma perspectiva social e cultural do cuidado. Surge então o questionamento: como intervir para que a equipe da ESF se ache corresponsável pela demanda de saúde mental e, por meio dos recursos existentes, possa integrar ações que respondam às necessidades locais?

Para este fim, é necessária a elaboração de estratégias capazes de fortalecer a Atenção Básica como espaço de assistência às demandas em saúde mental. Neste sentido, os indivíduos devem se encontrar em posição de envolvimento e reconhecer as questões envolvidas nas problemáticas locais, apontando o que é possível de realização a partir das habilidades individuais em articulação com os recursos presentes na comunidade. Esta postura deve partir de todos os agentes para promover ações comprometidas com o bem-estar comum e que os levem a atuar enquanto sujeitos de ação no contexto local, sentindo-se “empoderado” para ir além da reflexão, gerando ações de impacto sobre as questões identificadas.

É importante, então o “empoderamento” da equipe de saúde por meio do uso de tecnologias do cuidado que trabalhem interdisciplinarmente e que proporcionem o suporte adequado para atuação no âmbito da integração da saúde mental dentro



das práticas da ESF. Isso contribuirá para a identificação de situações de risco junto à equipe, a articulação das instâncias locais para solução de problemas e o fortalecimento das redes em saúde mental, incluindo a clientela nas ações de cuidado, incentivando-as a intervir ativamente sobre os determinantes ligados à saúde.

Neste enfoque, indica-se a utilização de tecnologias de cuidado que privilegiem os objetivos propostos dentro de uma prática integral e transversal e permita abertura para a problematização da realidade e a intervenção, segundo as possibilidades e recursos na comunidade e dos indivíduos, reavendo a corresponsabilidade ante as condições de existência que interferem na sua saúde mental.

A equipe de saúde é convidada a participar de momentos de sensibilização, criação de potências, projetos e perspectivas críticas capazes de promover a emancipação como agente corresponsável (AMARANTE, 2008a). O círculo de cultura, método proposto por Paulo Freire, representa um desses espaços onde, por meio de abordagens problematizadoras, direciona-se um fazer em saúde vinculado à reflexão para a ação (FREIRE, 2008a). As pessoas, como seres inconclusos, passam a engajar-se num movimento de construção, procura e rediscussão para o “empoderamento” ante as questões da realidade, saindo da postura de passividade para a de agentes de atuação.

Tem-se desse modo a integração dos diálogos perante as dificuldades e demandas e, desde então, o desenho de estratégias para mobilização a fim de formular conhecimentos e possibilidades de aplicabilidade no contexto local. Com isso, estimula-se o fortalecimento dos vínculos e espaços de escuta democrática e construtivista em direção ao trabalho de equipe.

Para isso, são interessantes oportunidades para trocas baseadas na cultura local, nas demandas, nas possibilidades de articulações das redes de saúde e de apoio social e comunitário, que desconstruam e reconstruam as concepções em saúde e doença mental e permitam novos caminhos a serem trilhados. Assim, o círculo de cultura desponta como importante instrumento de atuação para problematizar e enunciar perspectivas para equipes da Estratégia Saúde da Família.

Deste modo, este estudo tem como objetivo possibilitar espaço de círculo de cultura quanto à abordagem em saúde mental na perspectiva da equipe da ESF,

descrevendo o contexto em que se dão as práticas de saúde e identificando os elementos que interferem na conquista/ reconquista do “empoderamento”.

Esperamos, com esta pesquisa, promover a sensibilização dos profissionais de saúde da Atenção Básica para o olhar sobre a saúde mental, vislumbrando o espaço de diálogo não apenas como lugar de aprendizado e crescimento da equipe, mas que também possa ser expandido para a comunidade. Assim, haverá valorização das potencialidades dos indivíduos, dos componentes familiares e da comunidade, estabelecendo redes de apoio eficazes e que permitam a promoção da saúde de modo ampliado, recobrando cidadania e a autonomia na comunidade para o alcance de melhores níveis de qualidade de vida e bem-estar propostos pelo SUS.

## 2 IMERSÃO NO REFERENCIAL TEÓRICO

A atenção à saúde encontra-se em período de transição de paradigmas, de um modelo meramente assistencialista, médico-centrista e com enfoque na cura, para outro embasado na concepção ampliada em saúde, concebendo a integralidade dos indivíduos. Acompanhando estes paradigmas, são efetivados modelos de atenção em saúde capazes de direcionar os modos de estruturação dos serviços, das práticas e de como os princípios e saberes alcançarão a práxis de forma condizente com o preconizado (PAIM, 2003).

Esta passagem perpassa todos os campos da saúde, incluindo a saúde mental. Inicialmente, a perspectiva de atenção visualizava apenas a doença mental, sob uma rede de (des)assistência, que promovia a estigmatização e a violentação destes indivíduos sob várias esferas: física, emocional, psicológica, social e cultural. Com isso, extinguíam-se o componente mental das pessoas e a necessidade de vislumbre dentro da visão integral.

Após inúmeros avanços advindos com o Movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, houve a reestruturação dos serviços psiquiátricos, apontando para práticas centradas, não mais na doença, mas, no indivíduo, considerando a possibilidade de sua inclusão nas práticas e o maior controle do seu estado de saúde. Para que esse percurso começasse a ser trilhado, foi necessária a passagem por diferentes momentos e a participação de inúmeros agentes sociais que conduzissem ao redirecionamento das práticas.

Nela incluem-se o investimento no referencial da Promoção da Saúde, como forma de assistir aos indivíduos no seu meio e em suas necessidades, e incluí-lo como corresponsável pelo manejo de situação de saúde em articulação com a comunidade e as demais redes de atenção. Para isso, orienta-se a Atenção Básica, efetivada na prática pela Estratégia Saúde da Família, como serviço de assistência estratégico para abrigar, adequadamente, a complexidade das relações estabelecidas no território.

## 2.1 Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família: referências para o cuidado integral

As atuais práticas em saúde buscam referenciais que permitam o acolhimento de uma visão integral da saúde. Esta perspectiva abrange a abordagem da saúde e as diversas articulações necessárias para o intervir, de modo a considerar os fatores que interferem sobre as questões de saúde, quais sejam, educação, moradia, trabalho, renda, dentre outros.

Nesse sentido, a Carta de Ottawa situa a Promoção da Saúde como nova proposta de atuação em saúde, sendo o processo de alcance de maior qualidade de vida, contando com a participação da comunidade para este fim. Para se alcançar tais perspectivas, são considerados o investimento em políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis a saúde, reestruturação dos serviços em saúde, participação da comunidade e incremento das habilidades das pessoas (BRASIL, 2002a).

A elaboração de políticas públicas saudáveis incorpora a noção de reduzir as desigualdades sociais, mediante ações sobre os determinantes sociais que interferem nas condições de saúde. Para isso, é necessária a efetivação de medidas sensíveis às reais necessidades de cuidado da população. São articulados então vários encaminhamentos advindos de iniciativas diversas, sejam elas públicas ou privadas, para o direcionamento de ações em saúde que produzam impactos sobre as demandas na comunidade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A criação de ambientes favoráveis à saúde reconhece que a saúde não pode ser desarticulada do componente ambiental, e que o investimento para a proteção do meio ambiente e a preservação dos recursos naturais ensejam impactos sobre a qualidade de vida da população, na medida em que os avanços da ciência e da tecnologia abracem os princípios da sustentabilidade. Nesse sentido, são exigidas ações intersetoriais, capazes de trabalhar com a amplitude do que reconhece por processo saúde-doença, abrangendo perspectivas amplas de atuação.

No reforço da ação comunitária, os indivíduos são introduzidos na rede de atenção como corresponsáveis pelas condições de vida e saúde, devendo observar os recursos disponíveis nos planos individual e coletivo que representem ganhos para o “empoderamento”, a autonomia e o fortalecimento das organizações

comunitárias para o bem-estar coletivo. Neste sentido, os serviços devem incluir a comunidade e os recursos disponíveis como elementos de atenção, conforme a capacidade de mobilização e as articulações possíveis (AERTS; ALVES; LA SALVIA *et al*, 2004).

Além de investimentos restritos a estruturas, o desenvolvimento de habilidades pessoais pressupõe o aprimoramento das estratégias educativas, dos programas de capacitação e de atualização que possibilitem avanços para incorporação de hábitos saudáveis de vida. Com isso, todos os sujeitos são convidados a se inserirem dentre as ações para alcance de melhor qualidade de vida conforme sua capacidade de atuação.

A reorientação dos serviços de saúde direciona a ampliação do acesso, com incremento de atividades para a promoção e prevenção que possuam maiores impactos sobre a saúde. Em adição, permite que as ações em saúde respondam a conceitos ampliados (WESTPHAL, 2006).

A Promoção da Saúde envolve uma série de ações, alcançando ao acréscimo da saúde, a prevenção, a cura e a reabilitação, contando com a participação dos inúmeros sujeitos, sejam eles usuários dos serviços, familiares, componentes da rede social, trabalhadores de saúde e demais membros da sociedade civil. Como umas das possíveis estratégias de produzir saúde, contribui para ações que podem responder às necessidades sociais em saúde, mediante a operação articulada entre políticas dos vários setores e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde.

Assim sendo, passa a ser importante referencial que pauta as políticas em saúde nos diversos cenários mundiais, adequando-se aos contextos locais para formas de atuação que representem ganhos tangíveis na conjuntura de vida da população. No Brasil, acompanhando as tendências mundiais antecidas pelas Conferências Internacionais de Cuidados Primários à Saúde e as demais Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2007a).

Entre os objetivos, a Política Nacional de Promoção da Saúde almeja promover qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (estilos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, cultura, lazer, acesso a bens, dentre outros).

A Atenção Primária à Saúde é uma forma de organização dos serviços de forma a integrar todos os aspectos desses serviços, desde a perspectiva da população. Para isso, é concedida a ênfase à equidade social, à corresponsabilidade, à solidariedade e ao conceito ampliado de saúde. Deste modo, suas principais características direcionam a responsabilidade pelos indivíduos ao longo do tempo, a integralidade das ações, a capacidade de coordenar cuidados segundo as necessidades de sujeitos, famílias e comunidade, a concentração na família como *locus* privilegiado, a valorização da cultura e orientação para comunidade, passando a ser a porta de entrada do sistema de saúde.

Desse modo, atual Política Nacional de Atenção Básica, por intermédio do Pacto pela Vida, define como prioridade a consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção em saúde no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). A Portaria N° 648, de 28 de março de 2006, garante a aprovação da Política Nacional da Atenção Básica, pela revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS).

A Atenção Básica deve ser entendida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, exigindo para isso práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas.

Para isso, é necessário o trabalho em equipe com o uso de tecnologia de maior complexidade e menor densidade, representada pelas tecnologias leves, capazes de resolver problemas de saúde de maior relevância e frequência no território. As tecnologias podem ser classificadas em leves, quando falamos de relações, acolhimento, gestão de serviços, envolvendo saberes e habilidades distintos de equipamentos ou aparelhos tecnológicos, que se configura como expressão de uma tecnologia, resultante de saberes que possibilitaram um produto, convertido, então, em equipamento e que se restringe ao concreto (ROCHA; PRADO; WAL *et al*, 2008).

Na Atenção Básica são inclusos como princípios a universalidade, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, equidade e participação social.

Assim, o sujeito é percebido em sua singularidade, na inserção em que se dá no contexto sociocultural e busca a promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças, redução de danos e de sofrimentos que lhe comprometam as possibilidades de viver saudavelmente (TAKEDA, 2004).

Os fundamentos das ações segundo a Atenção Básica consideram o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, considerando o território adscrito para o melhor planejamento das ações, pelo critério da descentralização com ênfase na equidade. Ainda estão inclusos a integralidade do cuidado, o vínculo e responsabilização, a valorização profissional com estímulo e acompanhamento da formação e capacitação, a avaliação e acompanhamento dos resultados e estímulo ao contato social e participação social. Estes fundamentos estarão direcionados para acolher as demandas identificadas na comunidade pelo planejamento e programação das atividades além das áreas estratégicas eleitas para atenção.

No Pacto pela Vida são reconhecidas áreas prioritárias para as quais devem-se direcionar ações que promovam melhorias nos indicadores de saúde relacionados às questões identificadas. O Ministério da Saúde tem direcionado algumas metas e prioridades, porém pode-se ter a inclusão de pautas segundo se evidencie na realidade local.

Desse modo, em 2008, a Portaria 325/ GM, de 21 de fevereiro, estabelece como prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008 as já presentes anteriormente no Pacto pela Vida de 2006, como as de atenção à saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, *influenza*, hepatite e AIDS, a promoção da saúde, o fortalecimento da Atenção Básica, sendo inseridas as ações sobre a saúde do trabalhador, o fortalecimento da capacidade de respostas do sistema de saúde às pessoas com deficiência, a atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência, saúde do homem e a saúde mental (BRASIL, 2008a).

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, baseado em experiências exitosas realizadas na região Nordeste, com ênfase sobre os índices de morbimortalidade infantil, configura-se para a reorganização dos serviços de saúde e a reorientação das práticas profissionais na Atenção Primária em Saúde.

A origem do PSF no Brasil remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), com a ênfase no cuidado de vigilância à saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como Política Nacional de Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo, ante o modelo tradicional de assistência baseado no “especialismo” médico. Nestas condições, propunha a intervenção com o enfoque nas metas estabelecidas e que trouxessem impacto sobre os indicadores de saúde (ANDRADE; BARRETO; FONSECA *et al*, 2004).

Em 2006, pela Portaria 648/GM 2006, o PSF é estabelecido como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, com vistas a garantir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade.

Entre os princípios defendidos, a Estratégia Saúde da Família pretende reorganizar a Atenção Básica, adquirindo um caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que atuam. Dentre as atividades preconizadas estão a realização do cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde de modo pactuado com a comunidade local, a integração instituições e organizações sociais mediante parcerias, o desenvolvimento de atividades de acordo com o planejamento e programação estabelecidos desde o diagnóstico situacional, centrando o foco das ações na família e comunidade e propondo-se como espaço de cidadania (BRASIL, 2006). A família passa a ser considerada a unidade de cuidado por meio da observação das condições que permeiam a existência dos indivíduos e que influenciarão nos determinantes ligados à saúde (MENDES, 2002).

A abordagem da clientela ocorre com base num cuidado interdisciplinar, em que os problemas presentes no cotidiano das práticas exigem um novo campo de conhecimento comum a todas as categorias profissionais dentro da ESF. Assim, compõem as equipes da ESF o profissional médico, enfermeiro, o técnico de enfermagem, o agente administrativo, o auxiliar de serviços gerais e os agentes comunitários de saúde. Podem complementar as ações de atenção a equipe de saúde bucal, composta por dentista, técnico de higiene bucal e auxiliar de consultório odontológico.

Esta equipe deve orientar suas ações para o enfoque na atenção à saúde da família e da comunidade, compreendendo-a de modo integral, com o estímulo à participação e controle social, a organização de ações de promoção da saúde conforme preconizam a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de



Promoção a Saúde, o resgate da medicina popular, a organização do espaço de cogestão coletiva na equipe, a identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário, o monitoramento da situação de saúde do território de abrangência e a educação permanente em saúde (BRASIL, 2006; 2007a).

Para isso, ela poderá contar com ajuda de equipes de apoio matricial que lhe permitam compreender as demandas locais e nela se basear para o planejamento e enfrentamento das situações de saúde. O Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) é uma dessas equipes, que tem como objetivo ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica, bem como a resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização, desde a Atenção Básica (BRASIL, 2008b).

A proposta é atuar em parceria com os profissionais da Estratégia Saúde da Família, acompanhando práticas em saúde no território sob a responsabilidade destas equipes, atuando no apoio da equipe. O NASF não constitui porta de entrada do serviço, devendo intervir de modo integrado às redes de saúde com suporte em demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família. Para isso, deve rever os encaminhamentos pelas referências e contrarreferências de forma a reconhecer as demandas passíveis de assistência no contexto local e fornecendo um acolhimento longitudinal de responsabilidade da equipe da Atenção Básica.

## 2.2 A Reforma Psiquiátrica e a atual Política em Saúde Mental: passos para a atenção de base comunitária

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento complexo e dinâmico, surge em decorrência do processo de transformação sob os modos de conceber e lidar com o sofrimento mental. Seus frutos aparecem com as inúmeras conquistas que embasam os atuais serviços e a assistência em saúde mental. Dentre elas, podemos citar a Lei Nacional N<sup>o</sup> 10.216/01, relacionada aos direitos dos portadores de doenças mentais, e as demais leis (portarias, resoluções) federais, estaduais, distritais e municipais de regulamentação dos serviços alternativos (CAPS, NAPS,

lares abrigados, centros de convivência, hospitais-dia, cooperativas, dentre outras) (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006; HUMEREZ; SANTOS, 2006).

Tais direcionamentos repercutiram sobre vários campos relacionados à saúde mental, quais sejam, a esfera teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural (AMARANTE, 1998; 2008a; LAPPANN-BOTTI, 2004). Desse modo, caminha-se para a modificação dos modos de lidar com o sofrimento mental, integrando-se às demais alterações no campo da saúde para que se ofereçam ações integrais e sensíveis à necessidade dos indivíduos.

Esta intensa articulação foi possível pelo ideal democrático que permeava esse período, no qual se pretendia a superação do antigo modelo repressivo militar autoritário por um modo inovador. Assim, as conquistas operadas não se detiveram apenas ao campo da saúde mental, mas também ao sistema de saúde de forma abrangente, como no caso da Reforma Sanitária.

Cabe ressaltar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é algo que se processa por meio das inúmeras experiências vivenciadas nas práticas cotidianas. Assim, vai possuir relevância no campo das transformações em saúde mental, consistindo em agente político para propostas e possibilidades de mudanças (AMARANTE, 1998).

As mudanças teórico-conceituais valem-se da transição do foco voltado à doença com base organicista para valorização da esfera psicossocial do indivíduo. Além da doença, é vislumbrado o aspecto do sofrimento mental considerando os vários determinantes imbricados na sua ocorrência. Assim, passa-se a preconizar o uso da reabilitação psicossocial como ferramenta para que o indivíduo seja acolhido enquanto cidadão e sujeito de escolha diante da rede ampla de atenção em saúde. Além da reabilitação, conceitos como integração e inserção irão permear as novas abordagens em saúde mental.

Pitta (2001) reporta-se à reabilitação psicossocial como ação que visa facilitar ao usuário com limitações a melhor reestruturação da autonomia de suas funções dentro da comunidade. Para isso, é necessária a alteração nas estruturas e práticas de atenção para que atendam aos princípios preconizados pela Reforma.

As influências para modificar a situação de assistência vigente em saúde mental partem de experiências internacionais, em especial o Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, além da Psiquiatria de Setor encontrada na França, a Comunidade Terapêutica nos Estados Unidos, dentre outras (FRAGA; SOUZA; BRAGA; 2006). Além das alterações processadas no campo da Psiquiatria, houve

modificações no contexto sanitário nacional com as conquistas vindas com a redemocratização da saúde reivindicada pelo movimento de Reforma Sanitária (ANDRADE; BÜCHELE; GEVAERD, 2007).

Neste sentido, no Brasil, surgiu ao fim da década de 1970 inspirado no Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se articulava em torno dos embates contra a política privatizante que determinavam más condições de trabalho, assim como uma assistência marcada por maus-tratos evidenciados pelo uso do eletrochoque, cronificação dos pacientes e precárias condições das instalações (AMARANTE, 2008b; OLIVEIRA, 2002).

A existência desta contextualização permitiu o direcionamento de mudanças no campo jurídico-político. Assim, a Reforma fez instaurar grandes discussões acerca das práticas adotadas por toda a sociedade civil e das políticas adotadas, por meio das conferências e congressos nacionais de saúde mental, acarretando a aprovação de inúmeras leis e portarias em âmbito nacional, estadual, distrital e municipal assim como a criação das comissões de saúde mental dentro dos conselhos municipais de saúde.

Tais movimentos levaram a mobilização de inúmeras conferências, encontros, abaixo-assinados, destacando-se as I, II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental e os Congressos Nacionais dos Trabalhadores em Saúde Mental, importantes meios de conciliação de interesses dos gestores federais, dos trabalhadores de saúde mental, dos familiares dos pacientes e de toda a sociedade civil.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no ano de 1987, no contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde, representa um marco da organização dos trabalhadores da saúde mental no propósito de denunciar o impasse do modelo centrado no hospital. Este mostrava-se oneroso e ineficaz aos usuários e a sociedade, exigindo opções de cuidado que respondessem às demandas, com referenciais voltados à humanização das práticas (BRASIL, 2002b).

Em 1992, ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental, contando com a participação expressiva de usuários e de familiares com a ênfase no aprofundamento das críticas ao modelo hegemônico, o que direcionaram esboços para um novo modelo assistencial. A diferença entre os modelos se refere à lógica,

valores e estrutura da rede de atenção de acordo com a forma de lidar, buscando recobrar a cidadania perdida.

Em 2001, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “Cuidar sim, excluir não”, com a luta para a efetivação da Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. As condições para a efetiva consolidação de tais propostas ocorreram pelo investimento em recursos humanos, controle social, acessibilidade, direitos e cidadania (BRASIL, 2002b).

Com isso, trabalha-se para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, apontando para redes de atenção integral. O investimento aconteceu na potencialidade da subjetividade, na autoestima, na autonomia e cidadania em superação às relações de tutela e de reprodução da institucionalização e/ou cronificação.

Assim, vislumbra-se trabalhar na perspectiva das possibilidades dos indivíduos, garantindo espaços de promoção da saúde mental, mediante o estímulo à criação de grupos de convivência e de oficinas terapêuticas na comunidade, no trabalho de modo interdisciplinar e no investimento na saúde mental de crianças, adolescentes, adultos, idosos e pessoas com necessidades especiais, além de ensejar espaços de trabalho para os agentes sociais e profissionais das diversas áreas do conhecimento.

Nesta esfera, possui importante destaque o deputado Paulo Delgado, com o projeto de Lei Nº 3.657/89, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios com a substituição por serviços substitutivos. Após algumas alterações no corpo do projeto de lei, segundo direcionaram os interesses políticos, houve a criação da Lei Nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando os modelos assistenciais em saúde mental. Para a regulamentação dos serviços substitutivos em saúde mental, são apontadas as Portarias Nº 189/91, Nº 336/02 e a Nº 251/02, dispendo sobre a funcionalidade dos novos serviços em saúde mental (BRASIL, 2004a; AMARANTE, 1998).

No campo sociocultural, tem-se a alteração do antigo papel de objeto atribuído ao louco para o de sujeito, situando-o como paciente-cidadão, instaurando a contratualidade anteriormente perdida. Assim, valorizam-se a individualidade e a subjetividade desses sujeitos, com contribuições para a integração, interação e reinserção social, fazendo com que os estigmas em relação ao doente com transtorno mental fossem superados, expandindo essas possibilidades para os

vários ambientes de vida destes sujeitos (VALLADARES; LAPPANN-BOTTI; MELLO *et al*, 2003).

Nesta realidade, a comunidade passa a ser incluída como um dos corresponsáveis no processo de inclusão, devendo fornecer espaços para o compartilhar de experiências no sentido da produção de relações de vida e de novas subjetividades sobre o fenômeno da 'loucura'.

A esfera técnico-assistencial passa a trabalhar com o conceito de desinstitucionalização, norteando assim a criação de serviços substitutivos. Desta maneira, tem-se a estruturação da rede de serviços que buscam oferecer espaços de trocas, sociabilidade, com priorização da expressão da subjetividade do indivíduo. Portanto, há transformações dos aparelhos de assistência e da sua organização e gestão, baseados na abertura de participação a toda a sociedade e a cogestão, enfatizando as experiências regionais e as particularidades de cada indivíduo (LAPPANN-BOTTI, 2004).

Mais do que propor novos espaços para abrigar as pessoas em sofrimento mental, fica o desafio de crítica constante diante das práticas para que represente modificação daquilo que se vinha executando no manicômio. Assim, se trabalhará para um fazer contínuo que permita a superação das inúmeras influências dadas pela formação profissional e que na prática ainda configuram as dificuldades para maiores avanços neste campo (ROTELLI, 2008; BUTTI, 2008).

Compõem os equipamentos substitutivos na assistência da saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os hospitais-dia, os centros de convivência, os lares abrigados e os leitos psiquiátricos em hospital geral. Os hospitais-dia mostram-se como espaços para abrigar pacientes em crise ou estado mais comprometido, em que há tratamento para a situação e ao mesmo tempo mantém-se o vínculo familiar, comunitário ou empregatício (SILVEIRA, 2001).

Os lares abrigados ou residências terapêuticas são moradias e/ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007). São destinados aos indivíduos que, pelo estigma relacionado à doença ou por outros fatores, perderam seus laços familiares e não possuem a própria casa. Assim, este serviço serve para o desenvolvimento de

sua cidadania como sujeito, colaborando assim para o processo de reabilitação psicossocial.

Os leitos psiquiátricos em hospital geral são pensados para assistência às pessoas portadoras de transtorno mental que se encontram em crise. Este cuidado direciona a maior inclusão na rede de cuidados em saúde, demandando menor tempo e custos, contribuindo para a desmistificação da periculosidade associada às situações de sofrimento mental.

A abertura para a concretização da rede de serviços substitutivos em saúde mental decorre da criação dos CAPS's a partir de 1991 e, mais recentemente, da Portaria 366/GM, de 2002, que regulamenta o funcionamento das várias modalidades desse dispositivo. Assim, lança-se um aparato de equipes que almeja a concretização dos princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica, passando-se a assumir um espaço terapêutico intermediário entre o hospital e a comunidade, com o auxílio na reintegração social dos sujeitos e na oferta de assistência psicoterápica, atividades artísticas, culturais e recreativas, proporcionando uma atenção psicossocial (SILVEIRA, 2001; BRASIL, 2004a).

O CAPS foi uma denominação baseada na experiência de Manágua, em 1986, onde, a despeito de todas as dificuldades materiais, se desenvolveu experiência de reabilitar ou habilitar pessoas excluídas da sociedade por portar algum transtorno mental, por meio de líderes comunitários, profissionais, materiais improvisados e sucatas (PITTA, 1994).

Percebem-se daí as bases revolucionárias que permeiam as práticas e a estrutura do CAPS. Morin (1995) e Barbier (1985) expressam que qualquer instituição deve ser percebida como instância econômica, política, ideológica e simbólica, tomando parte e totalidade de uma formação social (OLIVEIRA, 2002). Estas afirmações corroboraram o pensamento de que, mais do que uma estrutura, o CAPS serve como espaço transformador de práticas em um contexto social maior, da territorialidade.

O CAPS, segundo BRASIL (2004b), assume papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados por meio do direcionamento local das políticas e programas de saúde mental, seja desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipes de Saúde da Família

no cuidado domiciliar. Este serve como regulador da porta de entrada da rede assistencial em saúde mental no seu território e/ou no seu módulo de abrangência.

Portanto, a proposta do CAPS é a de ofertar espaços de reabilitação, acolhimento, de relações interpessoais e de produção de novas subjetividades para os sujeitos com problemas psíquicos (OLIVEIRA, 2002).

Atualmente, o Ceará conta com 86 CAPS distribuídos por todo o território, funcionando segundo as particularidades de cada município no que concerne às condições históricas, culturais, econômicas e políticas. Há nestes serviços, entretanto, pontos que convergem no sentido de promover a cidadania dos seus usuários (CONGRESSO CEARENSE DE SAÚDE MENTAL, 2008).

Os CAPS atendem a uma clientela formada por pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes, com história de dependência de drogas psicoativas e a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Para atender a esta demanda, há a diferenciação de vários tipos de CAPS, segundo o tamanho da estrutura ofertada (profissionais, atividades terapêuticas) e a demanda específica a ser atendida.

Os CAPS I, II e III destinam-se ao atendimento diário ou contínuo (a depender da classificação) de adultos, em sua população de abrangência ou de referência, com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS infantil direciona-se para a assistência de crianças e adolescentes com transtornos mentais para acompanhamento diário, enquanto o CAPS álcool e drogas oferece atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas (BRASIL, 2004b).

Os usuários do CAPS podem ser enquadrados em três modalidades de atenção: intensiva, semi-intensiva ou não intensiva, de acordo com o grau de comprometimento e a evolução clínica. Esta atenção conta com uma equipe multi e interdisciplinar que procura assistir as inúmeras esferas que compõem o ser humano por meio de inúmeras atividades de cunho individual ou coletivo, buscando integrar nelas usuários, familiares e a comunidade em geral.

A terapêutica centra-se nas capacidades e necessidades de cada indivíduo. A fim de proporcionar esta atenção, o CAPS desenvolve inúmeras atividades, dentre as quais o acompanhamento do tratamento medicamentoso, o atendimento em grupo e individualizado aos familiares, o atendimento psicoterápico, o uso de

atividades comunitárias, as visitas domiciliares, as oficinas culturais, dentre outras (BRASIL, 2004b).

As práticas do CAPS funcionam como catalisadores da construção de territórios existenciais de modo a inserir ou reinserir os 'usuários', tornando-os cidadãos ou de 'mundos' nos quais os seus usuários possam conquistar ou reconquistar seu cotidiano (RAUTER, 2000). Desta maneira, o CAPS assume o papel de estrutura complexa que, entre outras coisas, procura ser ponte de relacionamento entre o indivíduo, com suas particularidades, e as demais redes sociais.

Com a atual política centrada na Promoção da Saúde como eixo estruturante, a concepção de saúde preconizada aponta para a atenção integral com base na consideração dos aspectos biopsicológicos e socioculturais que permeiam a existência dos sujeitos. Com isso, a saúde mental passa a ser valorizada como componente da vida dos indivíduos e possui envolvimento com os determinantes sociais da saúde.

Assim, a abordagem em saúde mental visualiza um aprendizado com ênfase na apreensão da realidade, pelo confronto, manejo e solução integradora dos conflitos. Com efeito, os serviços de saúde se estruturam a fim de oferecer respostas diante das complexas demandas da clientela (BASAGLIA, 2008).

Na tentativa de reorientação das práticas de saúde para o alcance dos princípios do SUS, de integralidade, universalidade e equidade, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o direcionamento das ações para a Promoção da Saúde. Os princípios da Promoção da Saúde permitem a assistência por meio de trocas solidárias, críticas, capazes de envolver a comunidade, desenvolver as habilidades pessoais, criar ambientes saudáveis e reorganizar os serviços de saúde, integrando a saúde mental à saúde como um todo. Isso só poderá ser possível por meio do fortalecimento da atenção básica, tendo a ESF como eixo estruturante.

Dessa maneira, percebe-se o potencial desenvolvido pela ESF como um ambiente propício para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde mental e prevenção de agravos dessa natureza, em especial por ser um serviço comunitário, centrado na participação popular, de modo a estimular práticas autônomas, acrescentando a isso a formação de parcerias.

A inclusão das pessoas com sofrimento mental no âmbito da atenção básica corrobora os pressupostos trazidos pela Declaração de Caracas, a qual enfatiza a



necessidade de dispositivos de cunho comunitário capazes de introduzir-se nas demais redes de apoio e promover a reabilitação psicossocial, a reinserção social e a integração, preceitos condizentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica (OPAS, 1990) .

Há evidências da alta prevalência de demanda em saúde mental na Atenção Primária no Brasil dentre a população atendida, caracterizada em grande parte por casos com quadros depressivos e ansioso-leves, assim como preocupações, irritabilidade e múltiplos sintomas psicossomáticos. Além dessa clientela, cabe à unidade de ESF promover ações em prol da promoção da saúde mental e do reconhecimento de situações de risco para o adoecimento mental, atuando em todos os níveis de atenção, desde a promoção até a assistência aos casos identificados (FORTES, 2006).

A equipe multidisciplinar da ESF insere-se no território de abrangência por possibilitar a integração de conhecimentos de maneira a auxiliar o portador de transtornos mentais, a família e a comunidade a enfrentar seus problemas e superar as dificuldades, favorecendo a qualidade de vida à sua clientela. São abertos neste equipamento comunitário espaços de inclusão aos indivíduos em sofrimento mental, valorizando suas potencialidades e reavendo o poder de contratualidade perdido durante as práticas centradas no manicômio.

O destaque está no potencial que as práticas na atenção primária têm para o alcance da abordagem integral, por considerar as particularidades e os aspectos de existência em que ocorrem os processos de saúde e doença.

Desta forma, a defesa da integração do cuidado em saúde mental na Atenção Primária passa a ser uma prerrogativa estimulada pelas atuais políticas nacionais e internacionais em saúde mental. Funk, Saraceno, Drew *et al* (2008) reconhecem a ênfase ainda existente sobre o cuidado físico em detrimento ao mental; no entanto, as indicações dadas pelos referenciais em Promoção em Saúde, como nas Declarações de Alma-Ata, de Ottawa, entre outras, defendem a garantia da assistência integral, inclusa nela o acolhimento da saúde mental na Atenção Primária à Saúde numa rede ampliada de atenção que seja sensível às demandas da clientela (EDWARDS, 2005; IVBIJARO; KOLKIEWICZ; LIONIS *et al*, 2008; IVBIJARO; FUNK, 2008).

A atual Política Nacional de Saúde Mental busca valorizar formas de atenção com base territorial, reorientando as práticas para maior vinculação entre os serviços

de cunho comunitário, no caso, os CAPS's e a ESF. Abrem-se, então, possibilidades para a criação de espaços de convivência, sociabilidade e inclusão, com destaque para a integração de práticas pelos diversos sujeitos sociais (SOUZA, 2006). Aliado a isto, o Pacto pela Vida de 2008 agrega a saúde mental como uma das prioridades de atuação dentro da Política Nacional de Atenção Básica, abrindo caminhos para que aproxime as redes em saúde para o cuidado integral.

A ESF pode constituir um mediador de encontros em saúde pelo seu poder de promover a inserção das pessoas num território de abrangência, contribuindo, assim, para a transformação cultural da saúde em relação à loucura, vindo a ser um importante dispositivo no modelo de atenção psicossocial. Para isso, faz-se importante o suporte operado pelas equipes de saúde mental por meio do matriciamento. Essa atuação é algo recente, apesar das recomendações dadas pela legislação nesta área acerca das atribuições dos CAPS na rede de atenção à saúde. Nela, cabe ao serviço de referência ou à equipe volante em saúde mental a responsabilidade de suporte aos demais níveis de atenção.

Brasil (2003) orienta para a Política em Saúde Mental, a organização de ações de saúde mental na Atenção Básica com o apoio matricial às equipes da ESF. As equipes matriciais são arranjos organizacionais que objetivam garantir suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Isso se dá pelo compartilhamento e corresponsabilidade de casos, discussões e intervenções conjuntas à família e às comunidades.

O trabalho com o modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento possuem bases nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Tais ações direcionam para respeito às noções de território, a organização da atenção em saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, promoção da cidadania do usuário e autonomia além da defesa da desinstitucionalização e do trabalho inter/ multidisciplinar (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE; 2006).

Com isso, exclue-se a lógica do encaminhamento por meio do incremento da capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, com o estímulo à interdisciplinaridade, da ampliação da clínica na equipe e resgate de outras dimensões. Vislumbra-se agir sobre condições de risco para o sofrimento mental

como situações de exclusão social, transtorno mentais severos e persistentes, suicídio ou tentativa, violência intrafamiliar, problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas e ao abuso de benzodiazepínicos (BRASIL, 2003).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) representam uma dessas modalidades de equipes de apoio matricial, que possuem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. Para isso, oferecem a parceria entre profissionais para o acompanhamento das práticas em saúde no território sobre a responsabilidade da ESF, atuando no apoio às equipes (BRASIL, 2008b).

Lancetti (2002a; 2002b) agrupa uma série de experiências exitosas sentidas em várias regiões brasileiras, onde há o estabelecimento de uma rede de suporte em saúde mental, demonstrando a viabilidade e os ganhos advindos quando se tem a articulação de saberes para o alcance de uma melhor estruturação das práticas com profissionais em equipe.

Scóz e Fenilli (2003) destacam a importância da inserção da saúde mental no contexto da ESF como forma de oferta de atenção integral à saúde baseada nas demandas da comunidade. Para que isso ocorra adequadamente, é necessário o desenvolvimento de projetos de atenção à saúde mental por meio dos CAPSs ou das equipes de saúde mental, de maneira a ofertar as condições necessárias para o adequado manejo das demandas nesse âmbito.

Dentre os limites que os serviços da ESF têm ao lidar com as demandas em saúde mental, destacam-se ainda nos profissionais da ESF intervenções segundo os direcionamentos dados pelo Ministério da Saúde, em programas de atenção específicos para criança, mulher, hipertenso, entre outros, não assumindo o caráter estratégico da assistência integral baseada na Promoção da Saúde. Então, o caráter da integralidade preconizado é deixado de lado e dá margem a práticas focalizadas, de ação limitada (SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004; NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

O modo de lidar com o portador de sofrimento mental na ESF ocorre ainda de modo bastante incipiente, sendo o atendimento centralizado na figura médica e as perspectivas de assistência voltadas ao controle e direcionamento de práticas especializadas em saúde. São evidenciados os entraves em lidar com as demandas de saúde mental em razão da dificuldade de conceituar doença mental, os encaminhamentos recorrentes, o reconhecimento da falta de treinamento, a

insegurança e a falta de experiência com essas demandas; isso provoca o desvio dos pressupostos preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

Há o reconhecimento, pelos profissionais da ESF, da necessidade da pessoa em sofrimento mental e os familiares terem acompanhamento nesse nível de atenção, apesar das dificuldades causadas pelos recursos escassos. Estudos arregimentam como barreiras ao atendimento das demandas de saúde mental o excesso de trabalho a que os profissionais da ESF são submetidos e a ausência de incentivos motivados pelos gestores locais à inclusão dessa atenção no nível básico da assistência (SOUZA; SCATENA, 2007; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Corroborando essa discussão, faz-se referência à proposta de redirecionamento dado pelo atual paradigma ampliado de saúde, superando práticas baseadas num modelo meramente curativo-assistencialista, abrindo espaço para a incorporação de outros agentes no âmbito da assistência, com vistas a integrar saberes às demandas exigidas no contexto da atenção primária (SILVEIRA; ARAÚJO; SILVA *et al*, 2004).

Dentre as experiências da equipe sobre a saúde mental centradas na ESF pelo compartilhar de vivências entre seus componentes, os sujeitos se reconhecem como desprovidos de bases apropriadas para um manejo adequado das questões ligadas à saúde mental. Com relação a isso, destacam-se a sobrecarga de trabalho no serviço, a ausência de capacitação, as falhas no sistema de referência e contrarreferência e a falta de direcionamento das políticas públicas municipais que enfatizam a atenção à saúde mental no âmbito da Atenção Básica à saúde.

Tem-se o destaque de que, na incorporação da saúde mental à ESF, há o aumento da eficácia no agendamento de consultas e a quase-unanimidade à importância das equipes do PSF. Apesar das conquistas, são visualizados alguns pontos de fragilidade nas estruturas para uma atenção adequada à saúde mental como a referência e a contrarreferência, a ausência de capacitação e a falta de uma orientação com maior enfoque na família e nas reações estabelecidas entre o sofrimento psíquico e o contexto comunitário (KOGA; FUREGATO; SANTOS, 2006).

Uma das questões fundamentais no contexto da ESF é a ampliação da capacidade de escuta das equipes e a possibilidade de aplicar estratégias em que se pensem conjuntamente nos meios de intervenção para o preparo das famílias na superação das dificuldades, e para que os profissionais possam ter seus medos suplantados em relação ao cuidar do portador de sofrimento psíquico. Assim haverá

aberto espaço de diálogo e vínculo capaz de ser sensível às necessidades das famílias e dos pacientes (MACHADO; MOCINHO, 2003).

O potencial das práticas no contexto da ESF está voltado não apenas ao atendimento dos agravos, mas também à compreensão dos contextos dos indivíduos, de maneira a responder às amplas demandas em saúde mental, conforme um enfoque integral de saúde voltado ao bem-estar e à qualidade de vida.

O estabelecimento de ações em conjunto com a saúde mental e a ESF amplifica o potencial dos CAPS's como agenciador de novos modos de cuidado pautados na corresponsabilidade e formação de vínculo entre a clientela e a equipe de saúde. Dessa maneira, há um manejo adequado voltado à superação dos entraves no âmbito da Atenção Básica, objetivando o cuidado de modo integral que responda aos preceitos da Promoção da Saúde.

Mudanças são exibidas quanto à abordagem dos demais estudos, à medida que os autores relatam a experiência do matriciamento realizado em unidades de atenção básica num município do Estado de São Paulo. Nestes há o investimento em ações conjuntas da ESF e de equipes matriciais em mental com a delimitação dos espaços de atuação própria de cada agente, agregando elementos para atenção em saúde. Com isso, viabilizam-se, então, encontros voltados à sensibilização, capacitação, suporte de casos e atendimento compartilhado em saúde mental (BRASIL, 2003; BARBAN; OLIVEIRA, 2006).

A corresponsabilidade da equipe de saúde mental com os profissionais da unidade de saúde possibilita a condução dos problemas de saúde mental que, até então, eram repassados aos demais níveis de referência, ensejando sobrecarga do outro nível e uma baixa qualidade no atendimento. Além disso, tem-se a oportunidade de realizar ações que enfocam a intersetorialidade e a integração de saberes e práticas, condições necessárias para o alcance da integralidade em saúde.

É possível observar experiências com enfoque na possibilidade de comunicação entre a equipe de saúde mental e as unidades básicas de saúde da ESF. Nessas experiências, são evidenciadas potencialidades que as ações integradas em saúde são capazes de desenvolver em relação às práticas que promovam a integralidade, a universalidade e o fortalecimento da cidadania dos indivíduos com referência à atenção à saúde (LANCETTI, 2002b).

Constata-se que as práticas em saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde mostram-se como importantes meios de viabilização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, haja vista o potencial de integração das redes sociais, a proximidade com os espaços de vida e a execução de práticas voltadas prioritariamente à promoção da saúde mental e à prevenção de agravos.

A práxis aponta, entretanto, para a incipiente atuação dos profissionais da ESF na saúde mental. As ações são baseadas nos encaminhamentos para os demais serviços da rede de atenção, ocasionando assistência fragmentada e destituída de vínculo entre a clientela atendida e a equipe de saúde. Parte desses entraves decorre do pouco preparo desses profissionais para lidar com as questões da saúde mental, advindas desde a formação, assim como a grande demanda da clientela pela qual se responsabilizam no serviço, restando pouco tempo para atenção integral e sensível às necessidades da população.

Mesmo considerando que o processo de Reforma Psiquiátrica ainda se encontre em fase de implantação no País, e que sejam recentes e, ainda, principiantes as experiências de inclusão de ações de saúde mental nas equipes da Estratégia de Saúde da Família, ressalta-se a necessidade de que se efetivem as políticas públicas de saúde e de saúde mental preconizadas, utilizando-se dos vários dispositivos e estratégias de ação com a devida competência técnica, ética e humanística para superação do modelo excludente de intervenção junto a pessoas em sofrimento mental.

O estabelecimento de uma rede integrada de saúde prevê dispositivos que favorecem a transformação e a superação da assistência fragmentada e dicotomizada, para atenção integral que busca promover a saúde do indivíduo, família e comunidade nos vários níveis de atenção.

Vale salientar que a inclusão da saúde mental na ESF é algo em elaboração, exigindo maior investimento dos gestores em recursos humanos e estruturais e na sua capacitação profissional, na infra estrutura, criando condições que favoreçam articulação da rede de serviços integrada e que atenda as demandas sociais.

É importante refletirmos quanto à saúde mental dentro da Atenção Básica à Saúde como possibilidade de investimento para o alcance dos princípios da Promoção da Saúde e da Reforma Psiquiátrica, por meio da articulação de saberes entre os vários profissionais que assistem a população para que se atendam as

propostas tanto de integralidade quanto da atenção psicossocial de forma sensível às necessidades desta clientela.

Com esta reflexão, haverá o fortalecimento das relações entre as diversas instâncias de assistência por meio do diálogo entre os profissionais, permitindo ganhos que possam representar avanços na consolidação da Reforma Psiquiátrica e da Promoção da Saúde de nosso País.

## **3 COMO O CAMINHO FOI TRILHADO**

### **3.1 Identificando o referencial metodológico**

#### **3.1.1 Problematização e autonomia em Paulo Freire**

Os novos referenciais em saúde preconizam práticas que promovam a autonomia dos indivíduos, de modo a sentirem-se coparticipantes nas ações relacionadas ao controle do seu bem-estar e qualidade de vida. Para que isso ocorra de maneira adequada, faz-se necessário que estes passem a se conscientizar do papel de sujeitos, libertando-se das amarras estabelecidas pelas relações de poder impostas entre os detentores do conhecimento e os demais indivíduos (BRASIL, 2002a).

Isso é possível quando as práticas possuem fundamentos que permitem a abertura de espaços de escuta e a problematização dos elementos presentes na realidade de cada indivíduo. Envolvido na questão está, também, o reconhecimento, pelos indivíduos, das suas necessidades por meio do ato de conscientização, ou seja, apreender da realidade aspectos e por eles cor-responsabilizar-se (FREIRE, 1980).

O ato da conscientização, segundo Freire (2008a), dá-se com base na problematização dos homens em suas relações com o mundo, ensejando posicionamentos baseados na ação e reflexão. A implementação dessa prática deve objetivar a libertação autêntica, ou seja, a humanização do homem em suas relações com o outro e com o mundo, fazendo-o trabalhar para incremento de maior qualidade de vida para si e a comunidade a que pertence (FREIRE, 2008b).

Para isso, os profissionais envolvidos nas práticas devem estar dispostos a saber ouvir os vários agentes sociais, desmontar a ingenuidade das relações estabelecidas e problematizar a realidade junto com os usuários, aprender a estar com o outro e com suas peculiaridades, estabelecendo relações de igualdade, envolver-se com o outro e tornar a crítica e a problematização uma constante no cotidiano das práticas.



São propostas, assim, novas tecnologias de cuidado sensíveis aos elementos presentes na comunidade, mobilizando-os à prática de ações que produzam impactos na realidade em que estes indivíduos estão inseridos. Nestas, os profissionais de saúde passam a ser desafiados para contribuir ativamente com os usuários de suas ações e serviços na luta por saúde, estando disponíveis para *estar com* os usuários e *ser capaz de*, numa atitude de persistência diante das situações-limites que são dadas pelo dia a dia. É incentivada, nesse sentido, a reflexão constante para a busca de práticas éticas e estéticas (FREIRE, 2007).

As ações fogem do método bancário de mero depósito de conhecimentos para um método embasado na problematização da realidade. O ato de problematizar, segundo Freire (2008a), diz respeito a sair da chamada curiosidade ingênua, isto é, da visualização superficial dos fatos, sem importar-se com as relações que estes estabelecem com o histórico, o social, o cultural, o humano, para a curiosidade epistemológica, dialógica, aberta, crítica, curiosa, indagadora e não apassivada. Com isso há o “empoderamento” desses indivíduos, na medida em que assumem a responsabilidade de sujeito que conhece e passam a possuir instrumental para gerar ações que podem intervir politicamente no mundo, pautados em referenciais humanísticos.

A valorização da autonomia e “empoderamento” da comunidade e de todos os agentes sociais envolvidos nas tramas de cuidado e atenção é uma das potencialidades das práticas, quando se permitem a escuta e o envolvimento destes nos serviços.

É preciso investir, então, em ações que capacitem à comunidade, de modo a intervir ativamente em sua realidade, de modo crítico, e capaz de correlacionar todos os aspectos de vida. Com isso há uma aproximação com um dos eixos trazidos pela Carta de Ottawa, que encaminha a Promoção da Saúde por meio da participação comunitária e do incremento das habilidades dos indivíduos (BRASIL, 2002a).

A conscientização é tida como compromisso histórico mediante a inserção crítica na história, assumindo o homem uma posição de sujeito capaz de transformar o mundo. Isso é dado pelo desenvolvimento crítico da tomada de consciência, ir além da ‘curiosidade ingênua’ isenta de criticidade, para uma fase crítica na qual a realidade se torna um objeto cognoscível e assume posição embasada por referenciais, procurando conhecer e tomar posse da realidade (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Tais práticas encaminham para modos de libertação do homem das amarras de opressão com que vivenciam suas vidas e estabelecem suas relações com o outro e com o mundo. Desse modo, desde uma pedagogia da libertação, é dada a oportunidade de avançar e direcionar planos que tenham objetivos comuns aos trabalhadores de saúde, aos usuários, às famílias e à comunidade: o bem-estar e alcance de melhores condições de vida implicados nesta atividade.

### **3.1.2 O método de Paulo Freire: círculos de cultura**

Contradizendo os tradicionais modelos de educação de caráter rígido, o método de Paulo Freire avança para estabelecer relações de aprendizagem em que o homem, em um ato de criação, é capaz de acionar atos criadores. Nesse método, o homem não é passivo, nem objeto, desenvolvendo a atividade e a vivacidade da invenção e reinvenção, características próprias da situação de procura (FREIRE, 1980).

Freire (2007) considera o método de círculo de cultura uma concepção do mundo com seus referenciais, uma pedagogia que extrapola os limites da alienação. Trata-se de abordagem inovadora, que fornece aos profissionais da saúde a oportunidade de proporcionar participação pela fala e ação aos sujeitos inseridos na sua prática. Para isso, os profissionais devem estar dispostos a viver com os sujeitos experiências abertas para que estes sejam criadores da sua aprendizagem. O direcionamento é dado no sentido da busca da conscientização e da conseqüente autonomia.

Os círculos de cultura de Paulo Freire são espaços abertos para que a cultura tenha a possibilidade de diálogo, descodificando a realidade do participante até que descubra nela aquilo que não lhe está explícito. Os diálogos estabelecidos nos círculos de cultura têm como objetivo o conhecimento no seu aspecto mais amplo, ou seja, desconstruir, intencionando revelar o sujeito, transformando o oculto em culto, “empoderando-o” social e politicamente (BOEHS *et al*, 2007).

Freire (2008a) entende o ato educativo como modo de intervenção no mundo por meio da apreensão da realidade, sendo, portanto político. Esta apreensão não sucede pela adaptação mas sobretudo para a transformação da realidade, para nela

intervir, recriando-a, ações que se estendem do simples espaço institucional para esferas que extrapolam estes limites, promovendo mudanças que se operam de modo ampliado.

Freire (1980) descreve a denominação círculo de cultura. O uso da palavra 'círculo' decorre do lugar em que todos se posicionam no encontro e nos significados que assumem. O círculo presume um espaço em que todos ensinam e aprendem. Nesse espaço, a fala possui liberdade de expressão, estabelecida por meio de diálogo aberto à escuta do outro e da situação de estar com o outro.

O círculo de cultura é composto pelo animador, aquele que coordenará o grupo de forma não diretiva, animando o trabalho orientado da equipe, e os demais componentes que participam ativamente em todos os momentos do diálogo, único método de estudo no círculo.

Com o método, Paulo Freire mostrou que a alfabetização não estava restrita à leitura das palavras, mas à decodificação do mundo por meio da problematização, de modo que o educando fosse o sujeito de seu desenvolvimento, com liberdade e autonomia (FREIRE, 1980).

Experiências em saúde mostram a aplicação do círculo de cultura como referencial metodológico no campo da Educação em Saúde (MONTEIRO, 2007). Os objetivos de problematização e incentivo da autonomia preconizam a valorização dos aspectos ligados às peculiaridades locais, priorizando as características dos sujeitos. Isso permite a aproximação da realidade para incentivá-lo a mover-se em direção à tomada de decisões enquanto feito sujeito autônomo.

Na aplicação do círculo de cultura em outros ambientes, se não o de alfabetização, as fases norteiam as ações, evidenciando o processo de desconstrução para a construção de possibilidades diante do conhecimento do universo vocabular, a utilização das palavras geradoras, a tematização, a problematização (desconstrução) e a reconstrução (conscientização e direcionamento para a autonomia). Cada passo contribui para o aprofundamento das questões, fazendo com que haja envolvimento com as problemáticas e trabalho conjunto para o alcance de maior bem-estar comunitário, refletindo assim na Promoção da Saúde em vários âmbitos, incluindo a mental.

## 3.2 Descrição do caminho metodológico

### 3.2.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo pesquisa-ação. Os estudos qualitativos permitem a compreensão de fenômenos de natureza complexa e do significado que possuem para os indivíduos, aspectos que não podem ser totalmente alcançados pela simples mensuração de variáveis (MARCUS; LIEHR, 2001).

O processo saúde-doença compreende inúmeros fatores que influenciam nos modos como as pessoas irão desenvolver determinados agravos. Assim, faz-se necessária uma abordagem que permita a investigação de modo flexível, capaz de comportar várias estratégias de coleta de dados, que contemplem a realidade de modo holístico e na qual o pesquisador possa envolver-se intensamente, de maneira a responder suas inquietações e alcançar espaços possíveis de intervenção (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa-ação é uma estratégia metodológica, concebida e realizada junto a uma ação ou unida à solução de problemas coletivos, em que pesquisadores e participantes estão envolvidos de maneira cooperativa ou participativa. Dentre os aspectos presentes neste tipo de abordagem, vê-se a possibilidade de ampla interação dos sujeitos da pesquisa e o pesquisador, assim como a priorização de problemas pesquisados advindos de dada situação social, buscando resolvê-los ou esclarecê-los (ELIAS, 2005). A ênfase está na resolução de problemas, na tomada de consciência ou na produção de conhecimento, podendo estes aspectos serem alcançados de modo simultâneo ou isolado, conforme a condução do estudo (THIOLLENT, 2008).

Considerando o caráter denso que envolve a assistência em saúde por todos os agentes de cuidado, exige-se o uso de bases metodológicas que respondam adequadamente aos questionamentos desta área e que permita uma compreensão dos fatores envolvidos e capazes de intervir.

### **3.2.2 Local do estudo**

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Juazeiro do Norte, localizada na região do Cariri, ao sul do Estado do Ceará, a 565 km da capital, Fortaleza, sendo importante centro cultural, religioso e comercial para a região, contando com população de 242.139 habitantes (IBGE, 2007) (ANEXO 1). O Município está inserido na Macrorregião de Saúde do Cariri, sendo sede da Microrregião de Saúde da qual participam seis municípios (SESA, 2008).

A produção dos dados foi realizada numa Unidade Básica de Saúde (UBS) que comporta as equipes Nº 23 e Nº 53 da Estratégia Saúde da Família, dentre as 53 existentes no Município.

A seleção desta UBS se deu pelo critério de intencionalidade, por ser uma unidade que congrega duas equipes de PSF sem o nosso deslocamento para outros espaços. Justifica-se ainda esta intenção pelo fato de contarmos com recursos humanos restritos, pois houve o desempenho simultâneo da função de investigadora e animadora do círculo de cultura, tendo sido inviável atender aos métodos de pesquisa-ação por mais tempo e com um número maior de pessoas, garantindo assim a exequibilidade da pesquisa.

### **3.2.3 Período da produção de dados**

O período da produção dos dados do estudo abrangeu os meses de junho a outubro de 2009. Durante esse tempo, foram realizadas visitas de campo para a observação não sistemática na área junto aos participantes do estudo, entrevistas prévias aos círculos de cultura, encontros da oficina em saúde mental e entrevistas pós-oficinas.

A pesquisa teve seguimento segundo o planejamento proposto por cronograma de atividades, incluindo aspectos da estruturação inicial do estudo, contemplando as fases de revisão bibliográfica, da composição do projeto de pesquisa, do exame geral de conhecimentos, da apresentação do projeto aos gestores locais, envio ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do

Ceará (UFC), imersão no campo de produção de dados, análise e organização das informações.

### **3.2.4 Participantes da pesquisa**

Os participantes do estudo foram profissionais das equipes da ESF da unidade de saúde em estudo, a animadora do círculo de cultura e duas acadêmicas de Enfermagem selecionadas para o suporte nas atividades.

As equipes são compostas por um grupo multiprofissional de técnicos, formada por médico generalista, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico de Enfermagem, técnico de higiene bucal, atendente de consultório dentário, agentes comunitários de saúde e agentes administrativos e/ou atendentes.

Neste estudo, participaram 22 profissionais de saúde, seja de nível superior ou médio. Os critérios de inclusão foram de acolhimento a todos os profissionais e acadêmicos que estivessem vinculados às atividades da unidade de saúde e que desejassem participar do estudo, já que possuíam aproximação com o serviço e as práticas desempenhadas neste espaço. Desse modo, não houve critérios de exclusão. Fomos a animadora do círculo de cultura e estivemos inserida em todas as fases de concepção do estudo, e as duas acadêmicas de Enfermagem se envolveram no registro dos dados.

Conforme se deu o início das atividades de coleta de dados, foram abordados os sujeitos segundo a vontade de participar da pesquisa. Estiveram envolvidas nas atividades da pesquisa 22 pessoas, entre entrevistas prévias, acompanhamento de práticas na unidade de saúde e participação das oficinas em saúde mental e entrevistas pós-oficinas. Nas atividades em grupo, houve flutuação quanto à presença dos participantes, havendo a média de 17,5 pessoas por oficina.

### **3.2.5 Procedimentos para produção de dados**

Considerando a pesquisa-ação como abordagem metodológica, fazem-se necessários como pressuposto para atuação sobre a problemática local, a exploração dos aspectos presentes na realidade, os modos como se estabelecem as práticas em saúde e como se organizam os sujeitos em relação às demandas (MEYER, 2009). Utilizando-se do círculo de cultura como referencial metodológico, é necessário que haja o conhecimento prévio dos aspectos culturais em que se situam as relações de cuidado e que influenciam os modos de fazer e trabalhar na comunidade.

Desse modo, foi necessária a realização de contato prévio, a fim de apresentar o projeto a ser implementado junto às equipes Nº 23 e Nº 53. Após apresentação do projeto na Secretaria Municipal de Saúde, em todos os setores vinculados à Unidade Básica de Saúde, seguiu-se o contato com as enfermeiras de cada uma das equipes, já que no contexto local estas assumem a coordenação das atividades das equipes. Elas se responsabilizariam pelo contato com os demais profissionais da equipe, como médicos, enfermeiros, agentes comunitários da saúde e dentistas, para que houvesse a apresentação do projeto, com seus acordos de funcionamento, seguida da realização das inscrições.

Para a marcação da data para realização do encontro, registraram-se alguns contratemplos, visto que, no período uma das coordenadoras se encontrava de licença, alguns dos profissionais não teriam disponibilidade para participação, dentre outros impasses. Após inúmeros esboços de marcação, foi concretizada a reunião. Neste momento, estiveram presentes representantes das duas equipes, dentre eles agentes comunitários de saúde, uma dentista e uma enfermeira. Inicialmente realizamos um espaço de 'quebra-gelo', quando todos tiveram a oportunidade de se apresentar. Após promover este breve momento de entrosamento, distribuimos *folders* contemplando a Proposta de Oficina em Saúde Mental (APÊNDICE A) e os aspectos que seriam discutidos naquela tarde: o projeto a que se vinculava a proposta das Oficinas em Saúde Mental, as instituições e pessoas envolvidas, os objetivos, os benefícios advindos, o método utilizado, os passos do desenvolvimento das etapas e demais acordos para o funcionamento dos círculos de cultura.

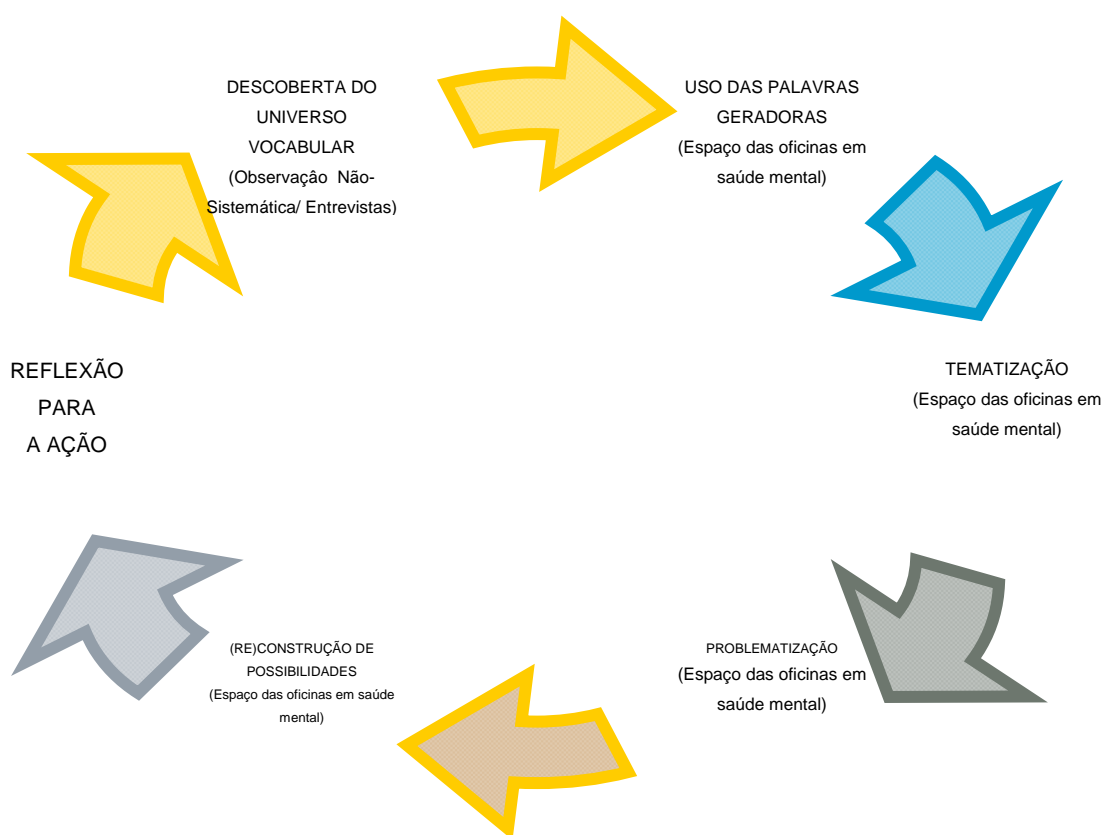
O término se deu com a descoberta das expectativas daqueles que ali estavam para as atividades propostas. Nos discursos dos participantes, a ênfase dada foi na aquisição de conhecimentos que pudessem auxiliar no trabalho desempenhado por parte de cada profissional. Ao final da atividade, 11 pessoas

demonstraram interesse em participar do projeto, algumas das quais já relatavam parte das dificuldades presentes na sua prática em relação à saúde mental e que lhes causavam ansiedade. Estes eram em sua totalidade agentes comunitários de saúde.

Para aqueles que não tiveram a oportunidade de participar deste momento inicial de apresentação em grupo, foram realizadas divulgação posterior no mural da unidade de saúde através do *folder* informativo e contatos no plano individual.

A produção dos dados foi realizada por meio do círculo de cultura proposto por Paulo Freire. Desse modo, as atividades foram norteadas obedecendo as seguintes fases, que descrevemos em círculo como elaboramos na Figura 1: a) a descoberta do universo vocabular; b) o uso das palavras geradoras; c) a tematização; d) a problematização; e) e a (re)construção de possibilidades ou a chamada reflexão.

**Figura 1: Organograma de Funcionamento do círculo de cultura. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**



Segundo Freire (2008a), “o caminhar se faz caminhando”, ou seja, à medida em que ocorre o desenvolvimento dos círculos de cultura, em cada uma de suas fases, vão emergindo as temáticas que trarão os elementos para a consolidação dos momentos seguintes.

Para o conhecimento do universo vocabular, houve nossa inserção no campo de estudo, reconhecendo as principais práticas em saúde mental e como estas se articulam às demais instâncias de cuidado oferecidas pelo serviço. Para isso, foi realizada a observação não sistemática utilizando diário de campo, no qual foram registradas todas as nossas experiências e impressões, aliada à realização de entrevistas semi estruturadas, com o objetivo de identificar o universo vocabular dos participantes do estudo (APÊNDICE B). As entrevistas foram realizadas no serviço, em sala reservada, para manter a privacidade, e gravadas, garantindo-se a confidencialidade dos dados.

A observação permite o estabelecimento de relações de proximidade com a comunidade e membros, possibilita a imersão no cotidiano do grupo, favorece a redução da reatividade à presença do observador, além de viabilizar o conhecimento da funcionalidade interna dos grupos. No estudo, desenvolvemos a função de observadora-como-participante, visto que usamos a observação como estratégia de complementaridade da entrevista (DESLANDES, 2005).

Assim, foram realizadas entrevistas junto a agentes comunitários de saúde, buscando explorar aspectos da saúde mental presentes no cotidiano das práticas, as demandas e a condução daquilo que se evidenciava na prática. Unido às entrevistas, houve o acompanhamento das atividades por meio da observação não sistemática com a enfermeira, o médico e os agentes administrativos no serviço e ida a visitas domiciliares junto aos agentes comunitários de saúde

A entrevista é uma dinâmica na qual o participante lista diferentes aspectos do seu conhecimento com a ajuda do entrevistador, com o objetivo de reunir informações sobre o que operacionaliza o projeto de pesquisa e explica como o conhecimento referente ao tópico está narrativamente constituído. As entrevistas semi estruturadas possuem base flexível, sendo compostas por perguntas abertas que definem a área a ser explorada e a partir da qual o entrevistador ou a pessoa entrevistada pode divergir a fim de prosseguir com uma idéia ou resposta em detalhes (BRITTEN, 2009).

Após prévio conhecimento dos aspectos que permeavam as práticas no campo da saúde mental no contexto ampliado presente no serviço, foi lançada a proposta de início dos encontros. O planejamento teve que incorporar detalhes referentes à disponibilidade de tempo dos participantes, acesso ao local, adequação ao cronograma de atividades das equipes, dentre outros aspectos que permitissem a viabilidade das oficinas.

Aliada ao reconhecimento dos aspectos ocorridos no âmbito da saúde mental, havia a expectativa dos participantes quanto ao início das atividades. Como desde o início e apresentação do projeto foi destacado o caráter aberto das atividades, os sujeitos se mostravam bastante curiosos quanto ao que seria discutido, os modos de desenvolvimento das oficinas, dentre outros aspectos.

Após os aspectos explorados no primeiro momento, realizamos os círculos de culturas, sob o formato de Oficinas em Saúde Mental. Araújo, Almeida e Santo (2003) descrevem as oficinas como locais onde se exerce um ofício, lugar de consertos, reparos, lugar de vida e trabalho, descoberta e ação, incorporando o significado dos atos e as relações com as estruturas sociais. Estes foram espaços de desconstrução para a (re)construção de conceitos e práticas por meio da problematização de temáticas.

Assim, foi reservado o dia de quarta-feira, no período da tarde, como a ocasião em que ocorreriam as oficinas em saúde mental, visto que este era um período já utilizado para discussão da equipe N<sup>o</sup> 53 e seria também conveniente aos componentes da equipe N<sup>o</sup> 23. As atividades não tiveram delimitação temática prévia, sendo demarcados em cada encontro os assuntos que seriam abordados no outro encontro. Para a primeira oficina, foram utilizadas as palavras geradoras advindas do contexto de trabalho das equipes a partir das entrevistas e visitas. Da mesma forma, não havia a delimitação da quantidade de encontros.

Nestes momentos, foram adotados crachás para o reconhecimento dos participantes e facilitação das relações no grupo (APÊNDICE C). Cada círculo foi organizado seguindo três momentos - acolhimento, desenvolvimento e avaliação.

Para isso, foram utilizadas técnicas de vivências e espaços de expressão por meio de modelagem, desenho, dentre outros, que permitiram o surgimento de elementos para a problematização e reflexão. O uso de textos-base foi adotado durante as rodas da discussão para a problematização e reflexão das temáticas emergentes.

Desse modo, cada oficina trazia um momento prévio de acolhimento com elementos para a tematização do que seria trabalhado no dia, seguido pela problematização do que se adequava na realidade e expectativas de cada profissional. Após estes espaços de aproximação com o tema e a problematização dos conteúdos, eram reservados espaços de reflexão com base em textos relacionados à temática. Isso proporcionava aos participantes um confronto da definição prévia que ele tinha, o que os autores traziam e, a partir disso, havia discussão em grupo e fechamento com alguma produção, seja esquema de idéias, desenho, modelagem, dentre outros. As atividades das oficinas se encerravam com avaliação do dia por meio de técnicas grupais ou de abordagem individual.

As oficinas foram se inscrevendo de modo espontâneo, segundo as demandas dos participantes, utilizando-se de múltiplos recursos e métodos, a fim de favorecer a riqueza das discussões. Foram postas temáticas que variaram desde a origem do que se tem por loucura até os modos de integração das práticas em saúde mental na atenção básica. Na última oficina, os participantes foram incentivados a nomear cada um dos encontros segundo o que lhes parecia significativo e que se aproximasse do acontecido na prática, proporcionando um momento de reflexão sobre a articulação entre as temáticas e a aplicabilidade no contexto da assistência.

As atividades desenvolvidas durante os círculos de cultura foram registradas por meio do uso de gravador, filmadora e máquina fotográfica, para que não houvesse a perda das circunstâncias da produção dos dados da pesquisa. Após o encerramento das atividades dos círculos de cultura no grupo, foram efetivados os contatos com os participantes das oficinas, a fim de identificar a avaliação individual das oficinas em saúde mental. Consideramos como critério para inclusão a participação de pelo menos três oficinas.

Foram então aplicadas entrevistas pós-oficinas, com o propósito de avaliar o impacto no plano individual das atividades desenvolvidas nas oficinas, sendo realizadas no serviço conforme a disponibilidade dos participantes com o uso do gravador para captura das falas (APÊNDICE D).

Dado o término das atividades na unidade de saúde, foram coletadas informações adicionais acerca do perfil e funcionalidade das equipes de saúde e dos serviços de atenção em saúde mental junto ao setor do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) na Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte.

### 3.2.6 Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram organizados e analisados segundo a avaliação por triangulação de dados. Minayo, Assis e Souza (2005) explicitam a triangulação como combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista, permitindo interação, crítica intersubjetiva e comparação. Esta se deu por análise e cruzamento dos inúmeros procedimentos de coleta de dados, inseridas em cada etapa de realização das atividades, permitindo que houvesse a absorção da análise de produção dos dados com a devida profundidade destes à medida que eles foram se realizando, tornando - os dinâmicos e criativos.

Assim, as falas provenientes das entrevistas pré oficina foram transcritas e lidas à medida que ocorreu a coleta de dados. Atrelado a isso, houve o registro das informações advindas da observação das visitas ao serviço e do acompanhamento do trabalho dos profissionais em diário de campo. Neste eram colocadas a descrição das atividades visualizadas com ênfase no aspecto da saúde mental seguida das impressões da pesquisadora. Após o término da etapa de conhecimento do serviço e dos aspectos que circundavam o cuidado em saúde mental, houve a análise do material para o levantamento das palavras geradoras, ou seja, os temas que estariam dando margem a problematização a partir da primeira oficina. Aliado a isto, houve a identificação de categorias de acordo com a semelhança dos conteúdos abordados.

Para os círculos de cultura, houve a descrição do processo desenvolvido, incluindo a narração das informações contidas no diário de campo, das transcrições das atividades empreendidas em grupo (oficinas, vivências, discussões, reflexões, dentre outras possibilidades) e demais materiais produzidos na pesquisa, de modo a compreender os limites de cada instrumento e sobrepô-los de forma a possibilitar a continuidade da análise. Estes incluíram o registro em fotografias, pela gravação e transcrição das falas de cada encontro, do vídeo e do material produzido nas oficinas. Para cada círculo de cultura, foram realizadas a visualização de cada método de registro e cruzamento dos dados que permitisse maior compreensão dos aspectos trabalhados em cada encontro.

Nas entrevistas pós oficina, houve a transcrição das falas seguida de leitura exaustiva para separação das temáticas recorrentes. Ao término do agrupamento do material, seguiu-se a seleção dos aspectos mais relevantes de cada oficina, trazendo aproximação com os referenciais da atual Política Nacional de Saúde Mental e dos princípios da Reforma Psiquiátrica, sendo os dados organizados e exibidos em discursos, quadros e esquemas conforme ficou mais evidente em cada oficina. Nos discursos, houve a preservação da identidade dos participantes com o uso do termo participante, seguido da numeração utilizada para a entrevista individual

### **3.2.7 Aspectos éticos**

O ato de pesquisar envolve, como as inúmeras atividades humanas, questões de caráter ético que necessitam ser avaliadas a fim de comprovar os benefícios advindos, bem como garantir que não haverá o comprometimento ou prejuízo para aqueles que participarão de tal estudo.

Polit, Beck e Hungler (2004) citam que, para que um estudo proceda de forma ética, faz-se necessário que este obedeça aos princípios da beneficência, incluindo nesta a integridade, a garantia contra a proteção e a avaliação da relação risco/benefício, o princípio do respeito pela dignidade humana ou autonomia, abrangendo o direito à autodeterminação, à revelação total, o consentimento e aspectos relativos ao princípio do respeito, o princípio da não-maleficência, garantindo nenhum dano ao participante, e o princípio da justiça, que engloba o direito a tratamento justo e à privacidade.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC) para que se pudesse dar início à etapa de trabalho de campo. Neste período, foi enviado ofício emitido pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa solicitando autorização para o estudo junto à Secretaria de Saúde do Município de Juazeiro do Norte. Para isso, foi realizado contato prévio com os gestores locais, no caso, o secretário municipal de Saúde, então em exercício, e assessores do Núcleo Gestor do Município para apresentação do projeto e dos objetivos, benefícios e questões envolvidas na pesquisa.

Dada a autorização do estudo no plano local, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em fevereiro de 2009, recebendo o parecer favorável segundo protocolo nº 16/09 (ANEXOS 2 e 3).

Para adentrar o campo de estudo, após aprovação pelo Comitê de Ética, foi encaminhado o protocolo contendo o parecer favorável ao gestor local. Em seguida, foram contactadas as coordenações da Atenção Básica e do Distrito Sanitário onde as equipes Nº 23 e Nº 53 estão inclusas. Neste momento, firmou-se a parceria das Oficinas em Saúde Mental, identificando as propostas e os benefícios advindos das atividades. Ficou acordado que, ao final das Oficinas, haveria a emissão de certificados aos participantes, contendo as assinaturas da Secretaria Municipal de Saúde e da Universidade Federal do Ceará, nas pessoas das pesquisadoras (APÊNDICE E).

Foi então formalizado com a equipe um encontro de apresentação do projeto, utilizando-se de *folder* informativo (APÊNDICE A), explicitando os objetivos, benefícios, instrumentos de coleta de dados, métodos de registro de informações e demais aspectos concernentes ao estudo. Após as devidas informações e dirimidas quaisquer dúvidas, foram listados os interessados em participar do estudo. Àqueles que não estiveram presentes naquele momento, foi realizada abordagem individual com o material informativo e divulgação por meio do mural na unidade.

Na data prevista para início das atividades, foram reafirmados os acordos e objetivos do estudo. Aos que estiveram envolvidos nas oficinas e nas entrevistas iniciais foram explicitados os aspectos da pesquisa, sendo solicitada a assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE F) em duas vias, ficando uma com o participante e outra com as pesquisadoras, obedecendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza os critérios para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

## **4 PANORAMA DO CAMINHO PERCORRIDO**

### **4.1 O ESPAÇO DE CULTURA**

#### **4.1.1 Conhecendo a realidade local**

Juazeiro do Norte é a segunda maior cidade do Estado, contando com uma população de 242.139 habitantes, sendo a sede da Microrregional XXI de saúde. Nela estão concentrados serviços nos três níveis da atenção: o primário, configurado pela rede de 53 equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), o secundário, por o Centro de Especialidades Médicas, e o terciário pelos hospitais municipais e privados conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em saúde mental, o Município conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral do tipo III, de natureza privada e um CAPS Álcool e Drogas (AD) com vínculo municipal. O CAPS Geral encontra-se com demanda elevada e limites nas condições estruturais e em recursos humanos para atender os casos. O CAPS AD conta atualmente com problemáticas como a existência de referências que chegam ao serviço não pactuadas por outros municípios e a falha na comunicação entre a rede de saúde mental. A demanda para o CAPS Infantil (I) é encaminhada para o Município de Barbalha, o único na região que dispõe desta modalidade de CAPS. Com a sobrecarga de demanda, há pouca articulação dos CAPS com os demais serviços de saúde, enfraquecendo a possibilidade de afirmar redes de atenção à saúde mental em todos os níveis de atenção.

Existe ainda a oferta de consultas para psiquiatra e psicólogo no Centro de Especialidades Médicas, sendo estas advindas, na maior parte dos casos, da Atenção Básica. Há ainda a referência terciária dos casos de internamento em crise para a Casa de Saúde Santa Tereza, hospital psiquiátrico que recebe demanda dos municípios da região e de outros Estados vizinhos, tais como Pernambuco, Piauí, dentre outros.

Na Secretaria de Saúde, não há no Município uma coordenação de saúde mental e os indicadores na atenção básica relativos à demanda de saúde mental são ausentes. Na Atenção Básica, o Município foi dividido em seis distritos sanitários, cada um contando com uma coordenação. Há ainda a organização em

coordenações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), da saúde reprodutiva, do Sistema de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), do Sistema de Informação de Tuberculose e Hanseníase, dentre outros, todos vinculados à coordenadora da Atenção Básica.

A fim de oferecer maior suporte às equipes da Atenção Básica, foram implantadas em agosto de 2008 sete equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No Município, as equipes são formadas por dois fisioterapeutas, um educador físico, um psicólogo, um assistente social, um farmacêutico e cada equipe de NASF se responsabiliza sete por equipes da ESF.

As equipes da Estratégia Saúde da Família escolhidas para a realização do estudo foram duas: Equipe N<sup>o</sup> 23 (Limoeiro I) e N<sup>o</sup> 53 (Limoeiro II). Estas compõem o Distrito Sanitário IV do Município de Juazeiro do Norte – CE. A unidade fica localizada a rua Francisco Domingos da Silva, s/n.

A criação da Unidade Básica de Saúde Dr. Luiz Soares Couto data de 2007, quando foi alocada a equipe N<sup>o</sup> 23 já existente na comunidade e é incorporada a equipe N<sup>o</sup> 53 para atender a clientela da área descoberta. Mesmo com a criação desta equipe, ainda existem áreas sem a cobertura de equipes da ESF, sendo realizado o acompanhamento pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A equipe N<sup>o</sup> 23 surgiu em 2001, iniciando suas atividades anexas ao Dispensário Nossa Senhora das Dores, instituição religiosa que oferece serviços assistenciais à comunidade. Naquele período, a equipe contava com um médico, uma enfermeira, cinco agentes comunitários de saúde, um técnico de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais. À medida que foram sendo realizados a atenção à comunidade e o reconhecimento das áreas da comunidade, houve a necessidade de inserção de novos profissionais. Assim, em 2006, houve a incorporação de seis agentes comunitários de saúde e a equipe de saúde bucal.

Com a territorialização do Município e o diagnóstico situacional, aconteceu a inauguração de inúmeras unidades básicas de saúde, dentre elas a do Posto de Saúde Dr. Luiz Soares Couto, no bairro Limoeiro, em julho de 2007, agrupando a equipe N<sup>o</sup> 23 (já existente) e a equipe N<sup>o</sup> 53.

Foram várias as modificações acontecidas até que a equipe N<sup>o</sup> 53 alcançasse o formato atual. Contava-se no início de 2007 com sete agentes comunitários de saúde do PACS, sendo as ações acompanhadas pela Secretaria Municipal de



Saúde, via coordenação do PACS. Com a abertura da Unidade Básica de Saúde, foi inserida a enfermeira, e o profissional médico veio ingressar na equipe de modo irregular, já que havia a flutuação na permanência do profissional na Unidade.

Em março de 2009, foi incorporado o médico, que atualmente permanece na equipe, e a equipe de saúde bucal. No momento da pesquisa, a equipe N° 53 contava com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um agente administrativo, 12 agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais, um atendente de farmácia, um dentista e um atendente de dentista. A equipe N° 23 contava com equipe semelhante, excluindo o atendente de farmácia.

As equipes funcionam num regime de 40 h/semanais, assumindo atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das demandas de saúde da comunidade. As equipes são articuladas aos vários setores da Secretaria Municipal de Saúde, dentre eles, Coordenação da Atenção Básica, SIAB, Saúde Reprodutiva, Imunizações, dentre outras, devendo alimentar os sistemas de informação com as produções mensais dos atendimentos à população em regime individual e coletivo.

Dados da Secretaria da Saúde do Município situam a equipe N° 23 com a cobertura de 4.968 pessoas na área, enquanto a equipe N° 53 assume 5.410 pessoas. Segundo preconiza o Ministério da Saúde, a equipe da Estratégia Saúde da Família deve se responsabilizar por áreas adscritas correspondente a 4.000 habitantes, ficando cada agente com média de 750 pessoas (BRASIL, 2007a). Isto permite o reconhecimento adequado das demandas existentes na comunidade, para que permita a adequada oferta de atendimento, seja no plano individual ou coletivo, sensível à realidade sociocultural da população.

Em relação aos indicadores de saúde vinculados à saúde mental, a equipe N° 23 possui a prevalência de 0,18 % de casos de alcoolismo, 0,58% de deficiência mental, considerando todas as faixas etárias. Nas fichas deste sistema de informação, a doença mental é inclusa nos casos de deficiência mental, não havendo um local específico para agrupamento dos casos. Neste âmbito, é exposta a prevalência de 0,05% de casos de epilepsia. Para a equipe N° 53, a porcentagem de pessoas em alcoolismo é de 0,19%, 0,51% para os casos de deficiência mental e 0,35% para a epilepsia (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUAZEIRO DO NORTE, 2009). Os indicadores em saúde mental são escassos, e, quando presentes, são passíveis de erro de classificação ou subnotificação. Isto decorre do pouco manejo entre os trabalhadores da Atenção Básica quanto à demanda de

saúde mental, refletindo nos pequenos números de casos e de assistência (JUCÁ; NUNES; VALENTIM, 2007; NASCIMENTO; BRAGA, 2007).

Cada equipe possui cronograma próprio de atividades para a enfermeira, o médico e o dentista. Os atendimentos dos dentistas são organizados pelo atendente de consultório odontológico, sendo realizados no espaço da Unidade de Saúde no consultório e atividades externas em escolas. As consultas do médico variam de uma equipe para a outra, estando numa equipe voltada ao atendimento de demanda livre todos os dias e um turno destinado à visita domiciliária, enquanto na outra há variação dos atendimentos de demanda livre, pré-natal, de pessoas com hipertensão e diabetes, de idosos, puericultura e visita domiciliária, além da reunião com equipe.

Para as enfermeiras, os cronogramas seguem os programas preconizados pelo Ministério da Saúde, quais sejam, puericultura, planejamento familiar, prevenção, atendimento de pessoas com hipertensão e diabetes, pré-natal, visita domiciliária, além da prática de atividades educativas na Unidade de Saúde e/ou em escolas. Na equipe N<sup>o</sup> 23, as visitas domiciliares realizadas pela enfermeira são feitas quando há necessidade. Nos atendimentos dos profissionais da equipe, são ofertados práticas de cunho individual e coletivo, encaminhamentos para especialistas e serviços de alta complexidade, solicitação de exames complementares, entre outros.

Para fornecer suporte dos trabalhos das equipes da ESF, está articulada uma equipe do NASF. Este atendimento ocorre em dois turnos (terças pela tarde e quintas pela manhã), oferecendo visitas domiciliares, atendimentos individuais e coletivos, encaminhamentos, dentre outros. A Unidade é também campo de formação e prática para estudantes dos cursos de Medicina, Enfermagem e Psicologia de instituições públicas e particulares instaladas no Município, estando alguns dos profissionais das equipes assumindo a preceptoria dos acadêmicos.

No bairro, há a existência de igrejas, associações de bairro e religiosas, escolas públicas e privadas, educandários, supermercados, praças, dentre outros, como a Associação Comunitária Amigos de Dom Bosco (ACADB), JESC, Escola Odorina Castelo Branco, Associação dos Moradores do Bairro Casas Populares, Associação Nossa Senhora do Carmo. Estas oferecem atividades diversas, como articulações entre instituições profissionalizantes, oferta de oficinas, atividades físicas, dentre outras. Apesar da existência destas organizações sociais, as relações

entre o serviço de saúde e estes dispositivos comunitários se dão de modo fragilizado.

#### **4.1.2 Os sujeitos do círculo de cultura**

Dos 22 sujeitos, seis destes compunham a equipe N<sup>o</sup> 23, nove vinculavam-se à equipe N<sup>o</sup> 53, enquanto sete não possuíam vínculos formais com os serviços, exercendo atividade discente no serviço (estágio curricular).

Destes, quatro eram homens e 18 mulheres, com a idade variando de 21 a 46 anos, com o predomínio de pessoas entre 20 e 30 anos. Quanto à religião, 16 relataram católicos, dois evangélicos, um espírita e três não nomearam religião. Quanto ao tempo de trabalho na unidade, oito possuem vínculo inferior a sete meses, enquanto os demais possuem vínculo maior do que um ano e oito meses. Inclusas nestes, duas pessoas possuem mais de sete anos de trabalho no serviço.

Quanto ao estado civil, 15 são solteiros e os demais casados. Dentre as funções exercidas no posto, surgiram as seguintes: duas auxiliares de serviços gerais, uma enfermeira, um agente administrativo, um médico, sete acadêmicos, duas técnicas em Enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. Quanto à escolaridade, foram apontadas duas pessoas com ensino médio incompleto, seis com ensino médio completo, nove com ensino superior incompleto e cinco com ensino superior completo. Dentre os cursos de ensino superior, foram apontados: um em Tecnologia de Alimentos, um em Educação Física, duas em Letras, três em Enfermagem e sete em Medicina.

Nenhum dos participantes possuía cursos na área da saúde mental e a experiência na área do grupo estava vinculada ao estágio curricular para dez pessoas, a prática de trabalho em dois casos e a existência de eventos na família para uma pessoa enquanto os outros participantes não tinham experiência com a saúde mental.

Participamos também das oficinas como a animadora do círculo de cultura, fazendo também o papel de pesquisadora, e duas acadêmicas de Enfermagem que forneciam o suporte durante o desenvolvimento das atividades e na organização dos dados.

### 4.1.3 Início da caminhada para a cultura local

Na medida em que se deu a imersão no campo de estudo, por meio das visitas e das entrevistas individuais, eram realizados os contatos e as relações voltadas à atenção em saúde mental eram evidenciadas. A ênfase neste momento não era demarcar territórios de atuação da equipe da ESF no aspecto do adoecimento mental, mas extrapolar os limites do aspecto do sofrimento e expandir para a promoção da saúde mental, fosse na comunidade, no serviço, na equipe, nos contatos e relações estabelecidas com os outros.

A saúde mental constitui um campo complexo envolto em inúmeras influências, carecendo de um olhar sensível que contemple aspectos da saúde e da doença mental, identificando os fatores entremeados nessas relações e propondo formas de abordá-la num contexto territorial e próximo dos agentes envolvidos nessa temática (BASAGLIA, 2008).

O acompanhamento das atividades ocorreu de modo espontâneo junto aos agentes comunitários de saúde das duas equipes, ao médico e à enfermeira. Na ocasião das visitas domiciliares, os agentes ficavam preocupados quanto a necessidade de focalizar as visitas nas residências que tinham demandas de saúde mental. Nesta ocasião, era esclarecido que acompanharíamos as práticas efetuadas sem que houvesse um direcionamento quanto ao que seria encontrado nestas situações.

Em algumas das visitas, mesmo apresentando essa liberdade de atuação, as agentes comunitárias de saúde direcionavam as atividades para espaços onde havia casos de transtorno mental. Nestes momentos, as profissionais mostravam-se com expectativas de lidar de forma adequada com os casos, sabendo do que se tratava e como abordar, que encaminhamentos e orientações poderiam ser dadas. Percebe-se o pouco manejo com casos, em particular em crises, em que as profissionais relatam o medo, o estresse e a ansiedade, já que se trata de algo alheio e desconhecido a eles.

Butti (2008) indica que, para a mudança das relações na comunidade, fazem-se necessárias transformações sobre os modos como a saúde mental é visualizada

no contexto local. A abertura de espaços para a expressão do sofrimento mental na sociedade surge como prioritária por meio de relações territorializadas, democráticas e horizontais que permitam aos usuários, familiares e comunidade o desafio de conhecer a diferença e conviver com ela, contribuindo para a quebra de paradigmas e modos de lidar historicamente constituídos que impedem os avanços de referenciais que promovam a vida num aspecto integral.

Outros casos bastante recorrentes nas visitas foram o uso de psicotrópicos, principalmente entre os idosos. Sua utilização acontece como medida de intervenção para insônia e depressão, havendo o relato freqüente, entre os profissionais, de dependência e resistência para o desuso.

Estudos realizados por equipes matriciais de saúde mental na cidade de Campinas, no Estado de São Paulo, indicam situação semelhante nas Unidades Básicas de Saúde, estando o uso de psicotrópicos como um dos importantes problemas em saúde mental na Atenção Básica. Parte disso relaciona-se à “medicalização” das práticas, elegendo a medicação como alternativa terapêutica prioritária diante do sofrimento mental, contribuindo para reafirmação da cultura de dependência (SANTOS; CAMPOS, 2008). A inclusão de práticas de atenção que explorem outros modos de assistir, como abordagens grupais e o uso de terapias complementares, mostra-se como possibilidade para inclusão do cuidado de base popular, acessível à comunidade e que ensejem maiores impactos sobre a saúde.

Foram identificados alguns casos de deficiência mental, havendo por parte de alguns profissionais a confusão quanto aos conceitos de transtorno e deficiência, ocasionando maiores dúvidas quanto o que fazer diante da demanda. Saraceno, Asioli e Tognoni (1994) orientam no sentido de que a pouca atenção dada ao adoecimento mental fez com que muitas doenças que também estivessem à margem da atenção, como a deficiência mental e a epilepsia, não incluídas como casos de transtorno ligado ao aspecto psi, fossem agrupadas ao rol das situações de estigma. Com isso, houve a exposição destes indivíduos ao sofrimento mental ante a desassistência ofertada a este público. Nesse sentido, a atenção básica deve atuar no campo da cultura a fim de esclarecer as peculiaridades de cada situação de adoecimento e incluir novas formas de lidar perante elas.

No que se refere à promoção da saúde mental, alguns profissionais da equipe o fazem de modo empírico, sem que se tenha a noção dos modos de atuação para promover saúde mental em meio à população assistida pela equipe. Investir em

saúde mental significa trazer à pauta das discussões a valorização dos vínculos, da escuta, o acolhimento, a identificação de situações ou o risco para presença de estressores e ir além do espaço estrutural do serviço, orientando as práticas para a organização da comunidade, a inclusão daqueles excluídos do contexto de vida, destacando o “empoderamento” e autonomia dos sujeitos (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

Durante os diálogos estabelecidos entre agentes comunitários de saúde e os moradores da comunidade, percebemos o elo estabelecido entre estes sujeitos, em situações em que há a acolhida e a aproximação que superam a instância meramente profissional, mas que se vincula ao importar-se com, ao envolver-se pela necessidade do outro. Nestes espaços de interlocução, perpassam os aspectos culturais, como a religiosidade, a tradição, os costumes e preceitos morais, além do social, econômico, dentre outros, aspectos importantes para valorização do potencial existente na comunidade (LOYOLA; ROCHA; SILVA FILHO, 2007).

#### **4.1.4 Aspectos da saúde mental no contexto local**

Considerando os aspectos que norteiam as práticas em saúde mental segundo os profissionais de saúde, é reconhecida a demanda exacerbada de uso de psicotrópicos pela população, principalmente entre a população idosa e naqueles que possuem indícios de transtorno mental.

*O uso de psicotrópicos pelos pacientes, eles tomam muito. Na minha área o que abrange mais é o uso de psicotrópicos (Participante 9).*

*[...] alguns pacientes, exatamente os que querem continuar tomando a medicação e o médico não quer mais prescrever ou quer que fique numa situação mais suave, e eles não querem entender. Talvez porque eles já estão dependentes da medicação [...] (Participante 21).*

Pode-se observar que os participantes 9 e 21 relatam dificuldades na abordagem quanto ao uso de psicotrópicos e não há um consenso entre eles acerca do que fazer.

Fica evidente o que durante muito tempo foi adotado como modelo de atenção em saúde mental: a exclusividade do uso do tratamento farmacológico para questões envolvendo o componente psi. Com o atual investimento em práticas que

visam à integralidade do ser e que agrupem os aspectos psicossociais, são incorporados novos modos de lidar diante do sofrimento mental. Assim, o uso de psicotrópicos passa a ser apenas uma das inúmeras opções de atuação, havendo outros dispositivos com ênfase no vínculo, na reabilitação, no resgate da autonomia e na participação das pessoas como sujeitos (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 1994).

Para isso, os profissionais de saúde vinculados à Atenção Básica devem sentir-se apoiados para que tenham meios de concretização destas práticas e avancem para outras próximas ao que é oferecido no espaço da comunidade, fortalecendo os elos entre o que é próprio da cultura e o que é do campo da ciência.

Acompanhando a tendência biologicista, as formas de atuação em saúde contavam com a priorização de intervenções especializadas, descontextualizando os aspectos de vida destas pessoas. O poder de reconhecer e apontar as medidas para a assistência passa a estar nas mãos do profissional da área psi, desprezando as ferramentas presentes no contexto local, que podem representar ganhos para esta pessoa e a rede de familiares e comunidade que o envolvem.

*Porque a enfermeira e o médico eles visualizam o físico, eles procuram o tratamento mais necessário e às vezes não tem como e se tivesse o profissional especializado para esta área de saúde mental, ele já podia identificar e podia trabalhar em conjunto (Participante 4).*

*Se uma pessoa diz que tem necessidade de tratamento ou se eu verifico, se eu consigo identificar, a gente primeiro encaminha pro doutor para ele fazer o encaminhamento para a psicóloga ou então para outro profissional especializado (Participante 10).*

*A atenção adequada, não tem assim especificamente. Porque é como eu lhe falei, não tem um especialista e fica difícil, porque muitas vezes o paciente chega e procura atendimento e não tem (Participante 15).*

Nos discursos dos participantes 4, 10 e 15, há revelações das dificuldades de acompanhamento e encaminhamento das ações específicas com o sofrimento mental das pessoas na comunidade. Apesar das mudanças para a atenção integral à saúde preconizadas pelos referenciais propostos pela Política Nacional de Promoção da Saúde, incluindo os componentes biológicos, sociais, psicológicos e culturais, persiste a visão dicotômica entre corpo e mente, fragmentando a assistência e removendo da Atenção Básica as possibilidades de intervenção (BRASIL, 2007a; BASAGLIA, 2008; HERZLICH, 2004).

Parte disso decorre do modelo de formação biomédico, desenvolvido para os profissionais, caracterizado pelo foco na doença e no corpo físico em detrimento às demais instâncias da vida. Com isso, o indivíduo é visto descontextualizado de suas redes, como objeto de intervenção de um saber que anula outras formas de conhecimento, como o popular e o cultural. Assim, a ênfase é dada sobre ações especializadas sem que haja articulações entre os vários conhecimentos.

Na Atenção Básica, como em outros níveis da assistência, as ações priorizam a intervenção sobre o adoecimento, traduzido em sinais e sintomas físicos. Com isso, aspectos do adoecimento mental passam a ser desconsiderados e, em casos que se fazem necessários manejos, são destinados os encaminhamentos, visto que os profissionais não se sentem contemplados em suas graduações para abordar aspectos ligados ao subjetivo.

Para o acolhimento adequado da demanda em saúde mental, é necessária a ação de equipes de apoio matricial a fim de fornecer à equipe da ESF orientações e suporte quanto ao manejo das necessidades locais de saúde, considerando os recursos disponíveis neste contexto, potencializando as capacidades de atuação no nível primário (CAMPOS; NASCIMENTO, 2007).

No contexto do apoio matricial, os NASF's aparecem em janeiro de 2008, pela Portaria Nº 154/2008, instituindo a integralidade da assistência aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF. Propõe uma forma de trabalho integrada com a rede de serviços em saúde a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com a atenção básica (BRASIL, 2008b).

Para Farias (2009), um dos papéis do NASF é contribuir com as equipes da ESF, os conselhos locais de saúde e as comunidades, na definição e diagnóstico das principais necessidades em saúde num dado território. Paiva (2009) reforça esta responsabilidade, voltando-se para o âmbito da saúde mental, colocando-o como potencializador das ações neste campo na Atenção Básica. Desse modo, os NASF's representam ferramentas adicionais ao CAPS para o lidar perante as demandas de sofrimento mental,

Apesar do papel reservado ao NASF, na realidade local, este assume o papel de acolhimento da demanda dos casos individuais e coletivos de sofrimento mental, em especial o profissional psicólogo.



*Reforçou mais com a vinda do NASF esse trabalho porque hoje a gente vê que já vêm mais pessoas. As pessoas não estão vindo só pra pegar a receita, mas sim pra ser acompanhado por ela (Participante 3).*

*Na equipe tem a equipe do NASF, que é engajada ao PSF, na atenção primária, que tem uma psicóloga que trata desse tipo de doença. Ela faz uma abordagem, ela tem grupos específicos de tratamento (Participante 8).*

Como mostram as falas dos participantes 3 e 8, a doença mental está identificada com uma única profissão especializada que se torna referência a atender este tipo de clientela, instituindo um espaço determinado para “tratar este tipo de doença”, como reforça o participante 8. Com isso, os encaminhamentos passam a ser práticas constantes e a inclusão da saúde mental no contexto ampliada passa a ser obstaculizada visto que há pouco manejo com a temática.

O NASF incorpora vários profissionais de modalidades diferentes de conhecimento a fim de fornecer o suporte mediante atividades de capacitação e educação permanente, ajuda em trabalhos de grupos, interconsulta, dentre outras práticas que promovam a autonomia e “empoderamento” da equipe para lidar com as situações do cotidiano, evitando assim os encaminhamentos desnecessários e a descontinuidade de acompanhamento. Uma dessas áreas de atuação contempla o campo da saúde mental, permitindo o crescimento de redes de atuação ligadas ao território (BRASIL, 2008b).

Para dar conta da integralidade, os sistemas de saúde devem contar com serviços em todos os níveis da assistência que garantam a longitudinalidade e continuidade da atenção. Em saúde mental, como em qualquer área da saúde, há o incentivo para a formação de redes de assistência entre os serviços, mantendo a referência e contrarreferência dos casos.

Apesar do preconizado, os profissionais possuem pouca aproximação ou desconhecimento sobre suas ações com o CAPS, dispositivo em saúde mental responsável pelo direcionamento das ações em saúde mental em todos os níveis da atenção.

*Logo no início informaram a gente que os pacientes iam ser encaminhados para lá mas na minha área mesmo não tem caso de paciente que vá ao CAPS. Fica assim, uma vaga, uma lacuna, pra mim saber diretamente assim como funciona o CAPS, porque ainda eu não tive experiência (Participante 6).*

*Ela me diz: - Eu faço o tratamento no CAPS. E ela responde que converso com a psicóloga, realizo alguma atividade. Eu tenho comunicação com ela, eu nunca procurei a instituição não (CAPS) (Participante 13).*

*Eu moro aqui há 18 anos e não sei onde é o CAPS, não sei como é o trabalho, não sei qual a proposta deles, não sei como é o atendimento, e como é algo que não é muito falado, não é muito divulgado, então acaba não só eu, mas acredito que a maior parte da equipe não conheça esse tipo de resposta pra dizer: - Ah, eu conheço o local onde faz o tratamento específico (Participante 21).*

É notório nas falas dos participantes 6, 13 e 21 o fato de que há completo desconhecimento quanto às ações do CAPS. Apesar da atual política nacional em saúde mental direcionar quanto ao incremento da rede de atenção e o papel articulador do CAPS dentre os serviços de saúde em todos os níveis de atenção, ainda percebe-se falhas nos vínculos estabelecidos entre o serviço de referência em saúde mental e, neste caso, as unidades básicas de saúde. Com isso, a assistência a clientela que demanda este tipo de atendimento mostra-se fragilizada o que representa ruptura nos vínculos passíveis de realização entre o serviço e a comunidade.

Faz-se necessária a integração da rede de saúde para que proporcione à clientela acolhida os direcionamentos adequados e auxilie a população na compreensão dos cuidados que serão ofertados em outros níveis de atenção. Os CAPS, como articuladores da atuação em saúde mental, assume a corresponsabilidade dos diferentes níveis de atenção. No campo da Atenção Básica, estes serviços devem viabilizar espaços para expressão do adoecimento mental, contribuindo para romper limites dados pelos estigmas (SAMPAIO; BARROSO, 2002).

Apesar do preconizado, de um modelo de atenção acolhedor e integral, as equipes da Atenção Básica, representadas pela ESF, ofertam uma demanda de atenção segundo as ações priorizadas pelas pactuações direcionadas pelo Ministério da Saúde. Desse modo, são ofertados atendimentos voltados ao cuidado da mulher, criança, a pessoas com hipertensão e diabetes, dentre outras, que tragam impactos sobre os indicadores de interesse para um olhar privilegiado no aspecto mundial.

*O que a gente vê menos, ou o que é menos cobrado, a gente não liga muito não (Participante 21).*

Na fala do participante 21, apreende-se a necessidade de incentivos por parte dos gestores, para que sejam mobilizadas ações em outros campos que não os preconizados pelos programas da ESF. Apesar de não haver ainda maiores ações neste sentido, a saúde mental foi inclusa no Pacto pela vida de 2008 como uma das

áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica. Desse modo, é necessário agrupar esforços para garantir a implementação destas propostas, sendo uma das possibilidades a incorporação de indicadores em saúde mental que permitam o conhecimento do diagnóstico situacional e, desse modo, direcione as práticas a serem implementadas (BRASIL, 2008a).

Para que haja acolhimento das demandas, tem-se a ênfase quanto ao trabalho de educação permanente, por meio da introdução de equipes de apoio capazes de proporcionar momentos de compartilhar de conhecimentos. É reconhecida a urgente necessidade de capacitação dos profissionais para que possam acolher as demandas em saúde mental e saibam os modos de lidar diante do que se coloca à frente desta equipe.

*Eu acho que a gente deveria ter bem mais capacitações, porque já tá com dois anos que a gente está trabalhando, e teve o curso introdutório para agentes de saúde, mas em nenhum momento foi citado nada sobre saúde mental (Participante 6).*

*Se tivesse capacitação para gente entender melhor pra também abordar melhor o paciente. No caso da saúde mental, a gente só pergunta se toma medicamento pra problema mental? E ele responde: - Tomo, tomo para dormir. Pronto então, parou o nosso envolvimento. A gente não tem mais a oferecer e a cobrar do paciente também (Participante 11).*

*Eu tenho muito interesse de fazer assim um treinamento em saúde mental, até para saber como lidar com a pessoa com esse tipo de problema. Porque assim, eu nem sei como tratar uma pessoa assim, eu não sei nem fazer uma pergunta necessária (Participante 14).*

*Treinamento para que a gente tivesse assim mais conhecimento em relação ao assunto, para quando a gente fizesse visita, nas nossas visitas a gente tivesse mais recursos para falar com a família, como lidar com aquele paciente (Participante 17).*

Nas falas dos participantes 6, 11, 14 e 17 há o relato de que há pouca ou nenhuma preparação para acolher e encaminhar a pessoa em sofrimento mental na comunidade. O incentivo a práticas de aperfeiçoamento fazem parte da Política Nacional da Atenção Básica como modo de habilitar as pessoas para lidar melhor com as demandas atendidas, representando ganhos na qualidade de vida e bem-estar desses indivíduos (BRASIL, 2006).

Em saúde mental, tais abordagens fortalecem a capacidade de atuação a partir do território, aliando o usuário, a família, as associações de bairro e demais dispositivos locais no que se refere ao controle e manejo da medicação, às formas de estabelecer relações com estas pessoas, às estratégias para reinserção que

representem incremento na qualidade de vida das pessoas em sofrimento mental (SARACENO, 2001; RABELO; MATTOS; COUTINHO *et al*, 2005).

Para isso, é imprescindível a sensibilização e abertura da equipe para que permitam-se ocupar um ambiente positivo de aprendizagem, com o envolvimento a partir das habilidades pessoais e que sejam capazes de conciliar interesses pessoais e locais, gerando incremento nas potencialidades para intervenções que tenham maiores impactos (FREIRE, 2008a).

#### 4.2 Círculos de cultura: as oficinas em saúde mental

Os círculos de cultura foram realizados em seis encontros, trabalhando as diferentes temáticas que emergiram a partir das discussões, com o uso de inúmeros métodos para problematização como evidencia o Quadro 1.

**Quadro 1: Distribuição das oficinas em saúde mental segundo título atribuído, conteúdo, metodologia e texto-base. Juazeiro do Norte, 2009.**

	<b>TÍTULO ATRIBUÍDO</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>VÍDEO/ TEXTO-BASE</b>
<b>1ª OFICINA</b>	Gênesis	Integralidade em saúde e saúde mental	Técnicas de abordagem grupal (Emboladão, Compartilhando presentes), diagrama de palavras.	-
<b>2ª OFICINA</b>	Em busca de uma nova saúde mental	Construção histórica da loucura	Técnica de abordagem grupal (Quem é o doido?), diagrama de figuras, vídeo, leitura de texto-base, desenho	Martins; Oliveira, 2007; Vídeo "Um breve histórico da loucura, 2007.
<b>3ª OFICINA</b>	CAPS: Fortalecendo potencialidades	Reforma Psiquiátrica e serviços substitutivos em saúde mental	Música, vídeo, leitura de texto-base, esquema de assuntos	Fraga; Souza; Braga, 2006; Vídeo "Um outro olhar" (BRASIL, 2007).
<b>4ª OFICINA</b>	Saúde x doenças: amigas ou inimigas?	Conceito de saúde e doença mental	Escolha de figuras, leitura de texto-base, diagrama de palavras, desenho	Oliveira; Vieira; Andrade, 2006; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003
<b>5ª OFICINA</b>	Integração Família + PSF	Integração ESF e saúde mental	Técnica de abordagem grupal (Balões na roda), vídeo, leitura de texto-base, esquema de assuntos	Oliveira; Vieira; Andrade, 2006; Vídeo "Um outro olhar" (BRASIL, 2007).
<b>6ª OFICINA</b>	Fechamento/ Confraternização	Avaliação Grupal	Técnicas de abordagem grupal (Montando triângulos), modelagem, roda	-

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Foram realizadas seis oficinas em saúde mental, contando com participação de sujeitos de várias atribuições profissionais na unidade básica de saúde. Conforme orientação do método do círculo de cultura de Paulo Freire, seguem-se as fases de tematização, problematização, reflexão, desconstrução e construção, a fim de promover a reflexão sobre os aspectos que norteiam as práticas e relações entre indivíduos, deixando de lado a curiosidade estritamente ingênua para o desenvolvimento da curiosidade crítica que incentive ações que tragam impactos sobre as situações de vida daqueles envolvidos no cotidiano (FREIRE, 1980).

#### **4.2.1 1ª Oficina - Gênese**

Nas entrevistas e encontros anteriores às oficinas, é destacada a expectativa de aquisição e integração de conhecimentos para as oficinas, como evidencia o participante 19. A frase aponta caminhos para o trabalho com base nas necessidades do serviço, encaminhando a contextualização das temáticas.

*A expectativa é de adquirir conhecimentos pra poder transmitir pra comunidade (Participante 19).*

O círculo de cultura constitui espaço privilegiado de trocas, com apoio naquilo que é comum à cultura local, onde são desenvolvidas as relações de cumplicidade, relacionamento, vínculo e escuta. Com as informações identificadas no momento que antecederam os espaços da oficina em saúde mental, nas entrevistas e na observação participante por meio das visitas e inserção no campo de estudo, vislumbrando aspectos da saúde mental dentre as práticas dos profissionais, foram identificadas as chamadas palavras geradoras.

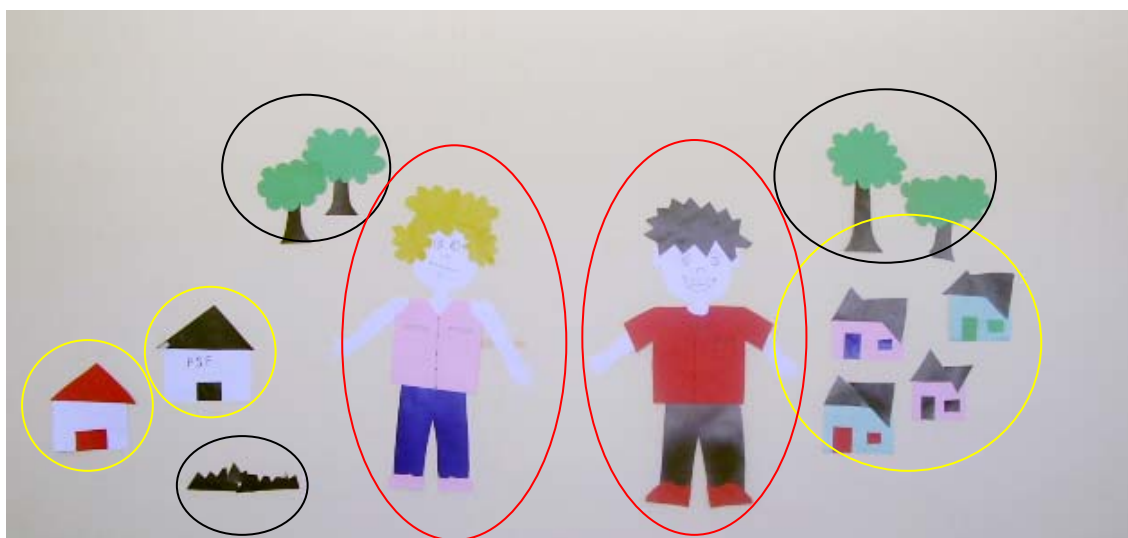
As palavras geradoras, segundo Freire (1980) refere-se a termos imersos no cotidiano das vivências dos serviços que trazem consigo grande carga semântica. Tal riqueza permite que, com base nelas, possam ser viabilizados arranjos de temas os quais serão pontuados em sua essência e nos modos como cada um ocorre no contexto de vida. Assim têm-se elementos com os quais se dará o processo de reflexão e que encaminhe direcionamentos práticos diante da realidade.

Com suporte naquilo que lhe é peculiar e próximo, os sujeitos são estimulados ao exercício de pensar, buscando constituir possibilidades de intervenção como pessoa na prática de sua autonomia e responsabilização pelo presente mundo que está imerso. Assim, direciona-se no sentido do encontro do homem consigo, com o outro e com o mundo, conforme norteia Freire (2008a).

Assim como o primeiro livro da Bíblia, a oficina inicial teve a nomeação de 'Gênesis', ou seja, o início de todas as coisas. A idéia de primeiro momento dá-se apenas no nível de agrupamento de pessoas, já que, segundo o método de círculo de cultura, a iniciativa das atividades ocorre após o ingresso do animador no contexto cultural abordado.

A fim de reaver os aspectos da cultura e da contextualização da realidade local presentes no cotidiano das equipes de saúde, foi montado no ambiente um espaço de representação dos elementos presentes na comunidade em suas redes de articulação, segundo mostra a Figura 2.

**Figura 2: Figuras representativas do contexto local da unidade básica de saúde em oficina de saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**

Na Figura 2, o contexto representado foi ilustrado por aspectos relacionados ao nível de estruturas, ao ambiente e aos indivíduos presentes na comunidade que possuíam proximidade ao trabalho dos profissionais. Assim, são demarcadas as ilustrações segundo o aspecto a que está relacionado: em amarelo, estão circunscritas gravuras que indicam estruturas comuns e que acolhem os vínculos

entre comunidade e serviço, como o posto de saúde, a escola ao lado do serviço e as residências da população; em preto, estão destacados os componentes ambientais, que incluem o lixo presente nas proximidades do serviço e os demais espaços de arborização da comunidade; e em vermelho, as pessoas que compõem a comunidade. Unidos, estes elementos estabelecem os contextos onde se desenvolvem as práticas e que interferem nos modos de se trabalhar o aspecto da saúde.

O processo saúde-doença deve ser entendido como algo complexo e dinâmico que integra os vários determinantes sociais, como a educação, o ambiente, a renda, a moradia, dentre outros, e que direcionará a um estado de maior ou menor qualidade de vida, de acordo como se darão as redes de relações entre estruturas e pessoas no seu ato de existir e conviver com o outro (BUSS, 2001; FREIRE, 2008b).

A Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa, agrega o conceito positivo de saúde, enfatizando os recursos sociais e pessoais, bem como a capacidade física, extrapolando os limites do setor saúde em direção ao bem-estar global. Para isso, preconiza cinco campos de ação dentre os quais estão inclusos a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde. Portanto, é importante que os serviços identifiquem as relações entre ambiente, comunidade e serviços para o desempenho de práticas de saúde que tenham maiores impactos sobre a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2002a).

Desse modo, a primeira oficina seguiu as etapas de acolhimento, tematização, reflexão e fechamento. Foram lembrados os acordos estabelecidos no grupo quanto ao funcionamento das atividades. Em seguida, teve o uso da técnica de interação de mãos dadas, onde se estimulava a importância do desenvolvimento do trabalho em grupo, em suas características de cumplicidade, de escuta, de vínculo, aspectos estes que devem ser cultivados no grupo, mas cuja adoção extrapola os limites da equipe e estende-se à clientela atendida pelo serviço, permitindo desse modo acolhida perante as necessidades da população.

Os trabalhos em grupo possuem a capacidade de agrupar em um dispositivo várias funções, quais sejam, a de suporte, de execução de tarefas, de socialização, de incentivo a mudança comportamental, para o fortalecimento das relações humanas, dentre outras (LOOMIS, 1979). Como tecnologia leve relacionada ao cuidado, proporciona o estabelecimento de redes de acolhimento, vínculo, escuta,



respeito e que aproximam os indivíduos usando o compartilhamento de idéias e soluções diante das situações postas, investindo no “empoderamento” tanto individual quanto coletivo (ROCHA; PRADO; WAL *et al*, 2008).

A experiência trouxe a noção dos ‘nós’ para os quais há a dificuldade de desatar, traçando-se um comparativo às problemáticas presentes no cotidiano das práticas, como, por exemplo, a demanda.

*Está parecendo a representação da nossa demanda espontânea. Que é um nó e a gente não consegue resolver... E consegue, no final a gente viu que consegue resolver (Participante 22).*

A participante 22 aponta a aproximação das dificuldades encontradas na vivência com os entraves para o gerenciamento do serviço, destacando a necessidade de trabalho em equipe. O princípio de trabalho em equipe contou ainda com a inclusão da comunidade diante do contexto local das necessidades.

Dando continuidade, foram distribuídas no chão da sala as palavras geradoras advindas do momento de visitas prévias e entrevistas com os profissionais e em seguida realizado o estímulo à seleção por cada participante de uma dentre as palavras colocadas para em seguida relacionar ao contexto representado pelas figuras colocadas na parede da sala.

Foram lançadas ao chão 47 palavras envolvidas ao contexto do atendimento e das atividades do posto de saúde. Ao término da seleção, foram escolhidas as seguintes palavras: ‘vacinação’; ‘solicitação de exame’; ‘trabalho em grupo’; ‘medo’; ‘crise’; ‘stress’; ‘ACS’s’; ‘médico’; ‘cadastramento’; ‘caso controlado’; ‘saúde mental’; ‘prevenção’; ‘SUS’; ‘psicotrópicos’; ‘diabetes’; ‘gravidez’; ‘família’; ‘depressão pós-parto’; ‘ansiedade’; ‘doido’; ‘Santa Tereza’.

Algumas das falas que permeavam a escolha pela palavra geradora estavam em torno de referenciais funcionalistas de cunho biologicista. Assim, era dada a ênfase às práticas de saúde voltadas ao controle da doença, do estado de alteração na funcionalidade, assim como à rotina efetivada na Unidade de Saúde, como a ‘vacinação’, ‘médico’, ‘solicitação de exame’, ‘diabetes’, ‘caso controlado’.

Apesar do que hoje se tem pelo processo saúde-doença, as práticas em saúde ainda incorporam conceitos ligados ao biológico em detrimento das demais instâncias de vida dos indivíduos e que interferem no manejo de determinadas situações de vida e saúde. Nisso, há a centralidade no profissional médico e no especialista, desfazendo as propostas de cuidado a partir da comunidade e da

integração entre diferentes classes profissionais, para que seja atingida a proposta de integralidade da assistência (BASAGLIA, 2008).

Ainda que haja o predomínio do paradigma biológico na centralidade dos referenciais que norteiam as práticas em saúde, houve nos discursos o destaque a ações voltadas à prevenção e aos aspectos não apenas relacionados ao cuidado a clientela, mas também ao assistir a equipe do trabalho. As medidas efetuadas na Atenção Básica, em especial no espaço da Estratégia de Saúde da Família, devem acolher os princípios de interdisciplinaridade, as ações prioritárias de promoção e a prevenção com base na demanda comunitária, mantendo o foco na família, em seu contexto ampliado de vida e relações (BRASIL, 2006; TAKEDA, 2004; ANDRADE; BARRETO; FONSECA *et al*, 2004).

Relacionando a saúde mental, num aspecto ampliado de integralidade, foram citadas 'depressão pós-parto', relacionada à gravidez, 'ansiedade', 'medo', 'estresse', 'medo' e 'saúde mental'. Estes foram relacionados ao atendimento com a comunidade, havendo o destaque para a implementação e manejo das situações, de modo que interferissem sobre estas demandas, gerando assim melhor qualidade de vida à população e prevenindo agravos. A Atenção Primária em Saúde deve estar sensível para a saúde mental, haja vista que há relações entre o adoecimento físico e mental, garantindo um olhar que contemple o indivíduo em sua totalidade (FUNK; SARACENO; DREW; *et al*, 2008).

Referente às expressões associadas ao aspecto do adoecer mental, foram listadas 'uso de psicotrópicos', 'doido' e 'Santa Tereza'. O uso de psicotrópicos aparece como uma das principais demandas existentes no serviço, ocorrendo principalmente com pessoas com idade avançada.

A intervenção farmacológica tem sido em saúde a terapia de maior escolha pelos profissionais em detrimento das demais existentes. Em saúde mental, seu uso encontra limites de funcionalidade na medida em que atuará restritamente sob os aspectos bioquímicos, excluindo os demais componentes implicados no adoecimento mental. Desse modo, a inclusão de cuidados sensíveis aos aspectos sociais, culturais e familiares, próximo às pessoas e no local onde estabelecem seus vínculos, trará maiores repercussões e conseqüente incremento no estabelecimento de redes de atenção de base comunitária (IVBIJARO; KOLKIEWICZ; LIONIS; *et al*, 2008).

As demais expressões são colocadas de modo dicotômico. A palavra 'Santa Tereza', casa de saúde referência local para internação psiquiátrica, é inserida no contexto afastado da comunidade e dos demais serviços de saúde. O relato atribui a ele uma situação de desassistência, sendo necessária a escolha de outro local para a atenção das situações de crise que permita melhoria e ganhos para estas pessoas. Vê-se a aproximação com os princípios propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, enfatizando a necessidade de outros modos de assistir além do estrito uso de medicação e o olhar sobre a família e o contexto social. A atual Política Nacional em Saúde Mental preconiza o investimento em serviços de cunho comunitário para desestruturação da rede hospitalar psiquiátrica, revertendo os moldes de cuidado tutelares, verticalizados e focados no domínio da doença (AMARANTE, 2008c).

Apesar do encontrado no discurso, situação inusitada aconteceu quando, quase ao término do momento, a palavra 'doido' foi selecionada e, no entanto, não foi colocada no contexto. Foi quando indagamos acerca de onde estaria o 'doido' que não estava entre as palavras que restaram. As pessoas começaram a discutir brevemente sobre o aspecto da loucura, do medo, do local onde este deveria permanecer, e foi atribuído o espaço do 'Santa Tereza'.

Apesar dos avanços advindos do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental, percebe-se a persistência do estigma e discriminação voltada para a pessoa em sofrimento mental. Parte disso está relacionada à pouca sensibilização da população e dos profissionais de saúde e de outros setores quanto à assistência à pessoa em sofrimento mental, atribuindo o *status* de periculosidade social, devendo estar recluso num espaço distante da sociedade. Em contraposição, a Política de Saúde Mental preconiza a atenção de base comunitária capaz de promover a reabilitação e reinserção destas pessoas no seu contexto de vida, gerando assim maior qualidade de vida e resgatando a sua cidadania (BRASIL; 2004b; AMARANTE, 2008b).

Com a problematização desta temática, o grupo manifestou interesse sobre o aprofundamento dos aspectos ligados à loucura, demarcando um novo campo para discussão no outro encontro. Ao término das discussões, as palavras geradoras ficaram organizadas conforme a Figura 3.

**Figura 3: Figura contextualizando o serviço dentro da comunidade ao esquema de palavras geradoras. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**

Na Figura 3, os participantes contextualizaram as expressões selecionadas no cenário das práticas, estabelecendo os elos entre serviços, comunidade e ambiente. A saúde evidencia-se como componente complexo, estabelecendo relações entre as várias instâncias da vida. Desse modo, a proposta de cuidado integral exhibe imensos desafios no que se refere à integração destes diversos contextos.

O encerramento das atividades da oficina se deu com o uso da técnica “Compartilhando presentes”, em que houve o estímulo ao reconhecimento, no outro, de qualidades. Conforme cada um revelava o presente recebido, eram valorizadas as qualidades destacadas por meio de palmas. Desse modo, direcionava-se desde o início das atividades para o componente da promoção da saúde mental, a ser cultivada em todos os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença mental, seja profissional, usuário, familiar ou demais membros da comunidade.

A prática de atividades em grupo, tais como oficinas, espaços informativos, debates, fóruns, roda de conversas, além do caráter educativo como tecnologias educacionais, devem conjugar esforços para a Promoção da Saúde daqueles

envolvidos, valorizando as potencialidades de cada sujeito e permitindo espaços de expressão de vínculos de escuta, cooperação, entrosamento.

Em saúde mental, as relações devem buscar a valorização dos potenciais e atuar possibilitando a expressão de ambientes saudáveis. Assim, para finalizar a oficina, houve a proposta de valorização da auto estima dos participantes, oferecendo a cada um deles a oportunidade de reconhecer no outro qualidades como presentes a serem dados embalados pelo som de uma música suave. O trabalho em saúde mental não restringe-se apenas a aplicabilidade para a clientela-alvo das intervenções e cuidados em saúde mas também aos produtores da assistência. Desse modo, deve-se valorizar dentro a equipe a promoção de espaços para a auto valorização e o fortalecimento do entrosamento e vínculo. Com isso, haverá uma atmosfera propícia para o desenvolvimento de ações que promovam a saúde mental de modo ampliado.

As atividades seguiram o esquema da Figura 4 onde inicialmente houve o destaque do trabalho em grupo, dos aspectos da integralidade da assistência em saúde na comunidade para em seguida tematizar por meio das palavras geradoras.

**Figura 4: Diagrama de funcionamento da Oficina Gênesis, segundo o método de círculo de cultura. Juazeiro do Norte, 2009.**



Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

#### 4.2.2 2ª Oficina - Em busca de uma nova saúde mental

As palavras geradoras da 1ª oficina permitiram a problematização de aspectos ligados ao 'doido', orientando o outro encontro da oficina em saúde mental conforme as falas do participantes 3 e 9.

*A gente tem que saber o que é loucura (Participante 3).*

*O doido tá doido, o doido tá doido. O doido não, o estressado (Participante 9).*

Após as discussões na primeira oficina, foi tomado como palavra geradora da segunda oficina o chamado 'doido'. A inserção do tema no grupo se deu por técnica denominada 'Quem é o doido?'. Nela, foram discutidas características que são atribuídas a uma pessoa que a situam na posição de 'doido'. As falas colocavam situações que aproximavam o que se tem como louco.

*Tem um doido dentro de cada um de nós (Participante 4).*

*Enquanto que alguém que tem algum distúrbio, algum distúrbio mental, estando controlado, ninguém percebe que aquela pessoa é doente muitas vezes (Participante 7).*

*Acho que dependendo do comportamento que a gente tenha em determinado momento, a gente pode está tendo um comportamento semelhante a uma pessoa que está desorientada (Participante 13)*

*Tem gente que se faz de doido (Participante 22).*

As falas dos participantes 4, 7, 13 e 22 explicam a percepção do 'doido' em sua relação consigo e com o outro. No encontro, os relatos de experiências com pessoas em crise na comunidade ou em estágios curriculares dos profissionais ainda são permeados pelo medo e pelo ideário de periculosidade social. A representação da pessoa em sofrimento mental, aqui denominada 'doido', é tida como alguém que possui comportamento característico, o que o enquadra num perfil de anormalidade, necessitando ser contido para que se instaure o equilíbrio perdido no ambiente social. A ênfase dada está nos sinais da loucura, que podem se fazer evidentes ou não, dependendo do manejo conferido à pessoa em sofrimento mental.

Barros (2008) enfatiza a dicotomia ainda existente entre as práticas em saúde mental marcada pela cidadania *versus* periculosidade social. Apesar dos atuais pressupostos da Reforma Psiquiátrica, que orienta a realocação da pessoa em

sofrimento mental no território, ainda existe a persistência dos velhos referenciais de doença mental que o situam à margem dos processos de aquisição de cidadania.

O desafio nas atividades no âmbito da saúde mental está em desmistificar a imagem do doido como um sujeito que representa um perigo a sociedade e que deve desta forma estar longe do contexto de vida da sociedade. Para isso, as ações em saúde, em particular as de educação em saúde, devem viabilizar encontro de estigmas, mitos e contribuir para a superação dos entraves que inviabiliza maiores ganhos na reinserção e integração destes sujeitos no meio comunitário.

A oficina segue trazendo o elemento da contextualização: onde está o 'doido'? Em que espaços na comunidade poderia ser localizado esse 'louco'? Para este momento, os participantes são convidados a fixar bonecos representando os ditos 'loucos' no contexto montado da comunidade local em seus elementos. É apontada uma diversidade de espaços para a circulação do louco: o PSF, a escola, o bar, as casas, a igreja, a escola, o meio da rua, a casa de saúde Santa Tereza e até o ventre de uma mulher segundo demonstra a Figura 5.

**Figura 5: Foto com a distribuição atribuída pelos participantes do local onde estava o louco. Juazeiro do Norte, 2009.**



Fonte: Pesquisa de Campo, 2009.

Ainda que os discursos dos participantes 4, 7, 13 e 22 estivessem permeados pela insegurança em lidar com a pessoa com transtorno mental, as falas dos participantes 5, 20, 21 e 22 indicam os espaços na comunidade como prioritariamente aqueles onde a pessoa em sofrimento mental estaria desenvolvendo seu ambiente de vida.

*A minha está muito feliz e alegre. Não parece ter agressividade. Eu acho que ela tem plenas condições de viver dentro da **comunidade** (Participante 5).*

*Eu acho que vou colocar ele em **casa**, porque nunca que a família de um doidinho rico ia colocar ele no Santa Tereza. Vai estar solto, porque a família não quer nem dizer que ele é doido (Participante 21).*

*Eu acho que aqui na **comunidade** a gente encontra muito doido em casa trancado e a família vem pro PSF só pegando o medicamento, o medicamento pra esse paciente. E assim, eu acho que a maioria dos doidos estão na comunidade mesmo e a família não está fazendo o tratamento adequado, que está sendo só o medicamento. Está em casa trancado (Participante 20).*

*Eu vou considerar que a gente tem que olhar um pouco para si também, para as pessoas que convivem com a gente. Então eu vou colocar no **PSF** (Participante 22).*

Os participantes 5, 20, 21 e 22 fazem menção à inclusão da pessoa em sofrimento mental no contexto local, no território de responsabilidade da Estratégia Saúde da Família. Com isso, há a responsabilização da equipe de saúde para acolher estes casos e proporcionar abordagens inclusivas no espaço local.

As falas evidenciam diferentes instâncias do cuidado comunitário. Na fala da participante 5 considera-se que o bem-estar e o entrosamento adequado dado pela promoção da saúde mental fornece condições para que os sujeitos em sofrimento mental possam engajar-se nas relações comunitárias, integrando-se às redes sociais existentes.

Apesar de estar no território, a fala do participante 21 refere prática antiga que ainda persiste nos dias atuais: a permanência da pessoa em situação de transtorno mental camuflado nos espaços comunitários sem que haja o reconhecimento de sua demanda de atenção. Com isso, perde-se a oportunidade de inclusão e desmistificação do adoecimento mental na medida em que o próprio indivíduo e sua família possuem preconceito quanto a situação encontrada. Nesse sentido, faz-se útil o incremento de ações que viabilizem a sensibilização da população e demais sujeitos de cuidado em saúde para avançarem na formação de redes de apoio.



O discurso do participante 20 trás a pauta alguns aspectos pontuados na fala 21 incluindo ainda a falta de manejo dos familiares quanto ao tratamento. Para esta situação, coloca-se o isolamento evidenciado nos casos de cárcere privado presentes na comunidade e a restrição do cuidado apenas ao aspecto farmacológico. As atuais políticas em saúde mental tem apontado para a reinserção e reabilitação dos indivíduos nas redes sociais presentes na comunidade. Para isso, os serviços de saúde, neste caso a ESF deve articular ações que conjuguem esforços da família, do indivíduo, do serviço de referência em saúde mental e dos recursos territoriais para entender a demanda em saúde mental e a partir das potencialidades abrir oportunidades para o resgate da cidadania destes sujeitos (AMARANTE, 2008b).

A loucura, considerada como um elemento de mal estar à sociedade, foi durante muito tempo contida em espaços específicos que historicamente delimitaram os modos como deveria ser amparada. Este era o modelo manicomial, marcado por práticas tutelares, excludentes, e que reafirmava o estigma e preconceito existente na sociedade (RESENDE, 2001; LUZ, 2008).

Com os movimentos de Reforma Psiquiátrica ocorridos em muitos países, a comunidade passou a ser considerada o novo ambiente para o acolhimento dessas pessoas, integrando-os ao contexto local e inserindo-os em atividades que gerem e resgatem a cidadania. Nesse sentido, todos os recursos comunitários são convocados para produzir relações de solidariedade e inclusão aos que tiveram sua capacidade de produção e fala limitadas ao espaço asilar (ALVES; SEIDL, SCHECHTMAN; *et al*, 2008).

Apesar dos pressupostos, ainda permanece o estigma na sociedade, impedindo que a reabilitação possa avançar. Isso decorre das relações de tutela existentes na família, além do pouco manejo que as pessoas possuem com o adoecer mental. Com isso, espaços que poderiam representar avanços para os sujeitos perpetuam os antigos modelos, como a existência do cárcere privado, o limite na circulação dos espaços na comunidade, dentre outros (ROTELLI, 2008). O serviço de saúde, em particular a ESF, deve mediar estas relações e incentivar possibilidades de inclusão, estabelecendo os vínculos com a pessoa em sofrimento mental, a família, as redes sociais de apoio e demais setores capazes de proporcionar espaços de acolhimento (PEREIRA, 2007).

Nesse sentido, Dell'Acqua e Mezzina (1991) considera que uma transformação autêntica se dará de maneira efetiva quando se puder considerar a pessoa em sofrimento mental como total, com afetos e dores, mas também com possibilidades de opções, luta, reorganização pessoal e exercício da cidadania.

Após a alocação dos espaços para o 'louco' na comunidade, abriu-se a discussão: a visualização do 'doido' é realizada com a comunidade ou na comunidade? Os profissionais sentem-se parte da comunidade? Foram abertos espaços de oportunidade para problematização dos aspectos presentes na comunidade quanto ao aspecto do sofrimento mental: as políticas em saúde que exigem a inclusão da saúde mental e a fragilidade dos recursos para execução destas propostas, a desestruturação da rede em saúde mental no Município, o preconceito existente pelo próprio usuário por sua situação, da família e dos profissionais, a abertura para a reabilitação, o reconhecimento do que é demanda de saúde mental, dentre outros aspectos.

A Reforma Psiquiátrica insurge no contexto brasileiro como transformação em vários aspectos que envolvem o assistir a pessoa em sofrimento mental. De um lado se colocam o crescimento dos serviços extra-hospitalares e as propostas de inclusão e reabilitação das pessoas em sofrimento mental na comunidade como que a realidade impõe os limites de recursos materiais, o despreparo dos profissionais diante das novas práticas e a prevalência do estigma pela população (BASAGLIA; ONGARO; CASAGRANDE; *et al*, 2008).

Consideradas as percepções dos participantes, seguiu-se a reflexão dos modos com que a loucura foi constituída no decorrer do tempo. Para este momento, foi utilizado o texto de Martins e Oliveira (2007), que, embasado em várias obras, referenciam como se deu a evolução nos modos de convivência da sociedade com a loucura. A proposta da reflexão foi realizada em quatro sub-grupos onde cada um realizaria um desenho contendo as impressões mais relevantes decorrentes da leitura e discussão do texto de referência. Ao final, foram apresentados quatro cartazes, delimitando o momento histórico e as influências trazidas pelos aspectos sociais, culturais e sanitários que abrigam tais contextos e que modelaram os modos de cuidados ofertados às pessoas com transtorno mental, conforme indicam as Figuras 6, 7, 8 e 9.

**Figura 6: Cartaz confeccionado na oficina de saúde mental, resgatando os aspectos de abordagem da loucura na Idade Média. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**

Conforme se pode observar na Figura 6, o subgrupo 1 traz aspectos ligados à abordagem da loucura durante a Idade Média. Naquele momento, a loucura não trazia a conotação de doença, não existindo modos formais de cuidado, sendo acolhida no espaço da comunidade associada ao aspecto religioso de caridade.

Na Antiguidade e na Idade Média, até antes do Renascimento, os indivíduos em sofrimento mental eram acolhidos pela sociedade e a manifestação dos sintomas da loucura era vista como manifestação divina. No período, os tratamentos médicos permaneciam como fenômenos localizados e restritos, em contraposição às práticas populares e mágico-religiosas (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

Portanto, eram oferecidos dois tipos de cuidados: ao pobre, cabia vagar pelas ruas e mercados, sobrevivendo da caridade ou de pequenos trabalhos, enquanto que, aos ricos, se destinava a reclusão domiciliar sob os cuidados de um assistente contratado para esta finalidade (RESENDE, 2001)

Figura 7: Cartaz confeccionado na oficina de saúde mental, retratando aspectos do cuidado com a Revolução Industrial. Juazeiro do Norte, 2009.



Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

A Figura 7 expõe o subgrupo 2 que referencia aspectos ligados à mudança da sociedade com o advento do capitalismo e com isso a necessidade de encontrar um espaço específico para agrupar aqueles que não trouxessem perspectivas de produção. Assim, são incluídos nas Santas Casas de Misericórdia os mendigos, pessoas idosas, os vagabundos, ladrões, e com este grupo os que antes habitavam os espaços da comunidade livremente, ou seja, o louco (AMARANTE, 1998). Sob este aspecto, as participantes reconhecem as influências dadas pelo contexto histórico que dão origem aos estigmas e preconceitos existentes atualmente à pessoa com transtorno mental.

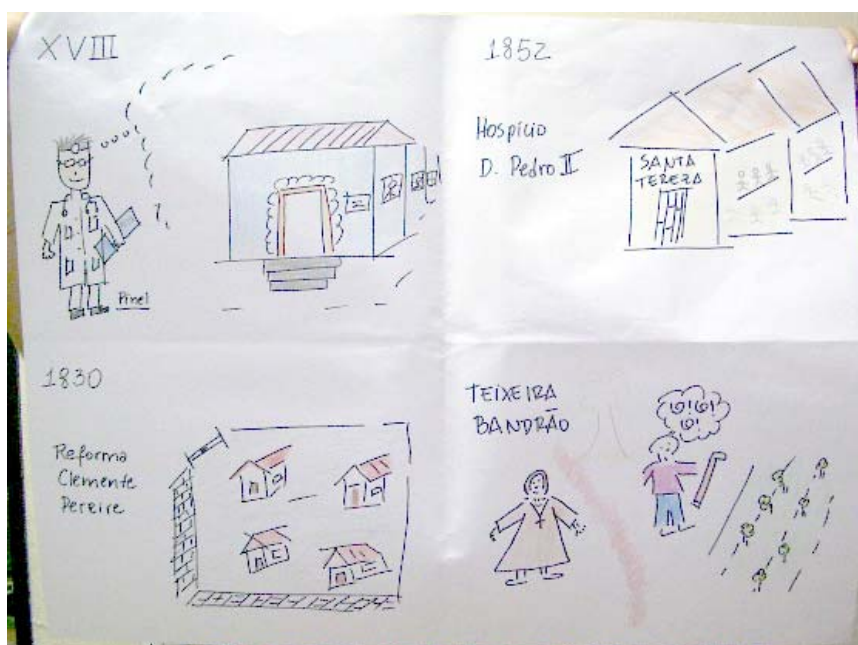
*E até hoje as próprias regras do capital que elas excluem, encara como o louco, encara como o marginalizado de fato (Participante 14).*

*Eram todos marginalizados, e o que chamou atenção da gente é assim, o estigma que a gente tem em relação à pessoa, que o louco é o causador da desordem, ele trás aquela imagem feia, eu acredito que isso vem um pouco dessa época (Participante 22).*

Nas falas dos participantes 14 e 22 concebe-se o entendimento da marginalização com que vinha sendo assistida a pessoa em sofrimento mental, trazendo repercussões até os dias de hoje. Com isso, visualizam-se as influências dos aspectos sociais e culturais que direcionam os modos de compreender e direcionar as formas de assistir o sofrimento mental.

A saúde, como processo constituído historicamente, recebe influências dos modos de vida e produção da sociedade, inserindo os aspectos culturais, sociais e econômicos. Com isso, também se incorporam conceitos e preconceitos que uma sociedade admite para as suas relações com o outro. Um desses estigmas que historicamente se compuseram foi relacionado à loucura, trazendo o aspecto da violência, da exclusão, da periculosidade e, ao mesmo tempo, a determinação de um espaço que separasse este indivíduo 'anormal' do contato com as pessoas da sociedade ditas 'normais' (AMARANTE, 2008c).

**Figura 8: Cartaz confeccionado na oficina de saúde mental, enfatizando aspectos da estruturação dos hospitais psiquiátricos e demais estruturas asilares. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**

Na Figura 8, o subgrupo 3 enfatiza a estruturação do cuidado em saúde mental desde a iniciativa de Pinel, quando reconhece a loucura como objeto de intervenção da Medicina, carecendo, portanto, de um local onde pudesse ser estudada e classificada. São relatadas as iniciativas estrangeiras e, mais adiante, as influências trazidas ao Brasil de criação dos asilos e das colônias agrícolas. Mais uma vez é reconhecido o aspecto da produção econômica influenciando nos modos com que são abordadas as questões da loucura. Nas colônias agrícolas, havia o incentivo à prática do trabalho (praxiterapia e laborterapia) numa tentativa do

tratamento vinculado ao aspecto da moralidade (AMARANTE, 2008c; RESENDE, 2001).

**Figura 9: Cartaz confeccionado na oficina de saúde mental, representando as características da assistência em saúde mental nas décadas de 1940, 1950 e 1960. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**

A Figura 9 destaca a representação do subgrupo 4 acerca dos avanços ocorridos na década de 1940 e 1950, com a introdução dos medicamentos e de terapêuticas, como o eletrochoque, a lobotomia, a insulino terapia e a malaroterapia. No discurso, percebe-se a defesa dos avanços trazidos, mediado pelo recuo em relação aos abusos efetuados quanto ao caráter empírico deste período.

O avanço da Psiquiatria trazia consigo práticas a fim que permitissem sua reafirmação no *status* de ciência. Com isso, vários experimentos foram adotados, como uso de neurolépticos, a eletroconvulsoterapia, o choque insulínico e as lobotomias. A utilização de tais recursos não ocorriam com uma orientação técnica, sendo resultante da pressão dada pela indústria farmacêutica, como mecanismo de repressão e violência ou para submeter a pessoa internada aos tratamentos de modo passivo (AMARANTE, 2008c). Assim, a pessoa em sofrimento era objeto de intervenção, cabendo-lhe a postura de submissão, desvalorizando aspectos como o respeito à cidadania.



Nas décadas de 1960 e 1970 foi enfatizada a existência na realidade brasileira de uma política de base privatizante. Com isso, os ideais de lucratividade eram priorizados em detrimento do bem-estar da pessoa submetida à terapêutica, como enfatiza a fala do participante 16.

*O objetivo era o lucro, não importava a qualidade do atendimento [...] Com esse ideal de lucro, o doente mental ficava em segundo plano, não importava a qualidade com o doente mental, ele era submetido a práticas violentas, abusavam das medicações (Participante 16).*

A existência de modos de desassistência reafirmados politicamente trazia à pessoa em sofrimento mental condições de violência social, física e psicológica, sem que houvesse perspectiva de respostas desta situação. O cenário político do Brasil na década de 1970 estava entremeado pela ditadura militar, num contexto de conflitos na luta pela democracia, por parte da sociedade, e a censura pelo Estado.

O Estado mostrava-se mínimo na participação das políticas em saúde, colocando nas mãos das empresas privadas a assistência à população. Com isso, houve o expressivo aumento desta rede de atendimento, não havendo o investimento concomitante sobre a qualidade da atenção. Isso abria precedente para a ocorrência de práticas de violência e descuidado, em particular nos espaços de internação psiquiátrica, marcados pela tutela e contenção (AMARANTE, 1998).

Com o movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, os trabalhadores de saúde passam a reivindicar melhores condições de trabalho e também denunciam a situação dentro dos asilos e manicômios. Tais acontecimentos ensejaram reações que, unidas ao processo de redemocratização, permitem mudanças para a transformação sobre a assistência em saúde mental e na saúde (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Apesar das atuais conquistas quanto a transformação das práticas, ainda persiste casos da predominância dos interesses financeiros em detrimento às necessidades reais de cuidado e inclusão dos indivíduos. Assim, há a restrição nas formas de atenção e cuidado em saúde limitando a capacidade de maiores ganhos na qualidade de vida das pessoas em sofrimento mental. É importante que a ESF possa identificar os casos existentes na área de abrangência e, mais que isso, ofereça opções de assistência para que estas pessoas não limite suas potencialidades.

O término contou com o vídeo “Um breve histórico da loucura” para o fechamento do encontro, apontando os próximos passos para a constituição de um modelo diferente do que se tinha até então. Neste momento, abre-se o questionamento para saber se alguém conhecia algum serviço substitutivo de assistência em saúde mental. Poucos se colocaram e ainda estes de modo bem restrito.

#### **4.2.3 3ª Oficina – CAPS: fortalecendo potencialidades**

Após reconhecer na 2ª oficina os caminhos historicamente trilhados para a loucura e com eles as influências trazidas para o lidar com a pessoa em sofrimento mental, os participantes apontam o CAPS como serviço destinado a atenção em saúde mental. Apesar disso, há o desconhecimento de como ocorreu o processo de estruturação destes serviços e qual o papel assumido perante a demanda, conforme expressou o participante 10.

*A gente sabe onde é o CAPS porque pergunta e o pessoal diz: - É ali. Mas a gente não sabe como funciona [...] e a gente não sabe essa informação, porque não foi passada pra gente (Participante 10).*

Após ter-se problematizado a questão do desenvolvimento da loucura e com ela os inúmeros estigmas de periculosidade, violência e segregação que permeiam o existir da pessoa em sofrimento mental, a terceira oficina trouxe a temática da Reforma Psiquiátrica e seus pressupostos de atuação.

A Reforma Psiquiátrica surgiu no cenário brasileiro como fruto de intensos embates de cunho político, jurídico, social, cultural, sanitário, que enfatizavam melhores condições de cuidado e assistência para os usuários, família e trabalhadores no campo da saúde mental. Com isso, se estabeleceu uma trama de transformações nos modos de lidar com o sofrimento mental, passando a preconizar uma prática centrada na atenção psicossocial, com ênfase na escuta, no vínculo, no trabalho interdisciplinar, a partir de um cuidado de base comunitário aberto que procure a reabilitação e reinserção dos sujeitos, baseados em seu contexto e relações com a rede social (AMARANTE, 2008b).



Como a temática em pauta se referia à Reforma e com elas o surgimento de serviços substitutivos e novos modos de acolher o cuidado à saúde mental, foram incorporados ao contexto ilustrativo as figuras dos dispositivos presentes na realidade local: o CAPS AD, o CAPS geral e o hospital-dia. Com isso, pretendia-se aos poucos expor aos participantes as redes de cuidado existentes, na medida em que havia a abordagem.

O tema foi inserido mediante a apresentação do cordel “Construindo saberes em saúde mental”, tecnologia em saúde criada durante a disciplina Tópicos avançados em Saúde Mental do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Nele são abordadas questões pertinentes a proposta da Reforma Psiquiátrica e do que se tem hoje em dispositivos e estratégias para o cuidado em saúde mental.

O uso de tecnologias educacionais em saúde desponta como possibilidade por meio dos dispositivos ou relações estabelecer pontes para formulação de conhecimentos pelo diálogo com a cultura, com os aspectos sociais, permitindo a aproximação com os aspectos de vida dos indivíduos (NIETSCH; BACKES; COLOMÉ; *et al*, 2005).

O cordel é um elemento de destaque na cultura juazeirense, sendo a cidade referência na produção desta arte. Desse modo, seguiu-se a apresentação do cordel unido ao violão, mediante o estímulo à participação. Ao final, foi solicitado ao grupo identificar no cordel palavras ou expressões que mais o impactaram dentro da realidade em curso da proposta de um modelo de reconstrução. Neste momento, foram destacados os termos e expressões do cordel ligados às características e princípios da Reforma Psiquiátrica: o respeito, união comunitária, valorizar o cliente, Promoção da Saúde, interesse da família, antimanicomial e algumas expressões que se reportavam aos serviços, como o CAPS e o hospital-dia.

A palavra de maior ênfase dentre as falas foi ‘antimanicomial’ ao passo que se constituía um termo novo aos participantes e que, pela contextualização do momento histórico unido à explicação contida no cordel, permitiu o entendimento e problematização do sentido atribuído, como exprimem as falas dos participantes 2, 12 e 20.

*Eu não conhecia esse termo. E ele vai dizer justamente isso que é contra o manicômio e valoriza o cliente (Participante 2)*

*É a questão de estar sempre pensando qual a melhor forma de tratar estes pacientes, é evitar estes ambientes que acabam sendo mais prejudiciais pra eles, é tentar inserir na sociedade, tornar o vínculo mais prazeroso pra ajudar na saúde mental (Participante 12).*

*É assim, é uma nova forma de estar trabalhando com saúde mental de uma forma bem completa, bem estruturada e enraizada, que vem se estruturando com um pouco dessa inserção dessa população junto com o resto da população para manter uma vida normal né assim, entre aspas... E não tá tirando aquelas pessoas da comunidade que aí vai piorar o problema que ele já tem [...] ali longe da família, longe dos vizinhos (Participante 20).*

Os participantes conhecem na proposta antimanicomial novas perspectivas de atuação ante ao que se tinha. Com isso, apontam as falas para a valorização do cliente, a inserção da família e comunidade na rede de atenção e o papel do vínculo. O conceito parte do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental na década de 1970 que, pelo reconhecimento das lacunas do campo assistencial psiquiátrico, passou a organizar o movimento pela luta antimanicomial. Essa proposta parte do ideal de que o manicômio não deveria ser o local de acolhimento para as pessoas em sofrimento mental, dadas as situações de violência, descuido e tutela, e que, em vez de promover assistência agravava as condições preexistentes (AMARANTE, 1998; LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

As novas formas de abordagem da saúde mental aliam elementos com ênfase na humanização das práticas. Desse modo, os participantes 4, 5 e 22 reconhecem conceitos que se articulam à promoção da saúde, trazendo o componente do vínculo dentre as práticas de saúde com base no respeito, união comunitária, valorização do cliente, participação da família e proteção da vida.

*Através dos meios preventivos, da gente, dos médicos, dos enfermeiros, a gente na comunidade pode fazer com que as coisas mudem e não vai precisar mais as pessoas ficarem nesses locais assim, através da promoção da saúde no meio da família (Participante 4).*

*Eu acredito que a gente mantendo o respeito com as pessoas que tem problemas de saúde mental já vai poder ajudar ela, é ter maior respeito com aquela pessoa, com aquela doença, respeitar as limitações e tentar compreender (Participante 5).*

*Eu entendo que para a gente trabalhar, promover saúde mental aqui na área, nós vamos ter que estar trabalhando junto à comunidade, primeiramente junto com os familiares das pessoas que são doentes, o trabalho com a equipe já está sendo feito e depois nós teríamos que disseminar este conhecimento para as pessoas mais próximas a este doente e se for um trabalho contínuo, nós vamos ter uma comunidade que vai conhecer o problema da saúde mental, como ela realmente é, sem os estigmas e nós vamos em união com essa comunidade dar mais qualidade de vida a este doente (Participante 22).*

As falas dos participantes 4, 5 e 22 resgatam a necessidade do comprometimento ético dos profissionais de saúde quanto às demandas de atenção da clientela e de seus familiares. Limites na abordagem deste público persistiram durante muito tempo. Com as Conferências em Saúde Mental, foram proporcionados espaços de escuta e reivindicação desta clientela, o que gerou maiores ganhos para o alcance de um modelo de atenção com respeito à cidadania destes indivíduos e assim a oferta de serviços de qualidade.

As ações voltadas ao acolhimento, à escuta, à participação da comunidade, da família e dos sujeitos avançam no sentido do alcance dos princípios preconizados pela Promoção da Saúde. Nela, a comunidade passa a participar do processo de “empoderamento” para alcançar maiores níveis de saúde, pelo reconhecimento de suas demandas e dos recursos existentes na esfera individual, comunitária e nos serviços de atenção capazes de gerar qualidade de vida num âmbito integral, nela incluída a saúde mental (AMARANTE, 2008b; CASÉ, 2002; CABRAL; LUCENA; OLIVEIRA *et al*, 2002).

Os serviços substitutivos representam grandes avanços no que se refere à mudança nas estruturas de cuidado em saúde mental. Por seu intermédio, tem-se o resgate dos aspectos de cuidado de base comunitária, direcionando novos olhares que contribuam para a desmistificação do adoecimento mental. Apesar do incremento à abertura destes serviços, muitos não têm obtido o reconhecimento no território de atuação, limitando a capacidade de inserir-se nas redes de cuidado, sejam elas formais ou informais.

*Me chamou atenção o hospital-dia porque eu não conheço, eu não sei como funciona e eu gostaria de saber o que é e como funciona (Participante 8)*

*Foram as maneiras de fazer intervenção, que existem outros meios de tratar as pessoas com problema de transtornos mentais (Participante 16).*

As falas dos participantes 8 e 16 apontam para limites no conhecimento acerca do papel dos serviços substitutivos no processo de atenção psicossocial.

O CAPS, como articulador da rede de atenção em saúde mental, deve investir no incremento das redes de relação com os demais níveis de cuidado, seja na atenção básica, na atenção secundária ou nos hospitais gerais, a fim de obter maiores vínculos e a sustentabilidade de um modelo firmado com suporte na longitudinalidade da assistência. Ainda poderá se aproximar de setores afins que não a

saúde, como a educação, a assistência social, a segurança pública, para que deem de conta adequadamente das demandas na comunidade (BRASIL, 2004b; RABELO; MATTOS; COUTINHO *et al*, 2005).

Apesar dos ganhos advindos com a Reforma, ainda persistem entre os participantes questões passíveis de atuação no campo da assistência, como o estigma existente nos próprios usuários, familiares e na comunidade, assim como o acesso restrito aos serviços, o que é visto nas falas dos participantes 2, 9 e 13..

*Preconceito... Porque até aquela pessoa que tem de até passar um remédio ansiolítico aí: - Não, vai passar remédios pros nervos? O próprio preconceito que não era pra ter (Participante 2).*

*Porque também além do tabu, é o receio até deles mesmo, de ser rejeitado, de ser excluído (Participante 5).*

*Essas pessoas precisam de cuidados especiais e talvez não estejam recebendo, porque não tem as pessoas preparadas para assistir esta população, não sabe dialogar, não tem respeito talvez e acham que é uma doença e a droga que vai resolver e é até uma exclusão [...] eu acho que é o grupo de pessoas que talvez precisem de mais atenção e são as mais marginalizadas, excluídas (Participante 13)*

Como processo, a Reforma Psiquiátrica deve contar com uma avaliação constante dos ganhos e desafios a serem superados. Um deles está ainda na superação do imaginário sobre a loucura, que a relaciona com uma situação de inaptidão e periculosidade, fazendo com que haja a reclusão dos indivíduos em sofrimento mental, barrando o processo de reabilitação (DELGADO, 1991; LUZ, 2008). As ações na Atenção Básica possuem a capacidade de intervir no território, tecendo redes de relações entre os sujeitos, contribuindo para desmistificação do estigma.

Outro entrave presente no cotidiano das práticas é a quebra na continuidade do cuidado ofertado aos sujeitos, fragilizando os vínculos e a confiança estabelecida entre usuário, profissional e serviço sobre a efetividade do cuidado ofertado. Parte decorre do escasso suporte oferecido aos trabalhadores em saúde para lidar com a saúde mental com métodos de trabalho compatíveis com os referenciais de cuidado preconizados. Com isso, muito do que é praticado decorre da experiência empírica, estabelecendo menores avanços ao processo de reforma (ROTELLI, 2008).

Após comentário do que se destacou no cordel, seguiu-se a apresentação de um vídeo - "Um outro olhar" - do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b), trazendo informações acerca da Reforma, CAPS e modos de fazer em saúde mental.

A etapa de reflexão foi norteadada pelo texto de Souza, Braga e Fraga (2006), recuperando o caminho trilhado pela Reforma Psiquiátrica. Ao final, foram apresentados esquemas contemplando o modelo de reforma, desde os entraves iniciais até o que se tem hoje, a proposta de processo em construção em inúmeras esferas, articulando com os limites locais dos serviços de saúde mental: a falha na referência e contrarreferência, a inexistência de uma rede organizada, as lacunas na formação para o trabalho com a saúde mental em todos os níveis da atenção.

Trabalhos realizados na Atenção Básica junto às equipes já evidenciam o encontrado, ou seja, a pouca aproximação dos profissionais com o campo da saúde mental, uma formação com enfoque biologicista, a frágil articulação entre serviços em saúde mental o que representa entraves para o avanço da Reforma Psiquiátrica (SOUZA; SCATENA, 2007; NUNES; JUCÁ; VALENTIM; 2007; NASCIMENTO; BRAGA, 2004; SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004). Com isso, passamos a reconhecer a necessidade de investir sobre o processo pautado em novos referenciais condizentes com uma abordagem ampliada em saúde, compatível com os princípios da Promoção da Saúde e da atual Política em Saúde Mental.

#### **4.2.4 4ª Oficina - Saúde x doenças: amigas ou inimigas?**

Na 3ª oficina, um dos participantes passou a expressar a situação de sofrimento mental existente no contexto familiar. Para ele, mostrou-se impotente e precisando compreender aspectos para melhor manejo, o que fica patente na fala do participante 4.

*Eu não entendo sobre depressão e eu tenho medo de uma coisa pior [...] depressão é uma coisa que vem do nada [...] (Participante 4).*

O processo saúde-doença refere-se a um modo complexo de compreender como os indivíduos vivem e assim mantém o equilíbrio entre as condições que podem levar a agravos e outras que estarão relacionadas ao bem-estar. Desse modo, compreende-se como processo, sendo influenciado por inúmeros determinantes, sejam eles culturais, sociais, econômicos.

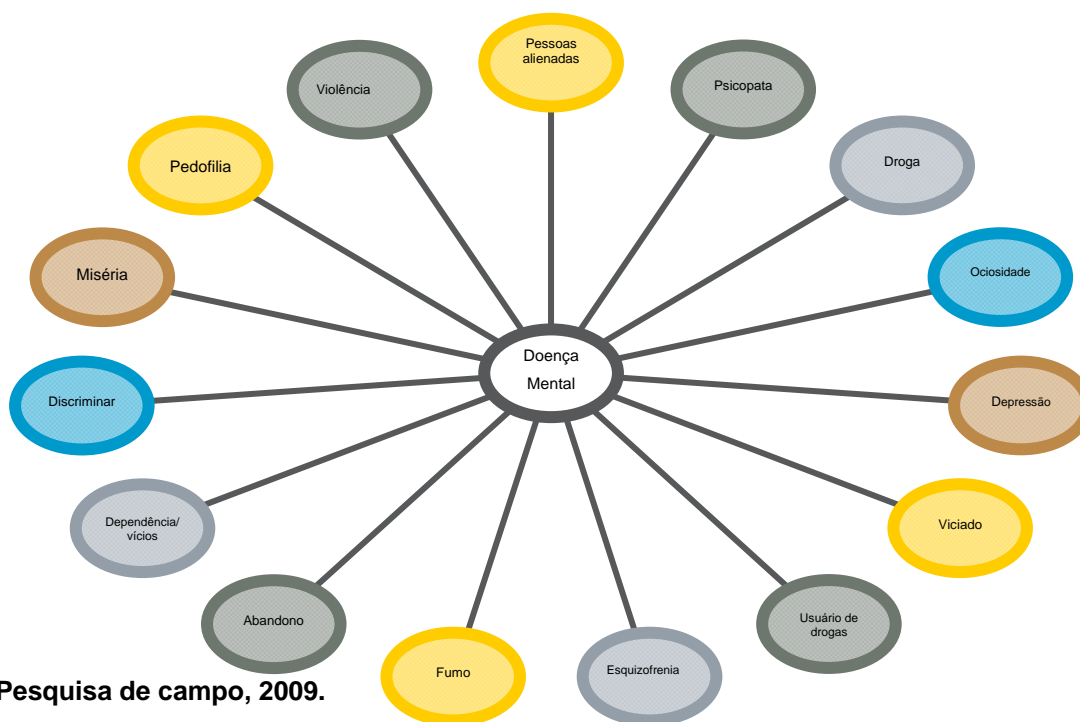
Em saúde mental, deve haver a sensibilização quanto à necessidade de abordá-la como um dos aspectos da existência do homem, incorporando os

conceitos de saúde e doença mental. Foi nesse sentido que inicialmente foram levadas as atividades da Oficina - “Saúde x doenças: amigas ou inimigas?” - aproximando conceitos de situações de saúde e doença para que os participantes pudessem atribuir um valor.

Foram colocadas várias figuras de situações e entre elas selecionadas duas para cada participante configurar um sentido de saúde e doença. Na medida em que iam sendo postos os discursos, as idéias foram se complementando, fazendo com que houvesse a integração e a tematização do que vinham a ser a saúde e a doença, de como se estabelecem comunicações entre estes aspectos, e, desse modo, exigindo maneiras de visualizar as questões por um cuidado de base intersetorial.

Contando com este aspecto na saúde como um todo, dando continuidade da oficina, foi localizada a saúde mental/ doença mental, tentando recobrar aspectos do que, segundo o entendimento do grupo, seriam situações de bem –estar e agravo em saúde mental. Sobre isso, as Figuras 10 e 11 retratam os esquemas de palavras adotados.

**Figura 10: Diagrama contendo esquema de palavras atribuídas à doença mental. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**

Na Figura 10, as palavras relacionadas à doença mental puderam ser divididas segundo aproximação das temáticas nas seguintes categorias: transtornos mentais e determinantes relacionados ao adoecimento mental.

No grupo das patologias, foram enumeradas a depressão, a esquizofrenia, o comportamento psicopata e de pedofilia e o uso, abuso e dependência de drogas, incluindo o fumo, como também outras substâncias ilícitas. As falas remetem à explicitação dos problemas que tais situações provocam no contexto social. Na realidade local, são inclusos a recorrência de casos de depressão, tristeza e tentativas de suicídio, além do abuso e dependência de substâncias lícitas e ilícitas.

A dependência de álcool e outras drogas se tornou um problema de relevância no cenário das políticas públicas, pelos crescentes indicadores, além da associação existente em grande parte dos casos entre o abuso de álcool e vários problemas sociais, como acidentes de trânsito e de trabalho, incidência de homicídios e atos violentos na família. O problema leva à preocupação várias famílias, profissionais de saúde e da educação, visto que cada vez mais a dependência atinge os jovens, gerando danos de natureza pessoal, social e econômica, expondo-os a situações de risco e vulnerabilidade (ALVES; SEILD; SCHECHMAN *et al*, 2008).

Por outro lado, a depressão desponta como importante agravo entre a população, associada às condições de vida cada vez mais estressantes e que impõem maiores pressões sobre os indivíduos. A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2020, a depressão pode ser a segunda maior causa de morbidade após a doença isquêmica do coração (IVBIJARO; KOLKIEWICZ; LIONIS *et al*, 2008).

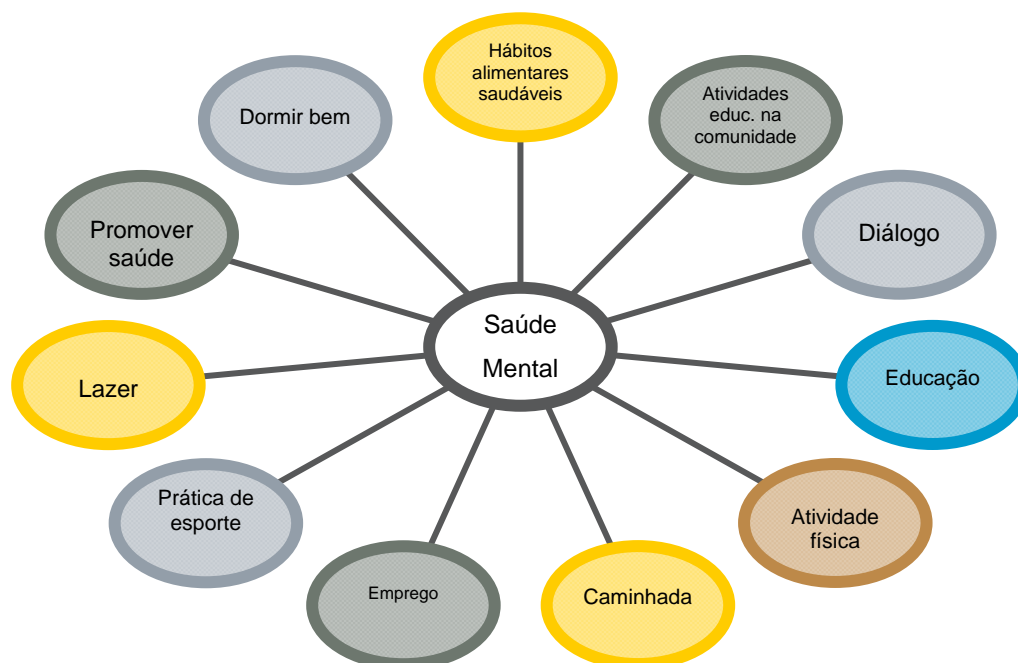
Para estes agravos, exigem-se serviços cada vez mais atentos à demanda e que atuem de forma precoce por meio do investimento em ações de promoção e prevenção próximas às condições de existência que produzam reais impactos. A Atenção Básica, neste contexto, é o serviço de escolha para desempenho do acolhimento desta demanda, sendo necessária a interlocução entre os diferentes dispositivos da rede de saúde mental, seja pelo trabalho dos CAPS's, dos NASF's ou de outras equipes matriciais que permitam o adequado suporte para que se tenham condições para oferta de cuidados (CRUZ; FERREIRA, 2007).

Foram citados como determinantes envolvidos com a doença mental a miséria, a ociosidade, o abandono, a discriminação e a violência. Estas, além de se

relacionarem ao quadro de adoecimento já fixado, podem também ser fonte geradora de agravos. O processo saúde-doença como algo complexo e dinâmico recebe influências de inúmeros determinantes. Estes envolvem as várias instâncias de vida, quais sejam, sociais, culturais, econômicas e sanitárias, produzindo inúmeras interferências sobre a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2002a).

A Atenção Básica, configurada na prática por meio da Estratégia Saúde da Família, assume lugar de privilégio na abordagem de tais questionamentos, visto que se aproxima da vida da comunidade, das relações estabelecidas entre os sujeitos, as famílias e as redes sociais de apoio. Com isso, deve estar atenta ao diagnóstico situacional do território, a fim de planejar suas intervenções no sentido de intervir sobre tais determinantes de modo articulado, incentivando a participação social, o “empoderamento” e a autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2003; REINALDO, 2008; SOUZA, 2006).

**Figura 11: Diagrama contendo esquema de palavras atribuídas à saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**



A Figura 11 expõe o esquema de palavras que os participantes relacionaram a saúde mental. De modo geral, o esquema de palavras segue os princípios preconizados para o alcance da Promoção da Saúde, que direciona a participação da população no seu contexto de vida e relações, para que alcance um cuidado integral de suas necessidades, incluindo nela a saúde mental.

Assim, as atuais políticas em saúde e de saúde mental preconizam a integração dos cuidados em saúde, considerando que no homem um agravo físico vem relacionado com outras interferências de cunho psicológico, espiritual, social, carecendo, portanto, de suporte adequado que contemple estas instâncias dentro do cenário das interações de sujeitos (BRASIL, 2002a).

Com isso, tem-se a possibilidade de trabalhar para o alcance da promoção da saúde mental num contexto ampliado, considerando as peculiaridades de cada sujeito em suas relações com a família e os demais, seja a criança, o adolescente, a mulher, o adulto, o idoso, ou diante de qualquer limite (CURY; GALERA, 2006).

Apesar da separação posta entre o aspecto do adoecimento e da saúde mental, o processo saúde-doença é algo dinâmico e não deve ser visto com antagonismo. Compreendendo tal circunstância, é preciso que a equipe da ESF sintam-se capacitada para a identificação adequada e precoce dos determinantes sócio-econômico-culturais que possam estar envolvidos em possíveis agravos e, a partir disso, trabalhar em ações de promoção e prevenção de agravos, representando maiores ganhos na qualidade de vida clientela, segundo um enfoque de integralidade da assistência.

#### **4.2.5 5ª Oficina - Integração família + PSF**

Concebendo as ligações entre saúde e doença mental e os inúmeros determinantes envolvidos neste processo, os participantes na 4ª oficina passam a visualizar a necessidade de um trabalho com maiores bases, entrelaçando ações nos diversos setores além da saúde. Apesar da proposta, os participantes identificam o fato de suas ações ainda ocorrerem timidamente, limitando maiores alcances, como evidencia a fala do participante 22.

*Como parte dessa rede de serviços de assistência técnica e intersetorial, estamos nós aqui, no PSF como parte da atenção primária. Então todo o nosso trabalho de assistência dado ao paciente de saúde mental é ainda muito tímido uma vez que não estamos preparados para estar trabalhando com este doente (Participante 22).*

Após operar conteúdos acerca dos fundamentos da integralidade da saúde, histórico da loucura, os passos dados pela Reforma Psiquiátrica, problematizando o aspecto da doença e saúde mental, a oficina “Integração família + PSF” vem trazer os modos possíveis de articulação entre a Estratégia Saúde da Família (aqui nomeada ainda como Programa pelos participantes) e o componente da saúde mental.

Para início das atividades da oficina, foi lançada a proposta de uma técnica de acolhimento grupal quanto à necessidade de trabalho articulado, fazendo o uso de balões na roda. Os participantes foram convidados a simbolicamente colocar suas vontades de atuação no campo da saúde mental no balão.

Dos desejos expostos, foram listadas a realização de grupos educativos e oficinas, a dedicação de atenção e escuta a esta clientela, a maior articulação com o NASF, a investigação de aspectos da saúde mental nas práticas em geral, a veiculação de informações mais eficientes aos pacientes, família e a comunidade e intervenções voltadas ao uso e abuso de psicotrópicos. Durante a técnica, cada participante ia falando e seus discursos exprimiam perspectivas de atuação a partir da problematização evidenciada no decorrer dos encontros as pessoas direcionando as ações dentro de uma nova perspectiva em saúde.

A problematização surge como importante recurso para o investimento nas habilidades pessoais dos sujeitos, enfatizando as potencialidades e direcionando caminhos para a Promoção da Saúde de modo integral. Mais do que investir em ações de assistência localizadas e passivas, a problematização permite do “empoderamento” dos sujeitos por meio da continua reflexão para a ação (FREIRE, 2008a).

A atuação no campo da saúde mental presume a utilização de estratégias criativas e potencializadoras de encontros entre os diferentes sujeitos, respeitando as peculiaridades. Assim, deve-se encontrar espaços de fala na comunidade, concentrando esforços para o envolvimento das redes de atenção.

Os participantes enumeram vários pontos de reflexão sobre a atividade grupal, dentre os quais a necessidade nas práticas das equipes do planejamento das atividades segundo prioridades e o trabalho em equipe.

*Muitas vezes a gente está desestimulado em relação a tudo, em relação a ir pra área, quem trabalha na área todo dia sabe disso que tem dias que a gente vai desestimulado, tá achando muito enfadonho o trabalho, muito rotineiro. Mas em cima do outro, se levantando, aí anima e você vai dando certo naquele dia (Participante 21).*

*Porque na hora do planejamento, cada um tem a idéia de fazer alguma coisa e se a gente não souber priorizar e saber o que é mais factível, o que é prioridade e o que não é, e se quiser colocar tudo em prática ao mesmo tempo, também não vai dar. Então a gente tem que escolher algo ou alguma coisa para a gente tá fazendo junto mas não abandonando os sonhos dos outros, porque eles vão se realizando na medida em que a demanda for sendo resolvida (Participante 22).*

O profissional 22, em seu discurso, revela que há a idealização de poder “ouvir” e permear as ações, vislumbrando um pouco de um tema ainda não muito vivido e trazido como prática, que é a interdisciplinaridade, mas, mesmo em sua fala, há esperança do fazer, não é afirmado que haja esta complementaridade da opinião e atuação de todos.

O profissional 21 já mostra que se sente em algumas situações, desestimulado. A equipe deve ser vista como um componente que agrega diferentes pessoas em seus contextos de vida e relações com o outro, mas que possuem um objetivo em comum, sendo importante o planejamento de ações segundo as prioridades identificadas. O cuidado deve ser voltado à corresponsabilidade dos indivíduos perante a demanda, estendendo, tais pressupostos para o envolvimento da comunidade. Constitui-se, com efeito, uma tecnologia de cuidado capaz de proporcionar efeitos em todos os sujeitos envolvidos na atenção, sejam trabalhadores de saúde, usuários, família, dentre outros.

Considerando a temática, foi veiculado o vídeo - “Um outro olhar” - do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b), trazendo experiências de integração entre atividades do CAPS e da atenção básica na região Sudeste.

A região Sudeste tem sido referência na implementação de equipes de apoio matricial no âmbito da saúde mental, influenciando outras regiões para a alocação dos recursos locais disponíveis para investimento sobre as demandas de saúde mental na comunidade (LANCETTI, 2002a; 2002b; BARBAN; OLIVEIRA, 2007; SILVEIRA; VIEIRA, 2009; CAMPOS; NASCIMENTO, 2007). Dessa forma, por meio

de equipes matriciais em saúde mental ou do CAPS, é ofertado suporte às equipes da Atenção Básica, por meio de trabalho de interconsulta, capacitação, discussão de casos, apoio no desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, entre outras ações.

Com a visualização dos aspectos presentes no vídeo, foi estimulado o relato das impressões obtidas dessa realidade, e de que modo os participantes visualizavam a integração entre saúde mental no espaço da Estratégia Saúde da Família. Assim, são identificadas as problemáticas locais que se relacionam ao campo da saúde mental, os impasses para intervenção nesta área e as possibilidades de intervenção.

O território da comunidade constitui campo rico de relações, agrupando os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos de indivíduos que influenciam no processo saúde-doença dos indivíduos. A Estratégia Saúde da Família ocupa lugar de privilégio na rede de atenção, ao aproximar-se destas relações e, desse modo, poder atuar de modo particularizado e sensível à demanda. Em saúde mental, deve-se integrar os componentes relacionados ao processo saúde-doença, estabelecendo os possíveis focos de atuação (AMARANTE, 2008b).

Nas equipes de saúde, as principais problemáticas de saúde mental estão relacionadas ao uso exacerbado de psicotrópicos, ao desconhecimento dos critérios diferenciais que demarcam as diversas formas de acometimento no campo da saúde mental e o escasso incentivo da gestão sobre medidas em saúde mental. Aliados às problemáticas locais, existem impasses que dificultam a intervenção mais efetiva para acolher os casos em saúde mental, quais sejam, a demanda exacerbada do serviço e a falha na referência e contrarreferência na rede em saúde mental.

Na atual conjuntura da assistência mental, a ESF insurge como proposta de cuidado sensível ao cuidado integral em saúde, norteador do relacionamento entre equipe e comunidade no estabelecimento de compromissos de responsabilização ante as demandas de saúde. Assim, os profissionais são convidados a pensar estratégias de intervenção que reúnam os diferentes sujeitos para o reconhecimento das demandas e integração entre usuários e redes de saúde e de apoio social (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006; IVBIJARO; FUNK, 2008)

Apesar das expectativas sobre a atuação na Atenção Básica, muitas equipes ainda lidam com dificuldades que não se restringem somente ao campo da saúde mental mas também aos demais serviços de atenção em saúde. Assim, tem-se

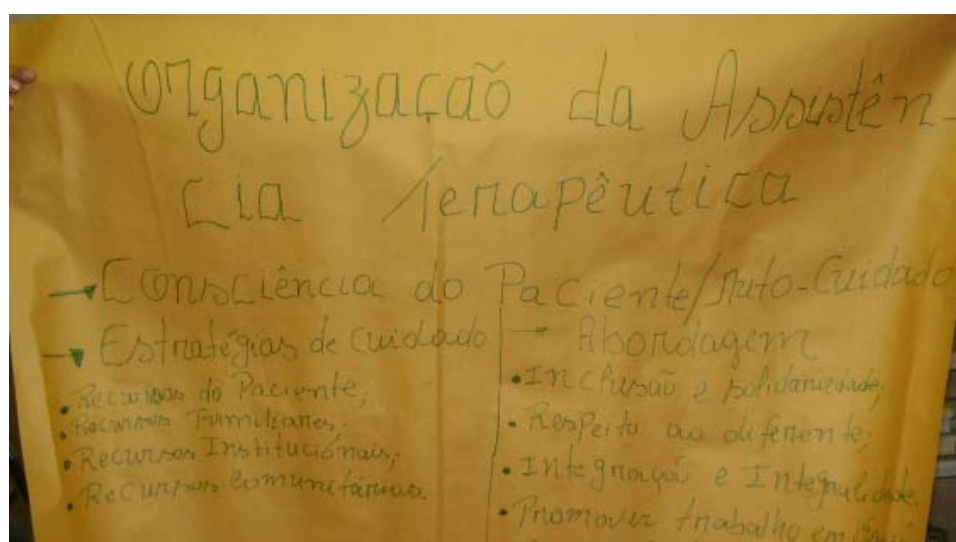
limites quanto ao investimento em recursos, as lacunas nas referências e contrarreferências, gerando quebra de vínculos além da sobrecarga de demanda impossibilitando cuidados mais sensíveis à qualidade (ALVES; SEIDL; SCHECHMAN *et al*, 2008).

Apesar das dificuldades evidenciadas, os participantes vislumbram possibilidades de atuação em suporte naquilo que foi problematizado no decorrer das oficinas. São destacados o reconhecimento do papel da equipe como agente de assistência na atenção básica, a viabilização de atividade de reconhecimento situacional por meio de cadastro dos casos segundo critérios fechados de definição dos casos em saúde mental e, a partir disso, o planejamento de ações no campo da saúde mental, contando com a integração das equipes N° 23 e N° 53.

Em seguida, as atividades foram direcionadas para a reflexão de texto de Oliveira, Vieira e Andrade (2006) em grupos, enfocando aspectos da integração. Ao final, houve a organização de esquemas, sintetizando a compreensão e

**Figura 12: Esquema sobre a organização da assistência terapêutica na oficina de saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009.**

fundamentando pontos para discussão ilustrados pelas Figuras 12, 13, 14 e 15.



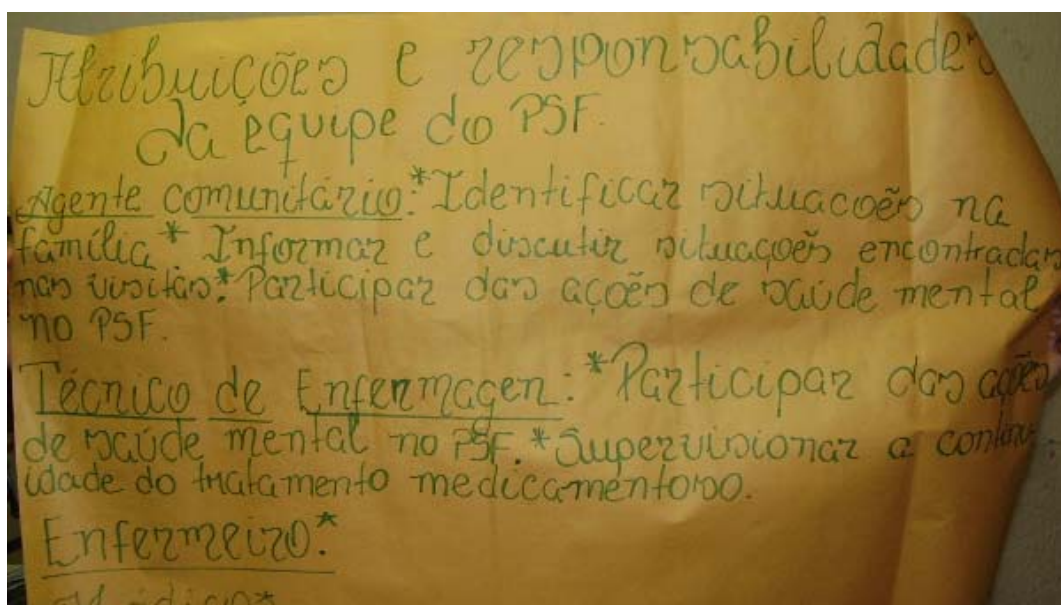
**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**

Na Figura 12, foram valorizadas pelo subgrupo 1 as diretrizes que viabilizam a organização da assistência terapêutica. A linguagem descrita pelos participantes

busca a inserção do paciente como agente do autocuidado, trazendo a aproximação das relações familiares como mediadoras para o adequado enfrentamento e suporte nos casos de adoecimento mental. Assim, é conferida importância à veiculação de informações a usuários, pacientes e comunidade, a incorporação de outros agentes na assistência, como as igrejas, associações e organizações não governamentais, de maneira a incluir este sujeito no meio comunitário de vida. O acolhimento destes casos inclui aspectos da escuta, inclusão e solidariedade, delimitando espaço de respeito à pessoa em sofrimento mental, trabalhando segundo uma clínica ampliada

**Figura 13: Esquema das atribuições da equipe da ESF em saúde mental na oficina em saúde mental. Juazeiro do Norte, CE.**

que contemple as várias instâncias imbricadas no processo saúde-doença mental (PEREIRA; ANDRADE, 2002; AMARANTE, 2008d).



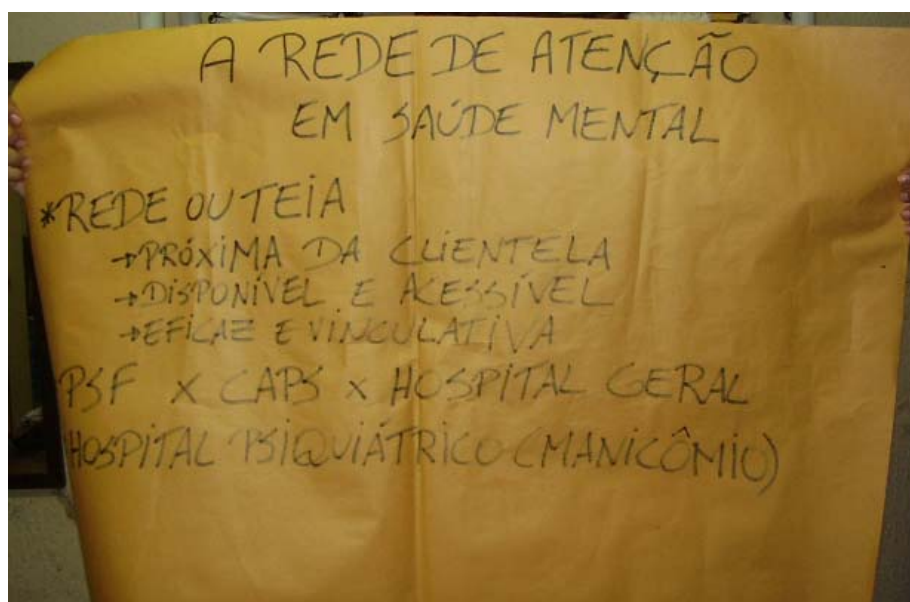
Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

a Figura 13, o subgrupo 2 expõe as responsabilidades assumidas pelos diferentes agentes de cuidado da atenção no campo da saúde mental, quais sejam, ACS's, técnicos e auxiliares de Enfermagem, enfermeiros e médico, integrando ações de cunho individual e coletivo que repercutam sobre a promoção da saúde mental na população.

Pode-se observar que ficaram as atribuições escritas com maior facilidade e como sequenciada de profissionais que o ACS e técnica de Enfermagem tem determinadas suas atribuições de identificar, informar e participar das ações de saúde mental, pois estes estão ligados a assistir a comunidade no acompanhamento direto aos que sofrem e o que o enfermeiro e o médico podem ser, responsabilizando-se e atuando, não foi descrito, podendo evidenciar que é ainda difícil nomear as ações pelas quais estes profissionais podem se responsabilizar, no que respeita às ações de saúde mental.

A identificação das atribuições e responsabilidades da equipe da ESF no âmbito da saúde mental vislumbra a corresponsabilização dos trabalhadores em saúde com as demandas identificadas para atuar para a promoção, prevenção, cura e reabilitação, havendo ações que são passíveis de realização pela integração dos diferentes saberes para o bem-estar comum (LANCETTI, 2002a).

**Figura 14: Esquema das características da rede de atenção em saúde mental em oficina de saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa em campo, 2009.**

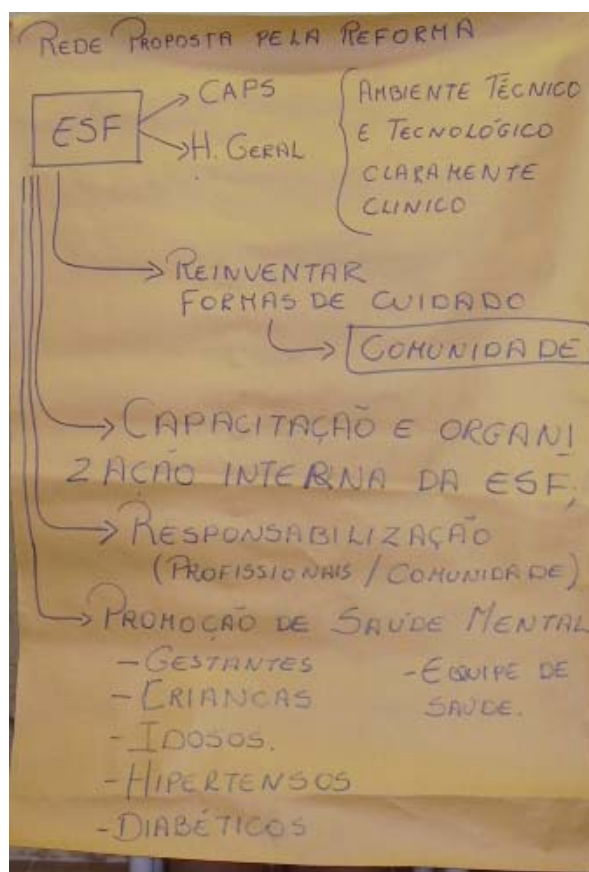
A Figura 14 expõe as compreensões do subgrupo 3 quanto à definição de rede em saúde aproximando ao que as equipes têm na prática dos serviços. Em saúde mental, os CAPS assumem o papel de agenciador das redes, incorporando ao cuidado os demais serviços de atenção de saúde em seus diferentes níveis de cuidado, os dispositivos locais da comunidade e demais serviços substitutivos em



saúde mental, segundo se façam necessárias as referências. Nessa rede, a ESF é a porta de entrada, o CAPS representante dos serviços especializados e o hospital geral o local de manejo sob a óptica de desinstitucionalização, com cuidado quanto ao vínculo (BRASIL, 2004b; DIMENSTEIN, 2004).

A noção de rede de atenção em saúde mental introduz características de aproximação da comunidade com acessibilidade, a existência de encaminhamentos segundo clientela preconizada pelos serviços e a retroalimentação do sistema de saúde, permitindo que ao usuário seja oferecido cuidado contínuo e de qualidade.

**Figura 15: Esquema da rede em saúde mental proposta em oficina de saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**

Na Figura 15, tem-se a descrição pormenorizada pelo subgrupo 4 da rede em saúde mental e dos papéis estabelecidos por parte de cada membro da assistência. Considerando a ESF como local privilegiado de atuação, deve-se ter o direcionamento de formas de cuidado na comunidade para oferecer tratamento adequado e lidar adequadamente com os problemas em saúde mental. Para isso,



tem-se a necessidade de capacitação e organização interna da equipe para ações que produzam impactos sobre a realidade local (CRUZ; FERREIRA, 2007).

A responsabilização é um importante aspecto a ser incentivado na população para que dê respostas diante das demandas, sem que fique em estado de dependência e sujeição aos serviços de saúde e instituições de cuidado. Outra possibilidade é a incorporação de medidas de promoção da saúde mental dentre as ações voltadas a todos os públicos em suas especificidades: crianças, adolescentes, jovens, adultos, idoso, conforme as várias relações de cuidado que estabelecem.

Apesar da proposta de atuação, a realidade encontra-se em descompasso com os avanços direcionados. Não existe uma rede de atenção em saúde mental e as demandas são enfocadas ainda contemplando o aspecto do adoecimento em saúde mental. No entanto, posturas de acolhimento e incremento dos vínculos mostram-se como práticas emergentes que podem gerar maiores intervenções para a promoção da saúde mental de modo ampliado.

#### 4.2.6 6ª Oficina – Costura de círculos de cultura

Na 6ª oficina, aqui denominada “Costura de círculos de cultura”, foram realizadas reflexões sobre as temáticas discutidas no decorrer das cinco oficinas em que cada grupo tinha a possibilidade de colocar as impressões que cada encontro proporcionou. Assim, houve a separação de cinco subgrupos e cada um representaria por meio da modelagem os conteúdos abordados, relacionando-os ao contexto local de práticas, solicitando-se ainda a nomeação de cada oficina.

**Figura 16: Modelagem representando a 1ª oficina “Gênesis”. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**

A modelagem da 1ª oficina, exibida pela Figura 16, representou o momento inicial de integração dos conteúdos advindos das visitas e entrevistas no local de pesquisa. Foi destacada a possibilidade de as pessoas se colocarem diante das palavras, contextualizando no cenário das práticas conforme havia o vislumbrar de tais aspectos, sendo reconhecida como espaço inicial de reflexão e diagnóstico perante a problemática da saúde mental.

*Foi mais um momento de reflexão diagnóstica. Infelizmente todos nós temos que conviver com saúde mental dentro de nossa comunidade. Tudo que a gente vai fazer tem que conviver com problema (Participante 22).*

No discurso do participante 22, ele descreve a primeira oficina como momento de reflexão inicial do contexto da saúde mental. A oficina “Gênese” estabeleceu-se como o vínculo inicial entre os participantes, a animadora do círculo de cultura e a temática, gerando questionamentos acerca de como se processavam as relações na equipe voltadas à integralidade das práticas. Deste encontro em diante, surgiu o delineamento para os próximos momentos pela aproximação e referências dadas pelos discursos das pessoas.

O método de círculo de cultura constitui-se como prática baseada na cultura local a fim de problematizar aspectos da realidade. Com isso, coloca-se como método de pesquisa aberto a possibilidade, já que os direcionamentos vão se dando à medida que são identificadas as demandas locais passíveis de problematizar e refletir (FREIRE, 1980).

**Figura 17: Modelagem representando a 2ª oficina “Em busca de uma nova saúde mental”. Juazeiro do Norte, 2009.**



Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

Na

Figura 17, a modelagem da 2ª oficina buscou problematizar acerca da loucura, evidenciando os percursos trilhados na história para os quais existiram distintos modos de intervenção. As práticas iniciais são marcadas pelo isolamento do convívio social, seguida por tendências que passam a compreender os múltiplos fatores relacionados ao adoecimento mental e que merecem, portanto, o acolhimento apropriado de cada situação.

Conforme é observado nos discursos dos participantes 10 e 20, o caminho trilhado era desconhecido, sendo apontado como fator positivo que lhes permitiram a contextualização do que hoje temos em saúde mental

*Achei bem interessante a gente estudar os aspectos, os tópicos realmente o que é a doença mental. A gente viu o Pinel e vários outros. Achei interessante a abordagem pra gente entender como foi que começou, como foi que desenrolou até hoje (Participante 10).*

*Com o tempo ir aprimorando os conhecimentos pra colocar uma outra visão de como tratar as pessoas com problemas de saúde mental, que seria inserindo ele na comunidade [...] deve ser tratado, ser acolhido junto da comunidade, junto com seus familiares, para apesar do problema dele, a gente tentar trabalhar de maneira de estar aproveitando o máximo daquele paciente. Muitas vezes ele não vai ser aquele paciente dito 'normal' mas terá uma forma de estar junto da comunidade, indo assim em busca de uma nova saúde mental (Participante 20).*

A saúde mental assumiu uma trajetória repleta de movimentos de amplas repercussões, entre elas políticas, sociais, sanitárias, assistenciais, conceituais, culturais e que irão influenciar nos modos com que o sofrimento mental será assistido no ambiente de vida dos indivíduos. Para que haja um fazer coerente com os conceitos da reforma, é primordial que haja uma contextualização dos aspectos que permearam historicamente a assistência em doença mental (RESENDE, 2001).

A oficina “Em busca de uma nova saúde mental” traz o desafio que precisa ser superado para implementação de modos diversos dos visualizados anteriormente. Mesmo havendo a problematização do contexto relacionado ao que temos hoje de concepção ligada à loucura, isto é apontado ainda como insuficiente para que se possa transformar as ações em saúde mental. O discurso do

participante 22 reporta-se à necessidade de incremento no aspecto técnico e clínico que envolve a assistência a demanda de sofrimento mental.

*Nós tivemos aqui toda a história da saúde mental, em que situação nós estamos hoje [...] e fica um pouco pra gente agora a responsabilidade e até um pouco de ansiedade da coisa mais técnica que importe mesmo a doença mental. Porque assim é exatamente isso no histórico da saúde mental traz, é que no final das contas as pessoas não estão realmente preparadas para lidar com este problema. Que ele não pode ser visto apenas como uma questão de humanização, uma visão integral. Tem uma parte técnica, clínica que é muito importante e que no todo, por outros profissionais que eu tenho conversado, e a gente não tá tendo esse suporte. Não nos dão este suporte. De repente, nos deparamos com a responsabilidade que já estar imposta pelo Ministério da Saúde, que nós temos que fazer, esta pra a gente dá conta da demanda sem estarmos preparados pra isso (Participante 22).*

O desafio das práticas em saúde mental é a formação de referenciais condizentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica e que incluam a escuta, o vínculo, a interdisciplinaridade, o acolhimento, a autonomia, a cidadania, aspectos que estiveram desvinculados da assistência durante muito tempo e que para sua inserção carecem de crítica e diálogo para se obter avanços neste campo de ações que ensejem reais impactos (ROTELLI, 2008). É necessária a integração entre tais conceitos com base em uma clínica ampliada capaz de compreender as inúmeras esferas relacionadas ao campo da saúde mental.

**Figura 18: Modelagem representando a 3ª oficina “CAPS: fortalecendo potencialidades”. Juazeiro do Norte, CE.**



Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

A Figura 18 evidencia a modelagem da oficina “CAPS: fortalecendo potencialidades”, que destaca aspectos do processo de reabilitação psicossocial na produção de mosaicos e outros produtos em oficinas desenvolvidas no CAPS, recobrando o poder contratual dos indivíduos. Nas práticas, há o incentivo ao fortalecimento da autonomia e da capacidade de inserir-se na rede social de trocas mediante o investimento em uma economia solidária, na qual a priorização está na inclusão deste sujeito na rede de produção e não apenas no aspecto da lucratividade (PITTA, 2001).

*Uma das bases do CAPS a gente trabalha com reintegração, a socialização. É o papel de fortalecer as potencialidades [...] É acreditando que aquela pessoa, não tem que ser excluída, ela é uma pessoa que tem que ser reintegrada porque tem muitas potencialidades, ele pode ser incluído (Participante 7).*

A participante 7 consegue trazer um discurso voltado para a reintegração, mas sem uma visão de reinserção na comunidade, ficando a pretensão restrita ao discurso em detrimento da prática. Parte disso retoma as influências ainda prevalentes do paradigma manicomial que reserva lugar específico de tratamento para a pessoa em sofrimento mental, excluindo o componente comunitário da rede de atenção.

Além da intervenção voltada à socialização e integração, os novos serviços da rede de saúde mental, em particular o CAPS, lançam a proposta de cuidado sob a perspectiva interdisciplinar. A abordagem trabalha para a descentralização da assistência sobre o profissional médico, ampliando horizontes de atuação segundo outros enfoques profissionais que tragam melhores formas de acolher o sofrimento mental.

*Acho interessante assim e tava até aqui questionando a abordagem do profissional, porque muitas vezes a expectativa fica toda em cima do médico e da enfermeira principalmente, e quando você tem a oportunidade da terapeuta ocupacional, é um trabalho interessante. Pude ver várias vezes o trabalho deles, realmente você consegue tirar aquele paciente e fazer com que ele produza alguma coisa. Aquele trabalho de mosaico, quem faz é o terapeuta ocupacional. Não é só o médico, o enfermeiro, mas todos os profissionais para abordar melhor os pacientes (Participante 20).*

O participante 20 consegue perceber que o trabalho em equipe não pode ser focado em dois profissionais, mas ampliado para outras categorias. Apesar do discurso, não percebe a possibilidade de diferenciação na abordagem com a demanda que assiste.

O investimento em práticas interdisciplinares contribui para que sejam respeitados os princípios de integralidade propostos pela Promoção da Saúde. Com isso, tem-se a compreensão de modo ampliado sobre as questões de vida da clientela e que podem se relacionar a melhores manejos em relação à situação de sofrimento mental ou não (AMARANTE, 2008c).

Apesar dos inúmeros avanços e abertura de espaços para o acolhimento e reconhecimento dos ganhos advindos com o movimento da Reforma Psiquiátrica, parte dos participantes não tinha o conhecimento do funcionamento e proposta do CAPS, sendo apenas apontado como um serviço de atenção à doença mental sem que houvesse tal aproximação.

*Saber como é feito o trabalho, a gente já pode. O que ele vai fazer lá no CAPS? E seria bom a gente já poder ter pelo menos uma noção do que é feito lá (Participante 3).*

O participante 3 confirma que não conhece o que é feito no CAPS, expondo a pouca aproximação entre os serviços de atenção. Faz-se necessário que os serviços da rede de saúde mental ocupem o território, lugar oportuno para o conhecimento de como se dão as relações entre as pessoas, a família e os demais componentes da rede social. Com isso, haverá o acolhimento adequado daquilo que é prioritário para cada indivíduo, respeitando suas especificidades (AMARANTE, 2008d; CASÉ, 2002).

**Figura 19: Modelagem representando a 4ª oficina “Saúde x doenças: amigas ou inimigas?”. Juazeiro do Norte, 2009.**



Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

A modelagem da 4ª oficina “Saúde x doença: amigas ou inimigas?”, visualizada na Figura 19, tenta problematizar a relação entre os termos, que durante muito tempo assumiram um caráter dicotômico e que atualmente são vistos como algo em contínua elaboração, recebendo influências dos inúmeros determinantes sociais. Desse modo, mais do que um cuidado interdisciplinar, faz-se necessária a articulação entre os diferentes setores da sociedade, incluindo a educação, a assistência social, a economia, dentre outros, para que as ações de cuidado possam ter sustentabilidade e caminhem para o alcance da Promoção da Saúde em seu contexto ampliado, não apenas com ênfase em um aspecto do ser humano mas que o contemple em sua complexidade (LYRA, 2007).

As atuais políticas em saúde mental preconizam a integração da saúde mental nas práticas da Atenção Básica, compreendendo que a saúde física não ocorre dissociada dos aspectos psicológicos, espirituais e culturais, merecendo suporte adequado, incorporando ainda a comunidade como importante agenciador das relações e envolvimento (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004b).

**Figura 20: Modelagem representando a 5ª oficina “Integração família + PSF”. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**

Assim a modelagem da 5ª oficina “Integração família + PSF” propõe o espaço da família como este agenciador de possibilidades de atuação da Estratégia Saúde



da Família. Orienta-se no sentido de haver a melhoria do paciente faz-se necessária a inclusão social, assumindo a família importante responsabilidade neste processo.

Os participantes relatam a necessidade de superação de condutas descontextualizadas que concebem a terapia medicamentosa como a única opção para a problemática e o profissional médico aquele que estará diretamente relacionado ao manejo, em particular o especialista.

*A população vê o médico como a solução do problema, sendo que não é para ser relacionada desta forma. É pra ser feito todo um diagnóstico familiar e do meio que o paciente convive todos os dias, da vizinhança e a partir daquele momento utilizar todas as potencialidades pra utilizar (Participante 14).*

O participante 14 já descreve a própria cultura local impregnada da ação do médico. Segundo o enfoque de uma clínica ampliada, são acolhidas as demandas do sujeito e percebidas outras possibilidades de atuar para alcance de melhores impactos sobre a qualidade de vida destes indivíduos, com ênfase sobre os vínculos estabelecidos entre sujeitos e comunidade (BASAGLIA, 2003).

A ênfase sobre as potencialidades considera como agentes de intervenção não apenas os profissionais de saúde em suas diversas categorias, mas também os usuários, os familiares, as redes sociais de apoio, como as organizações não governamentais, as instituições religiosas, associações e escolas, compondo relações de apoio mútuo (SARACENO, 2001).

Ainda que ESF seja apontada como local estratégico para o desenvolvimento das ações sensíveis a integralidade do cuidado com enfoque na promoção da saúde e prevenção de agravos, a fala do participante 21 identifica a prevalência ainda presente de práticas descontextualizadas do preconizado, dirigindo seus cuidados para assistência ambulatorial sem que haja a mobilização da comunidade para outros aspectos se não o do adoecimento.

*A atenção agora a gente vê na saúde pública não existe esse hábito. Muita equipe de PSF que nunca faz educação em saúde, nunca faz reunião da equipe, eu conheço. E parte da própria pessoa, não tem base quando vai fazer (atividade de promoção da saúde e prevenção) (Participante 21).*

O fortalecimento da Atenção Básica, como norteador da demanda em saúde, reforça investimentos no âmbito da promoção e prevenção de agravos por meio da introdução de tecnologias de cuidado sensível às demandas voltadas à escuta e ao vínculo, priorizando a saúde como enfoque dos cuidados num sentido ampliado com



apoio das relações comunitárias (BRASIL, 2003; LANCETTI, 2002a; OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

Apesar dos descompassos dados pela prática, ainda fortemente marcada pela formação biologicista com enfoque sobre a doença, há investimentos em novos dispositivos de suporte para a ESF que lhe possibilitem atuar com maior segurança no sentido da integralidade. Neste sentido, os NASF's e as equipes de apoio matricial são inclusos no rol de estratégias para apoio da atenção primária em saúde.

*O Ministério coloca o CAPS como muito relacionado, muito ligado à equipe de PSF pelo apoio matricial. Eles chamam na verdade, parece que nós trabalhamos mais em apoio ao CAPS do que o CAPS a nós. Assim o próximo caminho da equipe somos nós reconhecermos o paciente, o que tem doença mental fica mais suave, mais fácil da gente identificar. Tentar distribuir como a gente pode trabalhar este paciente. Cuidado semelhante ao que a gente viu da oficina. Isso ainda é muito longe pra que a gente possa tá garantindo, ter o conhecimento da existência deste paciente, tentar administrar, gerenciar a assistência a este paciente pra o que está havendo com ele, dar resposta a ele. Eu acho que ainda é viável pra gente (Participante 16).*

O participante 16 faz referência ao conteúdo da proposta das atuais políticas em saúde mental que indicam a vinculação de equipes de apoio matricial em saúde mental a fim de concentrar ações de suporte a ESF. Na realidade, no entanto, as maiores dificuldades estão nas articulações entre os diferentes serviços em saúde e o compartilhamento de responsabilidades.

Com isso, apesar da existência deles, o trabalho perpetua o antigo modelo de atenção em saúde marcado pela fragmentação do cuidado segundo especialidades (ROTELLI, 2008). O desafio está em promover relações de cooperação mútua onde cada serviço assuma seu papel para a garantia da continuidade da assistência.

Ao final, as oficinas foram identificadas como o primeiro passo para a reflexão atuação em saúde mental, de modo a tornar ações no sentido da saúde mental passíveis de aplicabilidade no contexto local.

*Foi uma forma específica de trabalhar lá dentro da família. Foi um grande primeiro passo todo esse momento de oficina, porque traz a reflexão e a gente vai tentar mudar e vai dar ao doente mental a prioridade (Participante 22).*

O participante 22 descreve um pouco sobre os efeitos que as oficinas puderam trazer de acréscimo nas duas idéias e o próprio desejo de mudanças na prática. A aplicabilidade de tecnologias em saúde que acolham as demandas locais e construam redes de sensibilização faz-se uma possibilidade de intervenção para o

envolvimento dos sujeitos e problematização das situações dadas na prática. O círculo de cultura aparece como este espaço de trocas, escuta e problematização, para que se identifiquem possibilidades práticas sob um enfoque da curiosidade crítica, capaz de incentivar ações individuais e coletivas para atender as pessoas em suas necessidades emergentes.

Como se tratava do último momento de elaboração em grupo por meio da oficina, o encerramento se deu com uma roda embalada por música “Como uma onda no mar”, de autoria de Lulu Santos. O encerramento se deu com o agradecimento pelos encontros desenvolvidos como espaços de trocas e a realização de confraternização (Figura 17), trabalhando a integração e vínculo da equipe.

**Figura 21: Confraternização no último encontro das oficinas em saúde mental. Juazeiro do Norte, 2009.**



**Fonte: Pesquisa de campo, 2009.**

#### 4.3 Marcas deixadas pelos círculos de cultura em saúde mental

Os círculos de cultura são espaços estratégicos para o diálogo, problematização e reflexão por meio de trocas entre os diferentes sujeitos que

compõem a roda. Cada sujeito vem permeado de convicções, conhecimentos formais e informais que, unidos, direcionam como as pessoas orientam suas ações diante de uma dada realidade. Assim, mediados por atividades interativas e tematizadoras, os participantes são convidados a situarem-se perante as circunstâncias como sujeitos autônomos e capazes de produzir pensamentos, vontades e ações que respondam as problemáticas (FREIRE, 1980; 2008a).

Assim, foram conduzidas as atividades nas oficinas, havendo a sistematização do acolhimento, do desenvolvimento das atividades, bem como o fechamento dos encontros, quando foram articuladas todas as temáticas em um só momento, identificando as possibilidades para a temática diante do que a realidade oferece e dos limites de atuação.

Como qualquer intervenção, a avaliação mostra-se como importante momento de reflexão para a qual se evidenciam os benefícios, as lacunas, as perspectivas das ações para o futuro, dentre outros aspectos. Na avaliação, os discursos dos participantes puderam ser categorizados quanto à motivação para participar das oficinas, os ganhos advindos com as oficinas e as possibilidades de atuação após as oficinas. Foram agrupados em quadros ainda os pontos positivos e negativos referentes às oficinas segundo os participantes.

Num contexto de abordagem grupal, as motivações são importantes elementos a considerar e que determinam a coesão ao grupo e aos objetivos propostos. Assim, dentre os participantes, foram encontradas diferentes motivações que permitiram a adesão às atividades realizadas por meio das oficinas em saúde mental, dentre as quais a oportunidade de aprender mais sobre a temática, a obrigatoriedade de se vincular a atividades do posto e o acesso a uma oficina com certificação, conforme podemos observar nos discursos dos participantes 3, 6, 8 e 10.

*Além do conhecimento que eu já tinha, eu fui lembrar os conteúdos que eu vi no curso de técnico de enfermagem e também pelo **certificado** (Participante 3).*

*Eu acho que foi devido mais ao **conhecimento**, de querer **conhecer mais sobre a saúde mental** assim, como funciona, e muitas coisas que a gente não sabia e passou a saber através dessas oficinas, deste curso (Participante 6).*

*Motivo mesmo no início **não teve não**. Foi mais porque era obrigação mesmo da gente está aqui. Depois que começou eu achei interessante, porque tinha muitas coisas aqui que eu **fui descobrindo** durante as oficinas (Participante 8).*

*Foi uma oportunidade muito boa para que eu levasse para minha área como **conhecimento**. Que a partir daí eu podia ter mais como lidar com os problemas de saúde mental na minha área. Inclusive assim, quando as pessoas perguntam, quando tem dúvida eu levo mais **informação**, uma bagagem maior de informação em relação à saúde mental (Participante 10).*

Como havia uma diversidade na composição das oficinas, foram evidenciados diferentes interesses para a adesão às atividades. Dentre os que estavam interessados em obter conhecimento, em sua maioria eram aquelas pessoas que já trabalhavam no posto, que tinham contato com a clientela há mais tempo e que identificam na sua prática a necessidade de incorporar novos conhecimentos que lhes instrumentalizem a lidar melhor com a demanda de saúde mental, como expressam os participantes 6 e 10. Em adição à vontade de agregar conhecimentos, alguns identificam esta como uma oportunidade de participar de uma atividade que trouxesse contribuição em conhecimento mas também um retorno formal, como, no caso, a certificação conforme comenta o participante 3.

Naqueles que não evidenciam qualquer interesse, evidente na fala do participante 8, estavam inclusos os acadêmicos em que a oficina representava mais uma atividade do serviço nos quais estes deveriam estar inseridos.

Apesar das atuais propostas de educação continuada em saúde, a realidade expressa lacunas no que concerne ao suporte aos profissionais quanto à capacitação e habilitação para atuar em determinados campos da assistência. Isso constitui um desafio para aqueles que estão no serviço, visto que o preparo se dará com a experiência diária com os casos, sem que haja um direcionamento ao que é possível realizar diante dos recursos e contexto local. Isso enseja menores avanços a propostas de atuação, já que as pessoas se acham inseguros em lidar com as demandas, enfraquecendo os vínculos e promovendo um descompasso entre o preconizado e a situação real (BRASIL, 2006).

O aprendizado experienciado nas oficinas esteve relacionado pelos discursos dos participantes 11, 17 e 22 à abordagem e manejo das pessoas em sofrimento mental, à necessidade de trabalho em equipe e à sensibilização para o cuidado em saúde mental.

*A questão de você ter uma melhor relação com o pessoal que você trabalha, ter uma relação boa, tentar desenvolver que foi chamado neste curso de você desenvolver uma saúde mental dentro do seu trabalho e que a partir daí você vai estabelecer relações melhores, vai tentar construir um ambiente de trabalho melhor pra você (Participante 11).*

*De como a gente pode se relacionar com essas pessoas que tem esse tipo de problema [...] eu temia, mas quando você vai interagindo com o pessoal não é nem isso. Foi ótimo [...] porque eu vi que eles são gente como a gente e como até a gente saber encaminhar eles (Participante 17).*

*Eu apreendo assim, que é necessário que a gente faça oficinas assim não só em saúde mental mas pra todos os outros programas também pra equipe que é uma forma de sensibilizar, é a forma de quebrar estigmas ou a forma de estar dando mais segurança pra fazer a equipe. O que trouxe de positivo foi essa reflexão mesmo, de abrir os olhos de como foi positivo a gente fazer estas discussões e que estas discussões dessas oficinas não podem parar ali, a gente tem que continuar trabalhando com a equipe (Participante 22).*

As relações estabelecidas entre profissionais e usuários do serviço no campo da saúde mental ainda são marcadas pelo estigma e o medo diante do desconhecido. Isto é reflexo da imagem historicamente construída sobre a loucura, direcionando as intervenções para os especialistas e segundo a proposta de separação em espaços limitados para este público. À medida em que foram sendo discutidas as temáticas nos encontros, os participantes passaram a situar-se colocar no ambiente junto com estas pessoas, necessitando de uma nova abordagem capaz de acolher e permitir a afirmação de diálogos diante da pessoa em sofrimento mental (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991; AMARANTE, 2008b).

Outro aspecto destacado pelos participantes foram os ganhos advindos da realização do trabalho em equipe, tanto no sentido de promoção da saúde mental daqueles que estão no serviço por meio do desenvolvimento de um ambiente saudável de práticas como para o compartilhamento de responsabilidades, de modo que todos pudessem interagir, se posicionar diante das situações e tentar envolver também a família e a comunidade para lidar com circunstâncias emergentes.

A realização das oficinas em saúde mental trouxe à pauta das discussões do grupo possibilidades de atuação em saúde mental para perceberem ganhos de qualidade de vida para a população assistida. Assim, os participantes 9, 13, 18 e 22, dentro de suas atividades, encontram espaços para acolher os casos de sofrimento mental e agregam a este conhecimento a necessidade de um cuidado humanístico e integral, que considere a saúde mental como uma das esferas de atuação possível de intervenção.

*Melhorou o manejo no sentido de saber na cidade de Juazeiro do Norte como é que funcionado sistema de saúde mental, os encaminhamentos. Melhorou também porque na faculdade a gente tem uma formação humanística, mas cada vez mais vendo nas oficinas desse tipo nos faz cada dia mais humanísticos (Participante 9).*

*De início conhecer essas pessoas com problemas e a partir daí juntar com a equipe, não só individual, e procurar fazer palestras educativas, fazer oficinas pra essas pessoas e também a família se sentir incluídas e comecem a ter conhecimento de que elas são importantes e não são pessoas excluídas, que muitas delas acham. Aí se tiver oficina e atividades educativas juntamente com toda a equipe, porque a equipe é que faz a coisa acontecer, como foi o nosso grupo aqui, aí é bom que a equipe interaja nisso aí pra que dê andamento ao que a gente viu aqui, e não ficar entre quatro paredes [...] o bom é praticar (Participante 13).*

*(Com os conteúdos das oficinas) O nosso dia-a-dia, o nosso trabalho quando a gente visita isso dá forças a gente para a gente progredir com aquele paciente, pra a gente ter uma certeza de que ele vai ter uma melhora juntamente com a gente direcionando pro médico. O trabalho da gente vai fortificar, fortalecer porque hoje em dia a gente trabalha com a comunidade onde a comunidade sente uma pressão muito grande do dia-a-dia, da convivência no lar, do vício, e a gente vai estender as mãos e poder trabalhar com essas pessoas, porque muitas vezes não é só a medicação que vai tratar... Tem uma terapia, uma ajuda melhor perante a saúde (Participante 18).*

*Na formação... As oficinas nos faz refletir sobre as metodologias que a gente usa, na estratégia de grupo, que a gente quer que reflita. A prática nos meus grupos, como num grupo que a gente quer formar de tabagistas, eu posso utilizar algumas coisas nesse grupo que vão me ajudar com esses tabagistas. E assim, deu aquela chamada... Olha, será que você realmente está trabalhando saúde mental nos seus pacientes? Será que quando o paciente está entrando no consultório, está participando do grupo você está trabalhando a saúde mental desse paciente, você está tendo cuidado com isso? [...] foi essa sensibilização mesmo para a prática (Participante 22).*

Os direcionamentos para a atuação em saúde mental dadas após a problematização nas oficinas em saúde mental promoveram sensibilização quanto às abordagens em saúde mental, enfatizando-a como uma das esferas de atenção para os indivíduos e o “empoderamento” dos profissionais com apoio em reconhecer-se sujeito no lidar junto com o outro. O interesse está em, a partir dos elementos destacados na oficina e dos recursos locais, sejam eles humanos ou estruturais, encaminhar ações práticas que ensejem mudanças nos modos com que a saúde mental é abordada.

Além da atenção aos casos específicos de sofrimento mental por meio da organização de atividades e dos manejos a cada indivíduo, é agora proposta a atenção na saúde mental em toda a clientela acolhida pelo serviço. Com isso, caminha-se para o alcance da integralidade da assistência segundo uma perspectiva humanística.

Ainda indicaram-se os aspectos positivos e negativos que estiveram envolvidos na ocorrência das oficinas. Foram destacados como pontos positivos, a possibilidade de diálogo, as abordagens criativas, a interatividade, a diversidade de

profissionais e possibilidade de trocas, a problematização e a condução do grupo. Tais características se encontram com o proposto pelos trabalhos de círculo de cultura. Este é considerado um local onde diferentes sujeitos, com suas peculiaridades e culturas, com a condução de um animador, estabelecerão relações de interatividade, problematização e troca por meio do diálogo. É a situação de estar no mundo e com o outro que determina o interesse em, diante das situações, se colocar e estar aberto à opinião do outro numa dinâmica de desconstrução e reconstrução pela reflexão.

Quanto aos aspectos estruturais, o acesso ao local e horário das oficinas foi citado como ponto positivo, enquanto o aspecto ambiental característico da região e período (quente) e a coexistência de atividades no serviço que pudessem interromper a participação de algumas pessoas foram apontados como negativos. Para que haja a garantia da frequência dos encontros, deve-se considerar a dinâmica local, favorecendo as condições mínimas para que as pessoas tenham a acessibilidade e permanência no local das atividades propostas.

A proposta de círculos de cultura, por ser dinâmica, permite que haja a flexibilidade quanto às abordagens, podendo ainda assim, o animador incluir ou excluir temas a serem problematizados conforme perceba a necessidade do grupo. Assim, foram listados como pontos negativos na dinâmica das oficinas a simplificação dos temas, os trabalhos com textos, a falta de aspectos técnicos e ligados à patologia e a repetição de alguns assuntos. Apesar disso, alguns dos participantes reconhecem que o enfoque das oficinas estava na saúde mental e que tais abordagens focadas na técnica poderiam ser fornecidas em outro espaço.

A utilização de métodos dialógicos abre perspectivas interessantes no processo de Educação em Saúde, visto que é capaz de acolher a diversidade de aspectos que envolvem o campo da saúde. Nos moldes com que vêm se constituem tradicionalmente, os conhecimentos priorizam os conteúdos e colocam de lado as trocas de saberes, sejam eles científicos, culturais, sociais e que possuem grande importância na compreensão de temáticas.

A desigualdade de formação entre os participantes foi reconhecida como um aspecto positivo e negativo: negativo, quando limitava a discussão aprofundada de outros temas, o que gerava a noção de superficialidade nas discussões e repetição dos assuntos, enquanto a possibilidade de trocas de experiências a partir da vivência e referência de diferentes categorias profissionais foi evidenciada como

positiva. Tal noção situa o desafio que representa o trabalho em equipes multiprofissionais em fazer dialogar os diferentes saberes para o direcionamento de práticas que tenham como objetivo comum o incremento na qualidade da assistência.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em saúde impõe uma série de desafios para os quais os profissionais não estão preparados. A proposta da atenção integral à saúde expressa aos profissionais situações de conflitos, já que devem acolher demandas para as quais não foram sensibilizados ou preparados, alimentando a dicotomia entre o assistir integral proposto e a falta de condições para a efetivação de tal projeto.

A saúde mental é uma dessas áreas, que, sob uma perspectiva geral, incorpora resistências aos trabalhadores em saúde que vão desde o estigma existente pela sociedade para a situação de adoecimento mental, como também a complexidade de lidar com o subjetivo. Parte disso decorre da formação profissional, centrada sobre especialidades, que exprimem sinais e sintomas de modo objetivo para a determinação das ações que se voltem à resolubilidade dos casos.

Ao lidar com aspectos da saúde mental, faz-se necessária a valorização de outros componentes, que incluem a escuta, o vínculo e o acolhimento, a fim de atender as necessidades da clientela e permitir espaços para expressão de sentimentos, situações e expectativas. Para isso, é importante a incorporação, nas práticas de saúde, de novas tecnologias de cuidado capazes de acolher a complexidade das relações entre indivíduos, não se limitando ao aspecto diagnóstico e físico, mas propondo novas formas de lidar que permitam a compreensão do contexto de vida dos indivíduos dentro das redes de atenção formais e informais.

A Estratégia Saúde da Família constitui espaço oportuno para as práticas em saúde mental, já que oferece cuidado com ênfase na família, sob a perspectiva da integralidade, universalidade e equidade do atendimento. Assim, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde, o serviço se coloca mais próximo à comunidade e dos determinantes imbricados na saúde, reavendo as bases territoriais de trabalho e a interdisciplinaridade das práticas, o que permite maior acolhimento da demanda.

Para isso, faz-se necessário o uso de tecnologias leves na ESF visto que o serviço é o local mais próximo da comunidade e da família, estabelecendo novas

relações com o contexto de vida das pessoas. Mais do que a doença, se busca a compreensão dos determinantes que interferem nas condições de existência dos indivíduos e que lhe permitirão ter qualidade de vida ou não. Assim, a ESF não restringirá suas ações apenas ao campo da assistência voltada ao tratamento e reabilitação de agravos, mas também e prioritariamente deve inserir nas práticas ações para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Para isso, os profissionais devem estar sensibilizados a evidenciar o processo saúde-doença em sua complexidade, vislumbrando modos de inserir a comunidade no controle e manejo das situações e incentivando novos modos de fazer em saúde.

Os círculos de cultura inscrevem-se nessa realidade como dispositivos que, baseados na realidade cultural, promoverá reflexões diante do que surge como possibilidades de intervenção desde que se dispõe na realidade local. Os sujeitos são convidados a atuar como agentes ante situações por meio da problematização dos aspectos que encaminhem a um agir segundo perspectivas contextualizadas e articuladas à rede comunitária. Assim o estudo pôde possibilitar espaços de círculo de cultura quanto à abordagem da saúde mental sob a perspectiva de equipes da ESF identificando os vários elementos que interferem sobre a conquista do empoderamento destes sujeitos.

Na Unidade Básica de Saúde em estudo, houve a identificação que as ações voltadas à saúde mental mostram-se relacionadas à prescrição e transcrição de medicamentos psicotrópicos, ao encaminhamento de casos ao ambulatório em saúde mental e ao CAPS e visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde, sem que houvesse a especificidade na abordagem em saúde mental, ou quando acontece, vincula-se à situação de adoecimento mental. No serviço, o NASF assume um papel tímido, com consultas individuais e poucas atividades em grupo, voltadas a casos encaminhados pelo médico e outras demandas identificadas no serviço.

Nesse sentido, as oficinas foram conduzidas da perspectiva da Promoção da Saúde, tendo em vista as possibilidades de atuação neste campo na Atenção Básica e as redes passíveis de acesso de que os profissionais podem se utilizar para potencializar suas intervenções.

Nas oficinas, foram levadas atividades que exploravam o aspecto do trabalho em equipe e da promoção da saúde mental do grupo envolvido, abrindo perspectivas para trocas entre as diferentes pessoas, fortalecendo os vínculos, as

relações de escuta, de respeito e de reciprocidade que se estabelecem no grupo mas que extrapolarão para a atenção à clientela do serviço.

Os círculos de cultura foram conduzidos de acordo com que foram evidenciadas as necessidades de problematização dos participantes, iniciando as atividades com a integração das palavras geradoras advindas do cotidiano das práticas ao contexto local, direcionando para a compreensão da loucura, as novas abordagens em saúde mental, a dualidade saúde-doença mental e a integração entre a ESF e a saúde mental.

Nos encontros, percebemos a persistência do estigma e o receio em acolher as demandas de saúde mental, seja por lacunas na formação profissional, pela pouca aproximação com a temática, pelo medo e ansiedade em lidar com situações de crise, dentre outros. Em adição, muitos dos participantes não conheciam os atuais aspectos que permeavam a política nacional de saúde mental, incluindo nesta a rede de serviços substitutivos em saúde mental evidenciada na realidade local pelos CAPS Geral e Álcool e Drogas.

O desconhecimento dos aspectos políticos que permeiam as conquistas nos campos da saúde faz com que haja a descontextualização das questões a serem acolhidas, além do enfraquecimento nos elos entre a rede de serviços de cuidado, fragmentando a assistência oferecida. Com isso, há a ruptura com as perspectivas de continuidade e integralidade do cuidado, segundo referenciais de Promoção da Saúde.

À medida em que foram se estabelecendo os encontros e problematizadas as questões, os indivíduos passaram a reconhecer os principais problemas existentes na área e vislumbraram formas nas quais, com base nos recursos locais do serviço, pudessem responder às demandas.

Apesar da vontade de acolher as principais demandas em saúde mental e modificar as relações estabelecidas com o adoecimento mental, existem ainda limites de atuação dados pela necessidade de aprimoramento técnico da equipe para lidar adequadamente com demanda preconizada para a Atenção Básica em saúde mental. Para isso, deve-se ter o estreitamento dos vínculos entre CAPS, NASF e/ou equipes de apoio matricial, capazes de fornecer suporte na condução de casos, estruturando melhores relações por meio da inclusão do cuidado numa perspectiva comunitária e que tenham maior impacto sobre a qualidade de vida da população.

A condução dos círculos de cultura mostrou-se como importante estratégia potencializadora de ações desde a cultura local, com ênfase no reconhecimento do papel de cada indivíduo dentro da situação. Assim, foram alcançados os objetivos propostos de, por meio das oficinas em saúde mental reconhecer os elementos que permeavam a prática em saúde mental no serviço e, nessa perspectiva, viabilizar o “empoderamento” da equipe para que se sinta corresponsável pela situação encontrada.

Por ser um método participativo, nos trouxe inúmeros desafios haja vista os limites de recursos humanos, a pouca experiência em condução de grupos, dentre outros aspectos. Com isso, abriu outras inúmeras possibilidades de aprendizagem e reflexão diante das questões locais apresentadas, colocando-se como espaço de trocas criativas, dinâmicas, sensíveis à escuta e ao vínculo, o que permitiu maior amadurecimento à medida em que os encontros foram se processando.

Apesar da avaliação grupal e as individuais evidenciarem ganhos no que se refere à aquisição de conhecimentos, à reflexão quanto às práticas e posicionamentos diante da realidade dos participantes, fazem-se necessárias avaliações futuras, a fim de percebermos o impacto produzido pelo uso desta tecnologia de cuidado, visualizando a sustentabilidade do processo.

Outro aspecto a ser referido diz respeito à necessidade de expandir tais atividades às outras unidades da ESF, para que o trabalho não se processe de modo isolado e descontextualizado do que é desenvolvido no Município. Assim, deve-se investir na busca de vinculações entre os diferentes serviços de atenção em saúde mental, compondo, assim, uma rede de cuidados capaz de acolher as demandas e direcionar melhor inclusão e qualidade de vida.

Desse modo, se contribuirá para o incremento das habilidades da equipe da ESF para assistência em saúde mental, com ênfase na comunidade e nas suas relações de cuidado, considerando os recursos locais disponíveis, permitindo o desenvolvimento de ambientes saudáveis em saúde por meio da reestruturação do serviço, segundo as atuais políticas de atenção em saúde e os princípios da Reforma Psiquiátrica, interferindo assim, concomitantemente, para a aplicabilidade da Promoção da Saúde no espaço da Estratégia Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ALVES, G. G.; LA SALVIA, M. W.; ABEGG, C. Promoção de saúde: convergência entre as propostas de vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, jul./ago. 2004.

ALVES, D. S. N.; SEILD, E. M. F.; SCHECHTMAN, A.; SILVA, R. C. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 3. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 197 – 203.

AMARANTE, P. D. C. (Coord). **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. 136 p.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008a.

\_\_\_\_\_. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 3. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008b. p. 73-84.

\_\_\_\_\_. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P. D. C.; CRUZ, L. B. **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2008c. p. 65-80.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 3. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008d.

ANDRADE, S. R.; BÜCHELE, F.; GEVAERD, D. Saúde mental na atenção básica de saúde em Brasil. *Enfermería Global*, n. 10, p. 1-11, mai. 2007.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D.; HARZHEIM, E. A Estratégia Saúde da Família. In: DUCAN, B. B. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 76-87.

ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I.; SANTO, M. J. E. (Org.). **PORTFOLIO: Trabalhando com o método de oficinas**. Fortaleza: Programa Editorial do Núcleo de Integração pela Vida, 2003. 62 p.

BARBAN, G. E.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde do Programa de Saúde da Família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arquivos Ciência Saúde**, v. 14, n. 1, p. 5263, jan./mar. 2006. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-1/ID224.pdf/](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID224.pdf/)>. Acesso em: 9. maio 2008.

BARROS, D. D. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 3. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 171-196.

BASAGLIA, F. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Saúde Paidéia**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p. 51-67.

BASAGLIA, F. Saúde/ doença. In: AMARANTE, P. D. C.; CRUZ, L. B. **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2008. p. 17-36.

BASAGLIA, F.; ONGARO, F. B.; CASAGRANDE, D.; JERVIS, G.; COMBA, L. J.; PIRELLA, A.; SCHITTAR, L.; SLAVICH, A. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 3. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 11-40.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 307-314, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf/>>. Acesso em: 4. nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF), 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em: 10 out. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56 p.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Circular Conjunta 01/03, de 13/11/2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 8. mai. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5 ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. 340 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 86 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Um outro olhar**: Manual Audiovisual sobre Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica [DVD]. Rio de Janeiro: NUPPSAM, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 325, de 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação, 2008a. Disponível em: <[http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria\\_325\\_210208.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf)>. Acesso em: 30. set. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2008b. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>>. Acesso em: 30. set. 2009.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 134-145.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 3. set. 2008.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77- 93, 2007.

BUTTI, G. Formação e desinstitucionalização. In: AMARANTE, P. D. C.; CRUZ, L. B. **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2008.p. 51-64.

CABRAL, B.; LUCENA, M.; OLIVEIRA, M.; GOUVEIA, M.; FREITAS, P.; PEREIRA, S.; CÂMARA, S. Estação comunidade. In: LANCETTI, A. (Coord). **Saudelocura 7: saúde mental e saúde da família**. 2 ed. São Paulo; HUCITEC, 2002. p. 137-154.

CAMPOS, F. B.; NASCIMENTO, S. P. S. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, v. 13, n. 24, p. 91-99, mar./abr. 2007.

CASÉ, V. Saúde mental e sua interface com Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, A. (Coord). **Saudelocura 7: saúde mental e saúde da família**. 2 ed. São Paulo; HUCITEC, 2002. p. 121-136.

CONGRESSO CEARENSE DE SAÚDE MENTAL. 1., 2008, Iguatu.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa Saúde da Família na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. **Cadernos IPUB**, v. 13, n. 24, p. 67-80, mar./abr. 2007.

CURY, C. F. M. R.; GALERA, S. A. F. O PSF como ideal a atenção às famílias de doentes mentais. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 272-278, set./ dez. 2006.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: BASAGLIA, F.; ROTELLI, F.; DELL'ACQUA, G.; GALLIO, G.; TREBICIANI, M.; TORESINI, L.; MEZZINA, R.; ARTAUD, A. **A loucura na sala de jantar** (Jacques Delgado, Org.). Santos/ SP. p. 53-79.



DELGADO, J. Reflexões na cidade sem manicômios. In: BASAGLIA, F.; ROTELLI, F.; DELL'ACQUA, G.; GALLIO, G.; TREBICIANI, M.; TORESINI, L.; MEZZINA, R.; ARTAUD, A. **A loucura na sala de jantar** (Jacques Delgado, Org.). Santos/ SP. p. 11-26.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 157-183.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. ciênc. prof**, v. 24, n. 4, p. 112-117, out./ dez. 2004.

EDWARDS, N. Mental health and NHS reform. **Primary Care Mental Health**, v. 3, n. 4, p. 287-290, dez. 2005. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=16&hid=2&sid=ca567116-b46b-46bc-a08f-121effeba17%40sessionmgr110>>. Acesso em: 14. out. 2009.

ELIAS, A. C. T. A. **Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para resignificar a dor espiritual de pacientes terminais**. 2005. 365 p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

FARIAS, R. M. S. Os desafios da implementação da atenção básica em saúde mental. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. São Paulo: CRP SP, 2009. p. 21-27.

FORTES, S. **Transtornos mentais na atenção primária**: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis. 2004. 154 p. Resumo de tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 207-211, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a13v19n2.pdf>>. Acesso em: 11. nov. 2008.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

\_\_\_\_\_. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: MS, 2007.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e terra; 2008a.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 47 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2008b.

FUNK, M.; SARACENO, B.; DREW, N.; FAYDI, E. Integrating mental health into primary healthcare. **Mental Health in Family Medicine**, v. 5, n. 1, p. 5-8, 2008. Editorial. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=11&hid=13&sid=ca567116-b46b-46bc-a08f-121effeba17%40sessionmgr110>> . Acesso em: 14. out. 2009.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

HUMEREZ, D. C.; SANTOS, F. Q. Saúde Mental: bases para o cuidado na atenção primária. In: BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Org.). **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri, SP: Manole, 2006. p. 77-97.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. [online] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>>. Acesso em: 28. Out. 2008.

IVBIJARO, G.; FUNK, M. No mental health without primary care. **Mental Health in Family Medicine**, v. 5, n. 3, p. 127-128, 2008. Editorial. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=9&hid=5&sid=ca567116-b46b-46bc-a08f-121effeba17%40sessionmgr110>>. Acesso em: 14. out. 2009.

IVBIJARO, G.; KOLKIEWICZ, L.; LIONIS, C.; SVAB.; COHEN, A.; SARTORIUS, N. Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. **Mental Health in Family Medicine**, v. 5, n. 2, p. 67-69, 2008. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=10&hid=104&sid=ca567116-b46b-46bc-a08f-121effeba17%40sessionmgr110>>. Acesso em: 14. out. 2009.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Opinions of the staff and users about the quality of the mental health care delivered at a family health program. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 163-169, mar./abr. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a03.pdf>>. Acesso em: 11. mai. 2008.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (Coord). **Saudeloucura 7: saúde mental e saúde da família**. 2 ed. São Paulo; HUCITEC, 2002a. p. 11-58.

LANCETTI, A. Síntese Metodológica. In: LANCETTI, A. (Coord). **Saudeloucura 7: saúde mental e saúde da família**. 2 ed. São Paulo; HUCITEC, 2002b. p. 117-120.

LAPPANN-BOTTI, N. C. **Oficinas em Saúde Mental: História e Função**. 2004. 244 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LOOMIS, M. E. Why use groups? In: **Group process for nurses**. Mosby Company, 1979. p. 3-11.

LOYOLA, C. M. D.; ROCHA, T.; SILVA FILHO, J. F. Agentes comunitários como estratégia de atendimento em saúde mental. **Cadernos IPUB**, v. 13, n. 24, p. 81-90, mar./abr. 2007.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

LUZ, M. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE. P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 3. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 85-96.

LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, v. 13, n. 24, p. 57-66, mar./abr. 2007.

MACHADO, A. P. C.; MOCINHO, R. R. Saúde Mental: um desafio no Programa de Saúde da Família. In: **Boletim da Saúde**. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública, Porto Alegre, v. 17, n. 2, 2003.

MARCUS; LIEHR, 2001 Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 122-137.

MARTINS, A. K. L. M.; OLIVEIRA, J. D. **Repercussões das oficinas terapêuticas para usuários de um serviço de saúde mental**. 2007. 76 p. Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato.

MARTINS, A. K. L. M.; OLIVEIRA, C. C. **Assistência de enfermagem em saúde mental: diagnóstico do cuidar dentro da Estratégia Saúde da Família**. 2008. 46 p. Monografia (Especialização no Programa Saúde da Família) - Faculdades Integradas de Patos, Juazeiro do Norte.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MEYER, J. Pesquisa-ação. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 134-145.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-635, jul./ago. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a08.pdf>>. Acesso em: 4. nov. 2008.

MONTEIRO, E. M. L. M. Monteiro. **(RE) Construções de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiros do PSF do Recife - PE**. 2007. 179 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

MOSTAZO, R. R; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: Um Estudo de Suas Representações Sociais acerca de Tratamento Psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 6, p.786-791, nov./dez. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a13.pdf>>. Acesso em: 13. ago. 2008.

NASCIMENTO, A. A. M. N.; BRAGA, V. A. B. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico de Programa Saúde da Família de Caucaia – CE. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 84-93, jan./jun. 2004.

NIETSCHE, E. A.; BACKES, V. M. S.; COLOMÉ, C. L. M.; CERATTI, R. N.; FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de Enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344-353, mai./ jun. 2005.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. Ações de Saúde Mental no Programa saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em: 9. mai. 2008.

OLIVEIRA. **Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental**. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2002. 226 p.

OLIVEIRA A. G. B.; VIEIRA, M. A. M.; ANDRADE, S. M. R. **Saúde mental na Saúde da Família**: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água, 2006.

OMS; OPAS. Organização Mundial de Saúde/ Organização Pan-americana de Saúde. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, Venezuela: OMS/OPAS, 1990.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial de Saúde/ Organização Pan-americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2002.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PAIVA, K. Saúde Mental na atenção básica: experiência do município de Embu (SP). In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. São Paulo: CRP SP, 2009. p. 28-31.

PEREIRA, A. A. Saúde Mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Cadernos IPUB**, v. 13, n. 24, p. 13-31, mar./abr. 2007.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede integral de atenção à saúde mental de Sobral, Ceará. In: LANCETTI, A. (Coord). **Saudeloucura 7**: saúde mental e saúde da família. 2 ed. São Paulo; HUCITEC, 2002. p. 167-197.

PITTA, A. M. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 43, n. 12, p. 647-654, dez. 1994.

\_\_\_\_\_. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 19-30.

POLIT, D. S.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Compreensão da ética na pesquisa em enfermagem. In: POLIT, D. S.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 81-90.

RAUTER, C. Oficinas para quê? uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 267-277.

RABELO, A. R.; MATTOS, A. A. Q.; COUTINHO, D. M.; PEREIRA, N. N. **Um manual para o CAPS**: Centro de Atenção Psicossocial. Salvador: Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA, 2005.

REINALDO, A. M. S. Saúde Mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 173-178, mar. 2008.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 15-74.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; WALL, M. L.; CARRAROL, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. Bras. Enf**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 2008.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P. D. C.; CRUZ, L. B. **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2008. p. 37-50.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (Coord). **Saudeloucura 7: saúde mental e saúde da família**. 2 ed. São Paulo; HUCITEC, 2002. p. 199-220.

SANTOS, D. V. D.; CAMPOS, R. T. O. O uso de Psicotrópicos na atenção primária de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL, 1., FLORIANÓPOLIS. **Anais**. Florianópolis: ABRASME, 2008.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 13-18.

SARACENO, B.; ASILI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental: guia básico para atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

SCÓZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 61-67, 2003. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_2/pdf/mental.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/mental.pdf)>. Acesso em: 3. mai. 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUAZEIRO DO NORTE. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2009.

SESA. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Microrregiões de saúde**. [online] Disponível em:< <http://www.saude.ce.gov.br/internet/>>. Acesso em: 28. out. 2008.

SILVEIRA, L. C. **Equipe de Saúde Mental: Sociopoetizando o Hospital-Dia**. 2001. 127 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 139-148, jan./ fev. 2009.

SILVEIRA, M. F.; ARAÚJO, D. V.; SILVA, I. C.; FÉLIX, L. G. Formação de Profissionais: um desafio contemporâneo para o Programa Saúde da Família. **Revista Nursing**, v. 73, n. 7, p. 42-46, 2004.

SOUSA, K. K. B.; FERREIRA FILHA, M. O.; SILVA, A. T. M. C. A prática do enfermeiro no Programa Saúde da Família na atenção à Saúde Mental. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 14-22, jul./dez. 2004.

SOUZA, A. C. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a Saúde da Família. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 10, n. 4, p. 703-710, 2006. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a12.pdf>>. Acesso em: 11. nov. 2008.

SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M.; Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública** [Salvador], v. 31, n. 1, p. 147-160, jan./jun. 2007. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Revista\\_Vol31\\_n1\\_2007%20%20147.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Revista_Vol31_n1_2007%20%20147.pdf)>. Acesso em: 3. mai. 2008.

SUIYAMA, R. C. B.; ROLIM, M. A.; COLVERO, L. A. Serviços residenciais em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 102-110, 2007.

TAKEDA, S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUCAN, B. B. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 76-87.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2008. 132 p.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 4-9, 2003. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_1/pdf/reabili.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/pdf/reabili.pdf)>. Acesso em: 14. nov. 2008.

Vídeo “Um breve histórico da loucura”. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=o-1idY68KB8>>. Acesso em: 14. jun. 2009.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 635-667.





## **APÊNDICES**

## Apêndice A – Folder explicativo da proposta de Oficina em Saúde Mental

"SE ALGUÉM NÃO É CAPAZ DE SENTIR-SE E SABER-SE TÃO HOMEM QUANTO OS OUTROS, É QUE LHE FALTA AINDA MUITO QUE CAMINHAR, PARA CHEGAR AO LUGAR DE ENCONTRO COM ELES. NESTE LUGAR DE ENCONTRO, NÃO HÁ IGNORANTES ABSOLUTOS, NEM SÁBIOS ABSOLUTOS: HÁ HOMENS QUE, EM COMUNHÃO, BUSCAM SABER MAIS".

(PAULO FREIRE, 2008).

**Realização:**



Departamento de Enfermagem – UFC  
Grupo de Pesquisa de Políticas e Práticas em Saúde

**Apoio:**



Governo da Revolução Democrática  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DENF  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### PROPOSTA DE OFICINA EM SAÚDE MENTAL



JUAZEIRO DO NORTE  
2009

### Iniciando a Conversa

- # Proposta gerada do projeto "Círculo de Cultura como espaço de Promoção da Saúde Mental em equipes da Estratégia Saúde da Família"
- \* Pesquisadora Responsável: Mestranda Alissan Karine Lima Martins
- \* Orientadora Responsável: Profa. Dra. Ângela Maria Alves e Souza
- # Contextualizando o projeto:
  - \* Paradigma Ampliado em Saúde e a Promoção da Saúde;
  - \* Conquistas para Reversão do Modelo de Atenção Vigente: Remodelação das Práticas e Estruturas em Saúde Mental.
- # Interesse que norteou o estudo;
- # Contribuições advindas com o Projeto.

### Objetivos

- # Identificar os aspectos envolvidos na assistência em saúde mental desenvolvida na prática profissional pela equipe da ESF;
- # Refletir com a equipe acerca das estratégias para promoção da saúde mental da comunidade;
- # Avaliar o processo de implementação do círculo de cultura na promoção da saúde desenvolvido com os profissionais da equipe da ESF.

### O como fazer...

- # A Problemática e Autonomia em Paulo Freire



- # O Método de Paulo Freire: Círculo de Cultura



```

    graph TD
      A[Descoberta da universo vocabular] --> B[Utilização das palavras geradoras]
      B --> C[Tematização]
      C --> D[Problematização (Desconstrução)]
      D --> E[Reflexão (Reconstrução)]
      E --> A
  
```

- # Sujeitos Participantes dos Círculos de Cultura
  - \* Equipe do PSF 23 e 53;
  - \* Animadora do Círculo de Cultura.

### Construção das Atividades

- # Contato com Secretaria de Saúde (Articulações);
- # Contato com as Equipes de Saúde (Apresentação do Projeto e Acordos);
- # Participação das Atividades Desenvolvidas no Serviço (1ª Fase do Círculo de Cultura);
- # Início das Oficinas em Saúde Mental:
  - \* Momentos: Acolhimento, Desenvolvimento e Avaliação;
  - \* Propostas de Atividades: Vivências e Reflexões sobre Temáticas relacionadas à Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica.
  - \* Construção do Conteúdo Programático da Oficina em Saúde Mental;
  - \* Acordo dos Horários das Atividades com as Equipes.



## Apêndice B - Roteiro de entrevista semi-estruturada

### Dados pessoais

Iniciais do Sujeito: \_\_\_\_\_ N° do Formulário: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

### Dados Profissionais

Quantidade de empregos: \_\_\_\_\_ Renda mensal: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho no serviço: \_\_\_\_\_

Formação e titulação: \_\_\_\_\_

Entidade de formação: \_\_\_\_\_

Ano de formação: \_\_\_\_\_

Cursos de Capacitação: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Curso de especialização: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Cursos na área de Saúde Mental: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Experiência na área: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, onde? \_\_\_\_\_

Atuação em outra área? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, onde? \_\_\_\_\_

### Abordagem dos aspectos da saúde mental

1. Quais as principais demandas de saúde mental atendidas pelo serviço?
2. Quais as práticas desenvolvidas no serviço em todos os níveis (primário, secundário e terciário) para atender esta demanda?
3. Quais as maiores dificuldades enfrentadas nessa área?
4. Como se dá o sistema de referência e contra-referência entre o serviço e os demais níveis de assistência?
5. Como é a integração entre a equipe da ESF para assistir os portadores de transtorno mental?
6. Na sua opinião, o serviço fornece uma adequada atenção em saúde mental? Caso contrário, o que poderia ser realizado para aprimorar a assistência?

## Apêndice C - Modelo de crachá utilizado durante as oficinas



## Apêndice D - Roteiro de entrevista semi-estruturada pós-oficinas

- Quais motivações o levaram a participar das oficinas em saúde mental?
- Dentre as oficinas, qual a que mais lhe chamou atenção?
- Quais aspectos mais interessantes que você apreendeu das oficinas?
- Quais os pontos positivos e negativos das oficinas?
- Que temáticas você gostaria que fossem abordadas e que não houve oportunidade de discussão e/ou foi realizada de modo insatisfatório?
- O que poderá ser aplicado em sua prática profissional quanto ao que foi trabalhado nas oficinas?
- Hoje, qual conceito que você possui de saúde e doença mental?

## Apêndice E – Certificado da I Oficina em Saúde Mental

I Oficina em Saúde Mental

# Certificado

Certificamos que \_\_\_\_\_ participou da I Oficina em Saúde Mental realizada no Posto de Saúde Dr. Luiz Soares Couto no município de Juazeiro do Norte - CE no período de agosto e setembro de 2009.

\_\_\_\_\_  
Departamento de Enfermagem - UFC

\_\_\_\_\_  
Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte

**Realização:**



Departamento de Enfermagem - UFC  
Grupo de Pesquisa de  
Política e Prática em Saúde

\_\_\_\_\_  
Departamento de Enfermagem - UFC

**Apoio:**



Governo da Revolução  
Democrática  
Juazeiro do Norte  
Secretaria Municipal de Saúde  
de Juazeiro do Norte



Conteúdo Programático	Carga Horária

## Apêndice F - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Caro (a) Profissional

Sou enfermeira ligada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e estamos desenvolvendo um estudo que conta com o título "Círculos de cultura em saúde mental: perspectivas de equipes da Estratégia Saúde da Família".

Nesta pesquisa pretendemos possibilitar espaço de círculo de cultura quanto à abordagem em saúde mental na perspectiva da equipe da Estratégia Saúde da Família. Desse modo, estamos convidando-a (o) para participar deste estudo.

Inicialmente estarei me inserindo no cotidiano das práticas da equipe, observando como se estruturam as ações no campo da atenção em saúde mental. Para isso me utilizarei do diário de campo onde serão registradas todas as impressões dos aspectos da rotina do serviço neste campo e de entrevista semi-estruturada com os participantes. Num segundo momento haverá a realização de círculos de cultura onde o grupo estará se reunido regularmente para refletir acerca dos aspectos do cuidado à saúde mental. Nestas atividades haverá discussões mediadas por vivências e técnicas de interação grupal. O registro será realizado por meio da gravação das falas e imagens, fotos e diário de campo.

A sua participação é importante para nosso estudo, pois seu conhecimento e suas atitudes na prática serão de grande valia para nossa discussão e contribuirão pra estruturação de novos olhares acerca da temática. Deste modo suas informações somadas a de outros profissionais fará parte do estudo final e será apresentado na elaboração final da dissertação de mestrado.

Gostaria de enfatizar que no processo de desenvolvimento da investigação seu nome e nada que possa identificá-lo será revelado, garantindo-lhe o sigilo e anonimato de todas as informações referidas, bem como o direito de recusar-se a participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo pessoal ou profissional.

A participação do estudo será voluntária, não havendo nenhum tipo de pagamento aos participantes da pesquisa. Entretanto, o benefício potencial desta sua participação é ajudar a promover reflexões acerca do desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental que levem ao empoderamento de todos os sujeitos envolvidos, assim como para a adoção de estratégias que levem a adequação da prática vivenciada às concepções contemporâneas de saúde.

Após devida compreensão dos aspectos ligados ao estudo e retiradas todas as dúvidas existentes, você deverá assinar duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) permanecendo uma via com você e outra comigo.

Coloco-me à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida, pelo telefone: (88)3572.1413/ (88)8841.0109/ (85)8608.3778 ou pelo endereço Avenida Castelo Branco, 3290, Novo Juazeiro, Juazeiro do Norte, Ceará. Caso ache conveniente poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará pelo telefone (85) 33668338 ou no endereço Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará.

Assinatura do Pesquisador Responsável



## Declaração do Participante de Consentimento Pós-Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos benefícios e das conseqüências que minha participação implicam, concordo em participar dele e para isso dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado. Concordo também, que os dados resultantes da mesma possam ser publicados e dou concessão do direito de veiculação de imagens.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

## Dados do Participante Voluntário

Nome: \_\_\_\_\_

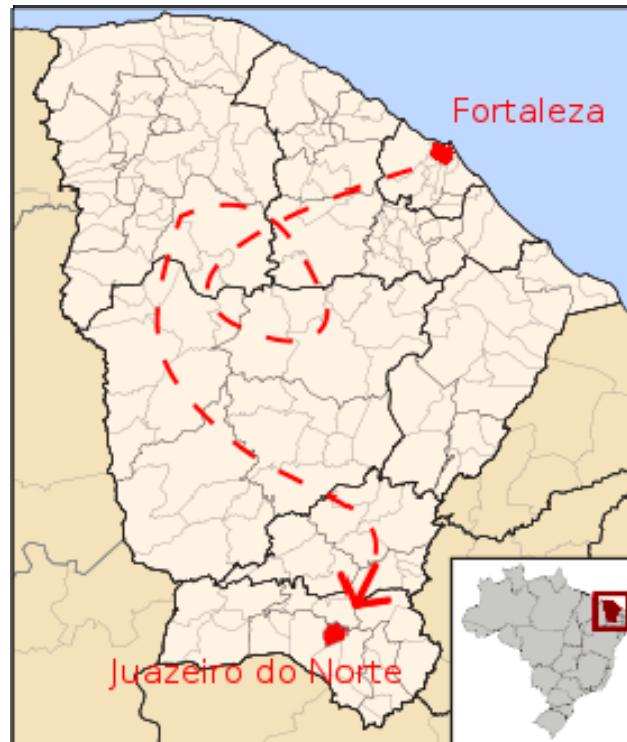
RG/ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

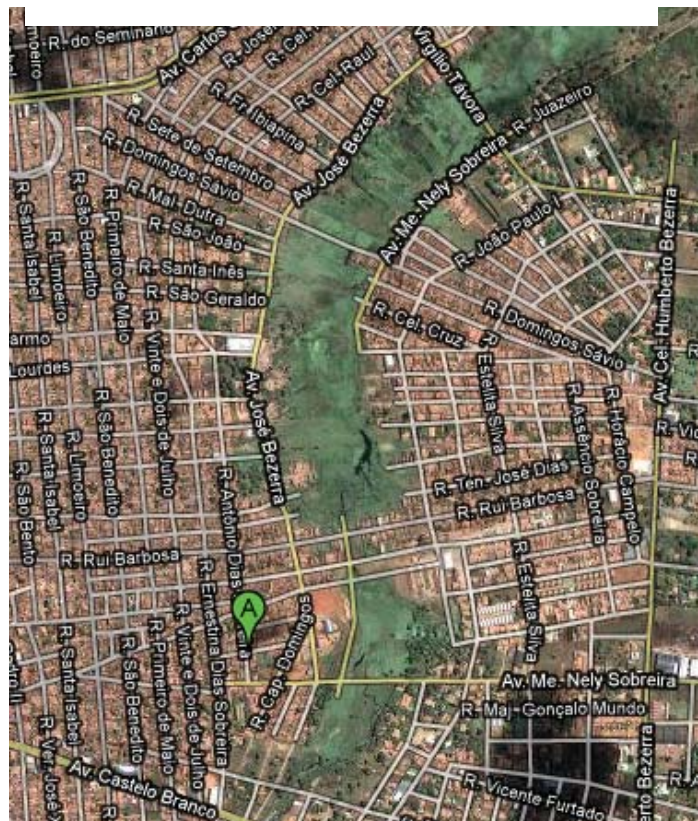
Telefone para Contato: \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

Anexo 1 – Mapa do Juazeiro do Norte no contexto do estado do Ceará e do bairro Limoeiro em Juazeiro do Norte (A)



Fonte: Internet, 2009.



Fonte: Google Maps, 2009.

Anexo 2 – Autorização para pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte – CE



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUAZEIRO DO NORTE

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

Juazeiro do Norte, 04 de Fevereiro de 2009.

Venho por meio desta autorizar acesso da pesquisadora às equipes da Estratégia de Saúde da Família para realização do projeto intitulado **“Círculo de Cultura como espaço de Promoção da Saúde Mental em Equipes da Estratégia Saúde da Família”** tendo como pesquisadora responsável a enfermeira mestrandia Álissan Karine Lima Martins sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ângela Maria Alves e Souza.

Atenciosamente,

*Dr. Giovanni Sampaio Gondim*  
Secretário Municipal de Saúde  
Juazeiro do Norte - CE  
  
Secretário de Saúde de Juazeiro do Norte

Anexo 3 – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

**Of. N° 20/09**

Fortaleza, 20 de fevereiro de 2009

**Protocolo COMEPE n° 16/ 09**

**Pesquisador responsável:** Alissan Karine lima Martins

**Dept°./Serviço:** Departamento de Enfermagem/ UFC

**Título do Projeto:** “Círculo de cultura como espaço de promoção da saúde mental em equipes da estratégia saúde da família”

Levamos ao conhecimento de V.S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 19 de fevereiro de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dra. Mirian Parente Monteiro  
Coordenadora Adjunta do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/UFC