

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Jarbas Ribeiro de Oliveira

Os sentidos do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Rio de Janeiro

2021

Jarbas Ribeiro de Oliveira

Os sentidos do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, Área de Concentração: Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Elisa Bastos Figueiredo.

Coorientador: Prof. Dr. Sóstenes Ericson V. Silva.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: The meanings of mental health care in the Family Health Strategy.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

O48s Oliveira, Jarbas Ribeiro de.
 Os sentidos do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da
 Família / Jarbas Ribeiro de Oliveira. — 2021.
 204 f. : il.

 Orientadora: Ana Elisa Bastos Figueiredo.
 Coorientador: Sóstenes Ericson V. Silva.
 Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de
 Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

 1. Saúde Mental. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Atenção à Saúde.
 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Assistência à Saúde Mental.
 6. Discurso. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Jarbas Ribeiro de Oliveira

Os sentidos do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, Área de Concentração: Violência e Saúde.

Aprovada em: 19 de março de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Diego de Oliveira Souza
Universidade Federal de Alagoas

Profa. Dra. Nina Isabel Soalheiro
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Profa. Dra. Maria Helena Magalhães Mendonça
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Sóstenes Ericson Vicente da Silva (Coorientador)
Universidade Federal de Alagoas

Profa. Dra. Ana Elisa Bastos Figueiredo (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2021

Dedico esse trabalho à todas as pessoas que, em sofrimento, buscam por cuidados na Estratégia Saúde da Família e no SUS de maneira geral.

Também é dedicada aos profissionais e trabalhadores do SUS que, apesar de todas as adversidades, não medem esforços para promoverem cuidados à saúde das pessoas.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Ana Elisa B. Figueiredo, por todos os ensinamentos, parceria, compreensão, paciência e acolhimento em todo esse processo;

Ao meu segundo orientador, Prof. Sóstenes Ericson V. da Silva, por todo aprendizado, todo apoio, compreensão e ajuda nos momentos decisivos desse percurso;

À Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz pela acolhida, oportunidade de conhecimento e crescimento. Estendo esse agradecimento a todos os setores, departamentos, escolas e institutos onde tive a oportunidade de aprendizados, bem como a todos os professores e servidores que sempre me deram apoio, orientações, estímulos e acolhimento;

À banca de qualificação (professores Eduardo Melo, Paulo Amarante e Sóstenes Ericson) e à banca de defesa, pelas valorosas e fundamentais contribuições;

À Universidade Federal de Alagoas – *Campus* de Arapiraca por todo apoio, incentivo e oportunidades de crescimento humano e profissional;

Ao Curso de Enfermagem da UFAL – Arapiraca, especialmente aos colegas professores pelo apoio, compreensão, estímulo e contribuições em todo esse processo; e particularmente aos colegas da área de saúde do adulto, idoso, mental e da saúde coletiva; também aos servidores e estudantes do *campus* e do curso pelo apoio, ajuda, motivação e aprendizado constante;

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca pela anuência para que possamos realizar esse estudo no município, também à coordenação da RAPS e da APS pelo apoio e aos profissionais da ESF que prontamente se colocaram à disposição para participarem do estudo.

Ao Fórum de Estudantes da ENSP e à Associação de Pós-Graduandos da FIOCRUZ pelo companheirismo e aprendizado nas lutas;

Aos colegas da minha turma de doutorado, agora são amigos e amigas, que os caminhos do conhecimento nos aproximaram e os dilemas e desafios da ciência, da saúde pública/coletiva e da realidade nos tornaram irmãos e irmãs nas e das lutas;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de estudos, fundamental para a realização desse estudo;

Por fim, mas não menos importante, agradeço eternamente à minha Mãe, a quem devo a vida, e com sua simplicidade, humildade e amorosidade enfrentou todo tipo de adversidade que essa sociedade machista, patriarcal, opressora e excludente a fez sofrer, mas mesmo assim consegue me transmitir os principais valores humanos, como solidariedade, fraternidade, honestidade, ética e perseverança.

Toda ideologia apresenta ao indivíduo uma penosa escolha: qual deve ser sua atitude com relação à mesma? Deverá ser um ideólogo leal ou um pensador crítico?

SZASZ, 1977, p.78.

RESUMO

Com o preocupante crescimento de situações relacionadas à Saúde Mental, como transtornos mentais, sofrimentos psíquicos difusos e o aumento do uso de medicações psicotrópicas, a ESF se destaca como *locus* de ações e um espaço de cuidado fundamental para o enfrentamento da problemática no território. A análise do campo de Saúde Mental requer um olhar sobre o cuidado prestado pelos profissionais, e deve estar embasado numa atenção psicossocial, não excluindo os aspectos biológicos, mas incorporando outros elementos da constituição do sujeito. O presente estudo teve por objetivo analisar os sentidos do cuidado em Saúde Mental desenvolvido na Estratégia Saúde da Família no município de Arapiraca – Alagoas, a partir dos discursos dos profissionais. O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde do referido município e os sujeitos do estudo foram médicos e enfermeiros da ESF. O percurso metodológico adotado seguiu uma perspectiva discursiva, ancorada na Análise do Discurso, como referencial teórico-analítico, tratando-se de uma análise materialista ancorada no método dialético. Utilizamos entrevista aberta e semiestruturada e no processo discursivo destacamos os Núcleos Discursivos Significantes (NDS) e as Sequências Discursivas (SD) dos enunciados, organizados no Eixo “trabalho na ESF e o cuidado à saúde mental” e nos Sub-Eixos (I) Trabalho em ESF: motivações, concepções e pressupostos; (II) Saúde Mental na ESF: impressões, abordagem, formação e o *instituído*, além das potencialidades e limitações do cuidado e as recomendações dos profissionais. A pesquisa demonstrou que a alteração na lógica de cuidado às pessoas em situação de saúde-doença mental representa uma mudança de paradigma importante no sentido de superação de uma pretensa naturalidade da doença mental. Essas mudanças vêm sendo conduzidas pelo processo social das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil. Consideramos que os sentidos do cuidado em saúde mental na ESF são interpelados por formações discursivas e ideológicas da psiquiatria biologicista, tendo em menor grau, elementos da atenção psicossocial. Por sua vez, a abordagem dos profissionais se baseia na medicalização, influenciada pela contradição capital-trabalho, transformando a medicação psicotrópica em sua forma-mercadoria, estimulada pelo complexo médico-industrial.

Palavra-chave: Cuidado em saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Assistência à saúde mental. Discurso.

ABSTRACT

With the worrying growth of situations related to Mental Health, such as mental disorders, widespread psychological suffering and the increase in the use of psychotropic medications, the FHS stands out as a locus of actions and a fundamental care space to face the problem in the territory. The analysis of the Mental Health field requires a look at the care provided by professionals, and must be based on psychosocial care, not excluding biological aspects, but incorporating other elements of the subject's constitution. The present study aimed to analyze the meanings of mental health care developed in the Family Health Strategy in the city of Arapiraca - Alagoas, based on the professionals' speeches. The study was carried out in Basic Health Units in that municipality and the study subjects were doctors and nurses from the FHS. The methodological path adopted followed a discursive perspective, anchored in Discourse Analysis, as a theoretical-analytical framework, dealing with a materialist analysis anchored in the dialectical method. We used an open and semi-structured interview and in the discursive process we highlight the Significant Discursive Nuclei (NDS) and the Discursive Sequences (SD) of the statements, organized in the axis "work in the FHS and mental health care" and in the Sub-Axes (I) Work in FHS: motivations, concepts and assumptions; (II) Mental Health in the FHS: impressions, approach, training and the instituted, in addition to the potential and limitations of care and the recommendations of professionals. The research demonstrated that the change in the logic of care for people in situations of health-mental illness represents an important paradigm shift towards overcoming an alleged naturalness of mental illness. These changes have been driven by the social process of the Sanitary and Psychiatric Reforms in Brazil. We consider that the meanings of mental health care in the FHS are challenged by discourse and ideological formations of biologicist psychiatry, having, to a lesser extent, elements of psychosocial care. In turn, the approach of professionals is based on medicalization, influenced by the capital-labor contradiction, transforming psychotropic medication into its commodity form, stimulated by the medical-industrial complex.

Keywords: Health Care. Primary Health Care. Family Health Strategy. Address. Mental Health Assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Esquema 1	Da superfície linguística ao objeto discursivo	93
Esquema 2	Da organização do <i>corpus</i> aos núcleos discursivos significantes	93
Quadro 1 –	Abordagens, conceitos e ênfase da Atenção Primária à Saúde	52
Quadro 2 –	Concepção de Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul .	53
Quadro 3 –	Publicações sobre saúde mental e APS/ESF, nos últimos 05 anos no Brasil	68
Quadro 4 –	Relação dos artigos consultados na base de dados da CAPES/MEC em 2017.....	76
Quadro 5 –	Relação dos artigos segundo objetivos, principais resultados e conclusões	78
Quadro 6 –	Categoria profissional dos sujeitos do estudo e nomes fictícios, por ordem das entrevistas	87
Quadro 7 –	Eixo de Análise principal e Sub-Eixos	94
Quadro 8 –	Núcleos Discursivos Significantes: o trabalho na Estratégia Saúde da Família	94
Quadro 9 –	Núcleos Discursivos Significantes: impressões	103
Quadro 10 –	Núcleos Discursivos Significantes: Abordagem	119
Quadro 11 –	Núcleos Discursivos Significantes: formação e capacitação profissional para abordagem da saúde mental na ESF.....	144
Quadro 12 –	Núcleos Discursivos Significantes: o instituído para a saúde mental na ESF	151

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise de Discurso
AIE	Aparelho Ideológico do Estado
AIS	Ações Integradas de Saúde
AL	Alagoas
AM	Apoio Matricial
APA	Associação Psiquiátrica Americana
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMAI	Complexo Médico-Acadêmico-Industrial
CMI	Complexo Médico-Industrial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
CP	Condições de Produção
CPD	Condições de Produção do Discurso
CPS	Cuidados Primários em Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CRIA	Centro de Referência Integrada de Arapiraca
CRM	Conselho Regional de Medicina
DAB	Departamento de Atenção Básica
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSS	Determinante Social da Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica

eAP	Equipe de Atenção Primária
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FD	Formação Discursiva
FI	Formação Ideológica
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GETSSE	Grupo de Estudos Trabalho Ser Social e Enfermagem
GP	General Practitioner
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
Isags	Instituto Sulamericano de Governo em Saúde
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAPS	Laboratório de Atenção Psicossocial
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MP	Ministério Público
MRPB	Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NIMH	sigla em inglês do Instituto Nacional de Saúde Mental
NHS	sigla em inglês do National Health Service do Reino Unido
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PEC	Programa de Extensão da Cobertura
Piass	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PM	Polícia Militar
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
Ppreps	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Portaria
PT MS	Portaria do Ministério da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SESAU-AL	Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
USF	Unidade de Saúde da Família
WONCA	sigla em inglês da Organização Mundial de Médicos de Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	JUSTIFICATIVA	27
3	BASES TEÓRICAS QUE SUSTENTAM O ESTUDO: visitando conceitos e concepções	35
3.1	CUIDADO EM SAÚDE	35
3.2	TRABALHO E TRABALHO EM SAÚDE	41
3.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO BRASIL E SUA CONFORMAÇÃO EM ALGUNS OUTROS PAÍSES	47
3.3.1	Sobre o surgimento da APS e sua origem no Brasil – breves considerações	48
3.3.2	APS: abordagens, definições, conceitos e ênfase nos países da América do Sul	51
3.4	LOUCURA, DOENÇA MENTAL E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	58
3.4.1	Considerações acerca da loucura e da doença mental	60
3.5	A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	68
4	OBJETIVOS	84
5	PERCURSO METODOLÓGICO	85
5.1	DESENHO E TIPO DO ESTUDO.....	85
5.1.1	Local do Estudo	86
5.1.2	Sujeitos do Estudo	86
5.1.3	Critérios de Inclusão dos sujeitos no estudo	87
5.1.4	Abordagem dos sujeitos	87
5.1.5	Técnicas e instrumentos	88
5.1.6	Aspectos Éticos do Estudo	89
5.1.7	As entrevistas e a Análise do Discurso	89
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	92
6.1	PROCESSO DISCURSIVO: superfície linguística, corpus, eixos de análise e núcleos discursivos significantes	92
6.2	ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ESF - no discurso, a singularidade do cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família.....	119

6.2.1	NASF, Apoio Matricial e o cuidado em saúde mental na ESF	130
6.2.2	O trabalho coletivo no cuidado em saúde mental na ESF	133
6.2.3	A forma-mercadoria-medicamento: O <i>fetichismo</i> da medicação	138
6.3	FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PARA ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: aprender a classificar, aprender a controlar	143
6.4	O <i>INSTITUÍDO</i> como norma, recomendação, orientação	149
6.5	POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES para o cuidado em saúde mental na ESF	160
6.5.1	Potencialidades	160
6.5.2	Limitações	163
6.6	RECOMENDAÇÕES para um “cuidado adequado”	165
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS e uma conclusão inconclusa	171
	REFERÊNCIAS	179
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	199
	APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	202
	ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO	203
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ENSP	204

APRESENTAÇÃO

Tendo em vista trajetórias, vivências, escolhas e motivações, esta apresentação busca situar os pontos de partida e chegada desse estudo.

Durante a graduação desenvolvi o interesse pela saúde pública e coletiva, e em especial pela Atenção Básica à Saúde. Após concluir o curso de graduação (2004) ingressei, através de concurso, no serviço público como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), na cidade de Palmeira dos Índios/AL, onde vivenciei diretamente o trabalho em saúde e as potencialidades e limitações da produção do cuidado junto às pessoas, famílias e comunidades. Também tive a experiência de coordenar a Atenção Básica no mesmo município, entre os anos de 2006 e 2008, despertando ainda mais o interesse em fortalecer a Estratégia Saúde da Família. Neste período, pude adquirir experiência como profissional, tanto na assistência quanto na gerência dessa importante estratégia de saúde. Pude compreender melhor que a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) é um desafio cotidiano e que, para ser concretizada, faz-se necessário mais que bons técnicos; é preciso acima de tudo de envolvimento consciente e coletivo de todos, sensibilização dos gestores, qualificação constante dos profissionais, estímulos, capacitações e compromisso dos trabalhadores da saúde além de mobilização permanente da população, bem como preparação da equipe de gerentes/gestores para lidar com os desafios que a consolidação do SUS nos apresenta permanentemente. E, acima de tudo isso que foi exposto, é preciso transformações profundas na sociedade.

Entre as diversas interfaces em que a estratégia Saúde da Família atua, a saúde mental me chamou a atenção por ser uma área de demandas constantes por parte da população atendida, ausência de ações sistematizadas e instituídas, bem como de uma concepção e intervenção ampliada no processo saúde-doença, de modo a ir além do instituído, visto que as ações de saúde são orientadas por um tipo de trabalho prescrito ao qual os profissionais da saúde estão submetidos.

O processo de interiorização das universidades federais brasileiras em meados dos anos de 2000 e a criação do *Campus* de Arapiraca da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) me permitiu prestar concurso e ingressar na Universidade como docente do curso de graduação em enfermagem, atuando na área de saúde do adulto, idoso, mental e saúde coletiva, que envolve entre outras disciplinas (Saúde do Adulto, Idoso, Saúde Mental, Gestão em Enfermagem/Saúde e Políticas de Saúde), possibilitando-me, agora como docente, vivenciar o trabalho em Saúde da Família, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS 2 e CAPS AD) para transtornos

mentais e para álcool e outras drogas. Essa experiência me conduziu a refletir e questionar ainda mais as fortalezas e fragilidades desses dois campos de atuação em saúde e a possibilidade de uma maior articulação entre eles.

Em seguida veio o mestrado (2011-2013) e a partir da participação no Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental (GEPSAM – Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno) da então Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL (EENFAR/UFAL), atualmente apenas Escola de Enfermagem (EENF), vivenciei outro elemento estimulador para continuar estudando e aprofundando as reflexões acerca desses dois campos complexos de atuação. Durante os encontros, aulas, seminários, estágio em CAPS da cidade de Maceió, discussões e pesquisas realizadas pelo grupo, e ao mesmo tempo atuando na docência, as aproximações foram inevitáveis e prazerosas, mas acima de tudo, instigadoras e inquietantes. Além dessas aproximações do ponto de vista profissional e acadêmica, a aproximação com a questão e problemáticas da “saúde mental” estiveram (e ainda estão) presentes no cotidiano familiar e de amigos próximos, sendo outro elemento que me conduziu a buscar um envolvimento maior com a área. No *Campus* de Arapiraca da UFAL, faço parte do Grupo de Estudos Trabalho, Ser Social e Enfermagem (GETSSE), incorrendo aproximações com o estudo da determinação social do processo saúde-doença em perspectivas teórico-críticas e com a Análise de Discurso francesa.

Nessa trajetória, a minha atuação política e social foi sempre presente e transversal, seja nos espaços das políticas de saúde (conselho, conferências, movimentos sociais da saúde), nos espaços de formação e discussão política, seja na Academia.

Nesse contexto, parti para a empreitada do doutorado, em busca de ampliar as reflexões e conhecimentos acerca de campos tão complexos e próximos, que guardam similaridades conceituais (como o conceito ampliado de saúde) e de princípios (cuidado integral, contínuo, atenção psicossocial, p.ex.).

Durante minha trajetória no âmbito assistencial e gerencial pude ter contato com a prática, seja na atenção direta às pessoas, famílias e comunidade, dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família em que tive a oportunidade de trabalhar, seja na relação com as demais equipes de SF, com os demais profissionais, outros programas e serviços durante o exercício da assistência e gerência. Por sua vez, na atuação acadêmica pude me debruçar mais em alguns aspectos históricos, teóricos e conceituais dessa temática. Foi na atividade acadêmica (docência, especializações, mestrado e agora no doutorado) que houve maior aproximação com autores clássicos como Foucault, Bourdieu, Goffman, Thomas Szasz, Weber, Althusser, Marx,

Engels, Basaglia, Pêcheux, Orlandi, entre outros. E também uma leitura mais ampla da produção científico-teórica brasileira na saúde coletiva.

Já anteriormente ao início do doutorado, fruto do exposto nas linhas acima, desde o anteprojeto submetido à seleção, não restava dúvida que a temática do estudo estaria na interlocução da Atenção Básica com a Saúde Mental. Assim, o presente estudo versa sobre os sentidos do cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família.

Até o momento, apresentei motivações profissionais e acadêmicas para o estudo da temática baseada em minha trajetória. A seguir, apresento uma síntese do que irei abordar em cada seção do estudo. Na certeza de que passos mais largos serão dados nessa caminhada, segue uma síntese desse processo.

Na Introdução, há uma breve contextualização do tema, bem como uma explicitação do problema e do objeto de estudo, as questões norteadoras e o pressuposto central do estudo; em seguida, apresentamos as Justificativas para a realização desse estudo, situando o contexto de aumento das chamadas “desordens mentais” como uma preocupação mundial apontada pela OMS, também no caso brasileiro com dados do Ministério da Saúde (MS) e de alguns estudos; trazemos pressupostos teóricos que apresentam a relevância para a saúde coletiva e para a análise dessa problemática no fazer cotidiano das equipes de Saúde da Família em municípios onde a ESF está amplamente difundida e com alta cobertura populacional. Ainda na Introdução, realizamos as primeiras aproximações com a Análise de Discurso, de modo a situar o leitor nos percursos teóricos e analíticos do estudo.

Na seção seguinte (*Bases teóricas que sustentam o estudo*), fazemos uma contextualização do objeto de estudo através de alguns conceitos fundamentais que são as bases teóricas do estudo. Para isso, visitamos os conceitos de *cuidado em saúde*, a partir das reflexões trazidas por diversos autores contemporâneos; *trabalho* enquanto práxis humana, para situar nossa opção teórica, que considera toda atividade profissional de saúde uma dimensão do trabalho mais geral e *cuidado em saúde* como uma dimensão do *trabalho em saúde*, na perspectiva do Trabalho em Marx e Engels. Consideramos que tanto o trabalho como o cuidado em saúde assumem configurações diversas em determinadas formas de sociabilidade. Em seguida, discutiremos a Atenção Primária à Saúde no Brasil e em alguns outros países, com ênfase na América do Sul. Nas seções seguintes, discorreremos sobre a loucura, doença mental e a produção do cuidado em Saúde Mental na APS/ESF a partir da literatura nacional. E por fim, discutimos o cuidado em Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Em seguida são apresentados os *Objetivos* do estudo.

No *Percurso Metodológico* apresentamos o desenho do estudo bem com os elementos do método, como local, sujeitos, técnicas e instrumentos da pesquisa, o roteiro-guia das entrevistas, os aspectos éticos e a forma de análise das entrevistas à luz da Análise de Discurso e as categorias da AD utilizadas na análise. Na seção dos *Resultados e Discussão*, ponto crucial desta tese e momento no qual os discursos serão analisados, iniciando com a apresentação do processo discursivo, a conformação do *corpus* extraídos das entrevistas. A partir da definição do *corpus*, apresentamos o Eixo central, os sub-eixos analíticos e os Núcleos Discursivos Significantes (em quadros) e as Sequências Discursivas (SD) destacadas para análises oriundas dos enunciados dos sujeitos do estudo. A partir dos NDS e das SD iniciamos as análises dos discursos do Eixo: **O trabalho na ESF e o cuidado à saúde mental**, e sub-eixos: a) **Trabalho em ESF**: motivações, concepções e pressupostos; b) **Saúde Mental na ESF**: impressões, abordagem, formação/capacitação e o *instituído*. Por fim, apresentamos as potencialidade e limitações do cuidado em saúde mental na ESF e as recomendações dos profissionais para o que eles consideram como “cuidado adequado” à saúde mental na ESF e suas recomendações. E, por último nossas Considerações Finais, onde resgatamos o pressuposto central e os objetivos do estudo onde discutimos o alcance dos mesmos e a confirmação ou negação do pressuposto central do estudo.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo se situa na discussão dos sentidos do cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família e sua condição na contemporaneidade, adotando como eixos de análise os discursos dos profissionais e suas interfaces na produção do cuidado em Saúde Mental no âmbito das equipes de Saúde da Família.

A adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se insere no campo da Atenção Básica/Primária à Saúde, como espaço de investigação se dá por compreendermos que é nela onde as políticas de saúde são operacionalizadas, onde os ideais da reforma sanitária e psiquiátrica¹ podem ser efetivamente concretizados, um espaço de atenção situado na base do sistema de saúde que lida diretamente com as demandas mais frequentes das pessoas, nos mais variados grupos sociais.

Neste estudo, utilizaremos a denominação Atenção Básica à Saúde (ABS) e Atenção Primária à Saúde (APS) como sinônimos. Explicando: A Atenção Primária à Saúde é um conceito que se refere a “Porta de Entrada” dos sistemas de saúde, ou seja, é o primeiro nível de contato e é muito utilizado em países como os EUA e na Europa. Enquanto que no Brasil foi feita a opção pelo termo Atenção Básica, que além de abarcar o sentido de “Porta de Entrada” e primeiro contato do usuário com o SUS, vem também no sentido de uma mudança no modelo assistencial, superando o modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativista. Atualmente, vemos que a expressão Atenção Primária tem ganhado nova conotação pelo Ministério da Saúde e sendo inserido nos documentos oficiais. Contudo, faz-se necessário situar tal opção, pois a denominação de Atenção Básica à Saúde (ABS), além de “construir uma identidade institucional própria” foi formulada com o objetivo de estabelecer uma diferenciação com a atenção primária de caráter seletivo, focalizado, com uma cesta restrita de serviços que se configura essencialmente como uma atenção ambulatorial, voltado principalmente para populações mais pobres (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.619).

Para Giovanella e Mendonça (2012), a Atenção Primária à Saúde faz referência a “um conjunto de práticas em saúde individuais e coletivas”, e que não há um consenso em torno do emprego desse termo, identificando, segundo as autoras, três linhas principais de interpretação: (1) como um programa focalizado e seletivo, com cestas restritas de serviços; (2) como o nível de atenção de primeiro contato; e, (3) como uma forma mais abrangente de conceber o modelo assistencial e de organização do sistema de saúde.

¹ No decorrer desse estudo falaremos sobre os processos de reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil.

Esse conjunto de práticas e ações em saúde denominada de APS, durante o processo de implementação do SUS ganhou outra denominação aqui no Brasil, passando a ser chamada de Atenção Básica à Saúde e, segundo Castro e Fausto (2012, p.173), essa mudança de nomenclatura “se deve ao fato de, na época, o termo atenção primária à saúde ser associado ao enfoque restrito, predominantemente nos processos de reforma na América Latina, sob a influência das agências internacionais”. Para as autoras, tal visão era incompatível com os princípios do SUS.

De acordo com Carvalho (2014), está sendo implantado no Brasil, desde o início dos anos de 1990, um novo modelo de atenção à saúde, no qual a Atenção Básica constitui o principal instrumento para reorientação do modelo de assistência. Não obstante as recentes mudanças (após o afastamento da presidenta Dilma em 2016) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) buscarem “resgatar” o caráter focalizado e seletivo do formato da APS no país.

Com a preocupante prevalência de situações relacionadas à Saúde Mental, como transtornos mentais, uso abusivo e problemático de substâncias psicoativas, além de uma variedade de sofrimentos difusos, a Atenção Primária à Saúde (APS), através da Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se como *locus* privilegiado de ações e um lugar, território, de cuidado fundamental para o enfrentamento desta problemática. Diversos autores (MENDES, 2010; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; LAVRAS, 2011; SILVA, 2011; CECÍLIO et al., 2012) compreendem o papel da APS e da ESF como ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde no território, bem como parte integrante e essencial de um sistema de saúde organizado a partir das redes de atenção à saúde. A APS como parte integrante das redes de atenção à saúde deve se estruturar segundo sete atributos: Primeiro contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na família; Abordagem familiar e Orientação comunitária (COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE, 2010). Com base nesses atributos, a APS fortalece os vínculos, o acolhimento, a capacidade de ampliar o diálogo e o cuidado com indivíduos, família e comunidade.

A Atenção Básica representa o ponto de referência para a saúde do sujeito, pois é responsável pelo acolhimento das necessidades de saúde e manutenção de referência com outros níveis de atenção (AZEVEDO; GUIMARÃES; DANTAS; ROCHA, 2014). Nesse contexto, a ESF tem como proposta reordenar e promover a transformação do modelo tradicional de atenção à saúde. Aposta na aproximação do serviço de saúde com a comunidade e destaca a importância do vínculo nas ações de saúde (GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

O cuidado em saúde realizado na Atenção Básica e implementado por meio da ESF é considerado o eixo estruturante do sistema de saúde do país, pois, além de ser a porta de entrada

do SUS, gerencia os encaminhamentos, coordena e integra o trabalho realizado por outros níveis de atenção e acompanha, de maneira longitudinal, a saúde do sujeito durante a vida (GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

A inserção das práticas de saúde mental na Atenção Básica à Saúde vem ganhando interesse crescente, despertando a atenção dos diversos atores envolvidos, e se constituindo como uma temática discutida, a cada dia com maior frequência, nos diversos espaços de construção de saberes e práticas voltadas à produção e reprodução do cuidado em saúde.

Dadas essas características, pode-se afirmar que a ESF se configura como um espaço privilegiado de intervenção em saúde mental, desempenhando um papel importante na assistência às pessoas em situação de sofrimento psíquico e/ou transtorno mental e suas famílias, contempla a territorialidade, o estabelecimento de vínculos, além de outros princípios e diretrizes, como a integralidade, que se aproximam da atenção psicossocial exigida pela Reforma Psiquiátrica (AZEVEDO; GUIMARÃES; DANTAS; ROCHA, 2014).

A Estratégia Saúde da Família tem o potencial de contribuir para a desmistificação da loucura no cotidiano de vida dos sujeitos e das famílias que vivenciam a experiência de adoecimento mental (SOUZA, 2006). No entanto, embora a inserção das práticas de saúde mental na Atenção Básica possua suas características peculiares, como promover o bem-estar e realizar ações preventivas em âmbito coletivo e individual, além de estabelecer um cuidado mais humanizado na área da Saúde Mental, são presentes as dificuldades na implementação dessas práticas na referida Estratégia (AZEVEDO; GUIMARÃES; DANTAS; ROCHA, 2014).

A pouca afinidade das equipes da ESF com os conceitos de saúde e doença mental distancia a Unidade Básica de Saúde (UBS) das necessidades da população nesse campo, daí a atitude mais frequente é o encaminhamento para os serviços especializados (BARBAN; OLIVEIRA, 2007). Não apenas a UBS, do ponto de vista físico e como espaço onde é prestada a assistência à saúde, mas também os profissionais das equipes precisam conhecer e intervir nas reais necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade.

De acordo com Amarante (2007), Saúde Mental é uma área do conhecimento muito extensa e complexa, plural, intersetorial e com grande transversalidade de saberes, porém de atuação técnica no âmbito das políticas de saúde. Para o referido autor, não se pode resumir o campo da saúde mental ao estudo e tratamento das doenças mentais, pois “qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social” (p.19).

Nesse sentido, compreendemos que a análise do campo de Saúde Mental requer um olhar sobre o cuidado prestado pelos profissionais de saúde, e que o mesmo deve estar

embasado numa atenção psicossocial, que não exclui os aspectos biológicos, mas, pelo contrário, incorpora outros elementos da própria constituição do sujeito.²

Os cuidados da atenção psicossocial no território dependem da proximidade física com o lugar real de vida e existência das pessoas e, por isso, a Saúde Mental na Atenção Básica é um lugar estratégico de desinstitucionalização (que não se resume à desospitalização) e superação da lógica manicomial (KINOSHITA et al., 2016).

O modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil é hegemônico pelo modelo psiquiátrico, oriundo do modelo biomédico, que “teve como uma de suas características principais um sistema ‘terapêutico’ baseado na hospitalização” (AMARANTE, 2007, p.61), e atualmente na medicalização do sofrimento psíquico. Após a Segunda Guerra ganhou força a concepção de que o “tratamento psiquiátrico deveria ser realizado junto à família e à comunidade, em vez de em instituições isoladas, distantes e impessoais” (KINOSHITA, 2016, p.54).

No entanto, o termo “desinstitucionalização” não se limita apenas a fazer o contraponto às instituições psiquiátricas (manicômios, asilos, hospitais psiquiátricos, e até mesmo aos novos dispositivos como os CAPS, as Comunidades Terapêuticas, por exemplo), mas, como diz Amarante (2007, p.61) a um “sistema fundado na vigilância, no controle e na disciplina”. E que, para isso, devemos tratar da desinstitucionalização para além da reestruturação de serviços ou criação de novos dispositivos, e sim como um processo com base em princípios éticos de um cuidado integral e humanizado.³

Em se tratando da assistência à saúde mental, tem ocorrido (ou pelo menos vinha ocorrendo) no Brasil uma reestruturação dos serviços, sobretudo através dos CAPS e da RAPS, no entanto, “sua efetivação no contexto da atenção básica tem encontrado alguns obstáculos na produção dos serviços de saúde. A leitura que se faz em algumas realidades é a de que a equipe da ESF está empenhada e preparada para desenvolver as políticas ministeriais referentes à saúde da mulher, da criança, dos portadores de doenças crônicas, e despreparada para atender ao portador de transtorno mental e sua família” (AZEVEDO; GUIMARÃES; DANTAS; ROCHA, 2014, p.542).

²No livro *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, Amarante (2007) apresenta uma discussão acerca da constituição desse campo, abordando elementos históricos, políticos e conceituais.

³Para um maior aprofundamento e entendimento do termo **desinstitucionalização** e **desospitalização**, ver o livro *Autopoiese e Reforma Psiquiátrica* de Roberto T. Kinoshima (2016), onde são discutidos as origens e o uso dos termos em diferentes países, como EUA e Itália, por exemplo, e que se constituíram com grandes movimentos e processos de reformas psiquiátricas.

Dito de outra forma, por um lado, as equipes de Saúde da Família atuam no cotidiano com base num trabalho pré-determinado, institucionalizado, muitas vezes, limitando-se ao que está estabelecido verticalmente. No trabalho prescrito, a instituição define, previamente, “uma produção, um trabalho, os meios para realizá-lo: estes são determinados a partir de regras, de normas e de avaliações empíricas” (DANIELLOU; LAVILLE; TEIGER, 1989, p.7).

Por outro lado, é necessário destacar a complexidade do processo de trabalho em saúde no contexto da ESF e dificuldades diversas, tais como: profissionais de saúde responsáveis por um cuidado e território específicos, com problemas sociais e de saúde multivariados; atividades e procedimentos de saúde diversos; enfrentamento da precarização trabalhista; falta de recursos financeiros e humanos; problemas estruturais; ausência de controle social; interferências ‘políticas’ na organização e ações da UBSF (AZEVEDO; GUIMARÃES; DANTAS; ROCHA, 2014, p.542).

Uma parte expressiva de profissionais que atuam na ESF ainda não visualiza a saúde mental (ou o transtorno mental) enquanto parte de sua demanda, e sim como um elemento estranho e desestabilizador da rotina assistencial do serviço de saúde (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

A mudança de lógica de tratamento direcionado às pessoas em situação de saúde-doença mental e suas famílias também representa uma mudança de paradigma importante no processo de trabalho em saúde, no sentido de superação de uma pretensa naturalidade da doença mental.

A orientação das políticas de atenção à saúde mental no Brasil, ao redirecionar as ações para os serviços extra-hospitalares e territoriais, pretende que novas estratégias de cuidado sejam consolidadas e antigos padrões assistenciais sejam superados (SILVEIRA; VIEIRA, 2009). Para esses autores, a ESF parece ser uma tecnologia de produção do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico a ser explorada e melhor desenhada, enquanto possibilidade de atenção comunitária e territorial em saúde mental.

É imperativa a necessidade de ampliação de estudos que abordem a Atenção Básica e sua relação com o cuidado em Saúde Mental, pois mesmo sendo no nível primário de atenção um dos principais campos de atuação no qual essa assistência deve acontecer e desenvolver suas práticas de cuidados à saúde, notamos que ainda há uma enorme necessidade de integração entre os referidos campos.

Com base no pressuposto de que nenhum serviço (ou rede de atenção) atuando isoladamente pode promover o cuidado integral, faz-se necessária a articulação e a integração dos diferentes níveis e redes de atenção à saúde, com a finalidade de uma prestação integral, efetiva e humanizada de cuidados em saúde.

Nesse contexto, a área da Saúde Mental vem transformando a maneira, o objeto, a finalidade e os instrumentos de trabalho e, por conseguinte, as práticas de cuidado no campo. Para Bourdieu, *campo* configura-se como a “estrutura das relações objetivas entre os agentes que determina o que eles podem e não podem fazer” (2002, p.23). É na relação entre as diferentes “fontes de campo”, isto é, entre as diferentes empresas de produção, que se engendram o campo e as relações de força que o caracterizam.

A configuração do campo da Saúde Mental procura também construir um novo *habitus* na maneira de produzirmos o cuidado em saúde mental. Para Bourdieu (1977), *habitus* seria

uma capacidade infinita de engendrar produtos – pensamentos, percepções, expressões, ações – cujos limites são fixados pelas condições históricas e socialmente situadas de sua produção, a liberdade condicionante e condicional que ele garante está tão distante de uma criação da novidade imprevisível quanto o está de uma reprodução mecânica simples dos condicionantes iniciais (citado por HARVEY, 2017, p.202).

Essas mudanças foram (e ainda vêm sendo) capitaneadas pelo processo social de Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, principalmente a partir das décadas de 1970-80, e que, inseridos no universo mais amplo, na totalidade das políticas de saúde (e da saúde mental/atenção psicossocial), disputam através dos seus agentes (indivíduos, coletivos e instituições) as concepções, o discurso, políticas e práticas em saúde mental, que estão presentes nas “instituições que produzem, reproduzem e difundem” (BOURDIEU, 2002, p.20) esse campo científico específico. Para esse autor, a área científica, como toda área do conhecimento, “é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças” (Id., p.22).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, situada na disputa por esse campo científico, “propõe um modelo de atenção centrado nos serviços comunitários para substituir o cuidado hospitalar, seguindo as mesmas orientações das políticas de saúde mental encontradas no cenário internacional” (CARVALHO, 2014, p.60), buscando a desinstitucionalização, o cuidado no território e por equipe multidisciplinar, a superação do estigma e preconceito com a loucura ou doença mental.

A Reforma Psiquiátrica é, segundo Amarante (2007; 2015a; 2015b), um processo social complexo que possui, pelo menos, quatro dimensões: 1. dimensão **teórico-conceitual** (ou epistêmica); 2. dimensão **técnico-assistencial**; 3. dimensão **jurídico-política**; e, 4. dimensão **sociocultural**.

Assim sendo, um primeiro grande desafio é poder superar esta visão que reduz o processo à mera reestruturação de serviços, muito embora se torne evidente que os mesmos tenham de ser radicalmente transformados e os manicômios superados. Mas

esta transformação não deve ser o objetivo em si, e sim consequência de princípios e estratégias que lhes são anteriores. (AMARANTE, 2007, p.63).

Ainda de acordo com Amarante (2007), a Saúde Mental é um campo de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, vigorosamente complexo, plural, intersetorial e com tanta transversalidade de saberes como poucos campos de conhecimento.

Nesse sentido, entendemos que Saúde Mental e Atenção Básica são campos científicos que buscam o cuidado à saúde de forma integral, e que “convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de prática na área de Saúde” (BRASIL, 2013, p.29). Contudo, a Atenção Básica e a ESF precisam estar qualificadas para responder às demandas constantes e diversas, oriundas do seu território e da população adstrita. Assim, conforme Cabral (2013, p.151), “redimensionar um modelo de atenção à saúde, de forma que ele esteja em sintonia com as novas concepções de saúde defendidas pelo SUS, requer constante movimento de reflexão embutido na práxis”, sendo esse movimento um desafio colocado na produção do cuidado para a Atenção Básica.

Para Silveira e Vieira (2009),

A multideterminação dos problemas de saúde que atingem as comunidades exige respostas variadas e igualmente complexas que não se restrinjam a ações de cunho médico, nas quais prevalecem abordagens curativas e assistenciais, mas que coloquem em cena novos elementos no campo de forças da construção da saúde, nas quais múltiplos fatores convivem e intervêm: biológicos, sociais, econômicos e ambientais (SILVEIRA; VIEIRA, 2009, p.146).

No contexto da Estratégia de Saúde da Família, a reorientação no processo de trabalho, conforme os preceitos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, os princípios do SUS e as orientações da atenção básica requerem dos profissionais e equipes de saúde uma concepção ampliada e integral de saúde. Dessa forma, “deslocar a saúde mental do espaço de isolamento que, tradicionalmente, ocupa na Saúde Pública exige uma renovação e re colocação do problema das ações de saúde mental na atenção básica” (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Assim, o nosso **objeto de estudo** são os sentidos do cuidado em Saúde Mental na ESF a partir dos discursos de profissionais de saúde. Entendendo, conforme Orlandi (2020), que o discurso é “palavra em movimento”, estudar o discurso é observar o ser humano falando, compreendendo “a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história”.

Por esse tipo de estudo se pode conhecer melhor aquilo que faz o homem um ser especial com sua capacidade de significar e significar-se. A Análise de Discurso concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural

e social. Essa mediação, que é o discurso, torna possível tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que ele vive. O trabalho simbólico do discurso está na base da produção da existência humana (ORLANDI, 2020, p.13).

Nosso objeto não se limita às falas, às palavras, mas toma o discurso enquanto objeto sócio-histórico, buscando “pensar o sentido dimensionado no tempo e no espaço das práticas do homem” e, partindo da noção de que a língua materializa o discurso, entendemos que o discurso é a materialidade da ideologia, “é o lugar em que se pode observar essa relação entre língua e ideologia, compreendendo-se como a língua produz sentidos por/para os sujeitos” (ORLANDI, 2020, p.14).

Buscando compreender o sentido do trabalho na ESF e na produção do cuidado em Saúde Mental, “considerando a produção de sentidos enquanto parte de suas vidas, seja enquanto sujeitos, seja enquanto membros de uma determinada forma de sociedade” (ORLANDI, 2020, p.14), e que o cuidado em Saúde Mental faz parte do cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF), surgiram as seguintes **questões que nortearam** o nosso estudo:

- a) De que maneira e com base em quais pressupostos (concepções) os profissionais da ESF desenvolvem o cuidado em saúde mental?
- b) Quais os contextos institucionais, conjunturais e estruturais e que tipo de relação se estabelece entre as equipes de SF, CAPS, NASF para a produção desse cuidado?
- c) Quais os sentidos produzidos, a partir dos discursos dos profissionais, no trabalho na Estratégia Saúde da Família e no cuidado em saúde mental em seu território?

Essas questões, levantadas a partir da experiência/vivência e das leituras e revisões na literatura científica da área, conformam o escopo das perguntas de pesquisa do estudo.

O **pressuposto central** do nosso estudo é: os sentidos do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), e mais especificamente na produção do cuidado em saúde mental, submetem-se, em todas as instâncias, à contradição capital-trabalho, e as condições de produção do discurso dos sujeitos profissionais estão submetidas a essa contradição. O predomínio da lógica do capital nos processos de formação profissional e implantação de políticas públicas de saúde determina e condiciona o trabalho na ESF à lógica hegemônica dos paradigmas da modernidade, da racionalidade científica biomédica, seja no trabalho na ESF, seja na Saúde Mental/Atenção Psicossocial, a esfera biologicista, a-histórica, com centralidade na doença e nas queixas-condutas, prevalecem, a despeito de todo processo de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Além disso, a formação, o trabalho para o cuidado em saúde, as políticas e programas de saúde, as condutas e prioridades sofrem determinações e influências dos

aparelhos do Estado⁴ e do campo científico hegemônico, bem como do complexo industrial da saúde (farmacêutica, laboratorial, equipamentos, insumos, etc.).

A formação em saúde institucionalizada nos aparelhos formadores, como faculdades, institutos, Universidades, centros de ensino e pesquisa, por exemplo, cumprem o papel de reprodução das formações ideológicas e discursivas as quais se filiam, conscientemente ou não. Por sua vez, as práticas de saúde, e em particular na ESF, compõem uma instância ideológica “sob a forma de *formações ideológicas* que, ao mesmo tempo, possuem um caráter ‘regional’ e comportam posições de classe” (PECHEUX, 2014, p.132, grifo do autor), e os sentidos expressos nos discursos podem evidenciar os pressupostos do nosso estudo. Em uma palavra: o pressuposto central do nosso estudo é que os sentidos do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família estão submetidos às contradições capital-trabalho.

⁴ Quando nos referimos aos aparelhos do Estado, estamos nos referindo ao que Louis Althusser (1992) designou como por Aparelhos Ideológicos de Estado, doravante AIE, um certo número de realidades que se apresentam ao observador imediato sob a forma de instituições distintas e especializadas: religioso (igrejas), escolar, familiar, jurídico, político, de informação (imprensa) e cultural.

2 JUSTIFICATIVA

As situações de sofrimento e adoecimento, decorrentes ou com influência na saúde mental das pessoas e da família, vêm aumentando consideravelmente e ganhando relevância em âmbito mundial. Nesse sentido, as questões norteadoras deste estudo remetem a algumas considerações que **justificaram** a sua realização, tendo em conta a magnitude da problemática expressa a seguir:

a) A carga de perturbações mentais é grande. A estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que 154 milhões de pessoas sofrem de depressão e 25 milhões de pessoas de esquizofrenia; 91 milhões de pessoas são afetadas por perturbações do abuso de álcool, 15 milhões por perturbações do abuso de drogas e cerca de 877.000 pessoas morrem por suicídio a cada ano (OMS, 2008, p.23).

As perturbações mentais ocorrem em todas as sociedades. Elas criam uma carga pessoal substancial para os indivíduos afetados e as suas famílias, e levam a dificuldades econômicas e sociais significativas, que afetam o conjunto da sociedade. Como os problemas de saúde mental e físicos estão interligados, muitas pessoas sofrem das duas situações, e os serviços integrados ajudam a assegurar que as pessoas sejam tratadas de uma maneira holística/integral, satisfazendo as necessidades de saúde mental de pessoas com doenças físicas, assim como as necessidades de saúde física de pessoas com perturbações mentais. O déficit de tratamento em relação às perturbações mentais é enorme e a maioria das pessoas com perturbações mentais, que são tratadas em cuidados primários, apresenta bons resultados, particularmente quando ligados a uma rede de serviços ao nível secundário e na comunidade. (OMS, 2008);

b) Segundo estimativas brasileiras, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessitam de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Quanto aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge a cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas (BRASIL, 2013). Outros estudos têm demonstrado, a partir de pesquisas epidemiológicas, a magnitude da problemática tanto no Brasil quanto na América Latina e Caribe⁵. No estudo de Gonçalves et al. (2014) revelou altas taxas de prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC), ansiedade e depressão em quatro capitais brasileiras; e Santos e Siqueira (2010) que, através de uma revisão sistemática de 1997

⁵ Ver estudo de Kohn et al. (2005) intitulado *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*.

a 2009, identificaram alta prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira, variando entre 20% e 56% acometendo principalmente mulheres e trabalhadores.

Pesquisa multicêntrica realizada por Gonçalves et al. (2014), durante os anos de 2009 e 2010 em quatro capitais de estados (Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre) que representam diferentes regiões do Brasil com consideráveis diferenças geográficas e culturais, demonstrou que a prevalência de problemas de saúde mental nos cuidados de saúde primários é alta, especialmente transtornos mentais comuns em todos os países de baixa e média renda, com proporções de prevalência particularmente altas no Brasil.

A taxa de transtornos mentais comuns (TMC) nos usuários do Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre foram, respectivamente, 51,9%, 53,3%, 64,3% e 57,7%. Os problemas de saúde mental foram especialmente altos em mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda. Gonçalves et al. (2014) advogam que dadas as iniciativas do governo brasileiro para o desenvolvimento dos cuidados primários e para a reorganização da política pública de Saúde Mental, é importante considerar os transtornos mentais comuns como uma prioridade tal como outras morbidades crônicas.

Segundo o referido estudo, no Chile e na Nicarágua, a TMC é de 53% e 47%, respectivamente, semelhante à Índia, que é de 50%. Mesmo nos países europeus, existe uma alta prevalência de morbidade psiquiátrica. A depressão está presente em 37% dos pacientes no Reino Unido, 32,7% em Portugal, 35% nos Países Baixos e 34,4% na Espanha e na Bósnia. Existem diagnósticos CID-10 em 49,7% dos pacientes de cuidados de saúde primários na Dinamarca.

Os dados desses estudos epidemiológicos, baseados em critérios diagnósticos, evidenciam que existe uma alta prevalência de transtornos mentais comuns na Atenção Básica, independentemente dos níveis médios de renda.

No Brasil, algumas situações podem justificar essa alta prevalência, como a violência urbana generalizada e condições socioeconômicas adversas, como identificado nesse estudo de Gonçalves et al. (2014) e que relata altos níveis de prováveis problemas de saúde mental em quatro capitais e identifica associações entre características sociodemográficas e problemas de saúde mental Atenção Primária em Saúde.

c) Produzir saúde mental em territórios complexos cobertos pela ESF é ir contra o senso comum e contra tradições asilares (LANCETTI, 2017, p. 27). Conforme esse estudioso, a operacionalidade da Saúde Mental no território é uma práxis complexa, em contraposição ao modelo manicomial que funciona em uma dada simplificação, pois no método de trabalho da ESF, a Saúde Mental praticada no território tende a atender prioritariamente as pessoas e

famílias que estão em maior risco (suicidas, violentados, usuários problemáticos de drogas, p.ex.), ou seja, “aqueles que não vão às consultas, os que não solicitam ajuda, os que mais necessitam e não necessariamente os que mais demandam” (LANCETTI, 2013, p.93).

d) A atuação da equipe de Atenção Básica é fundamental, tanto no atendimento aos transtornos psíquicos de menor gravidade, quanto no acompanhamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, em que a continuidade do cuidado deve ser garantida por meio de um trabalho integrado com profissionais de outros dispositivos como os CAPS, entre outros da rede de atenção à saúde (CARVALHO, 2014).

e) Dados do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁶, em 2014, apontam que 88% das equipes de Atenção Básica atendem pessoas em sofrimento psíquico. Mas somente 65% das equipes recebem apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para auxiliar na resolução de casos considerados complexos e uma proporção ainda menor, 40% dos serviços, informa que tiveram preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico. A avaliação psicossocial acontece em 65% desses serviços, mas somente 39% realizam intervenções na comunidade e 32% ofertam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas às questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção da saúde. O referido Programa tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde, mediante um processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa (BRASIL, 2011a).

f) Os sentidos do cuidado em saúde mental na ESF podem ser expressos através dos discursos dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado (profissionais) – posição sujeito-profissional, entendendo que “só há prática através de e sob *uma* ideologia” e “só há ideologia pelo sujeito e para sujeitos” (PÊCHEUX, 2014, p.135), estando os discursos submetidos as condições materiais de produção, sendo afetados por *formações ideológicas*, e “todo processo discursivo se inscreve numa relação ideológica de classes” (Idem, p.82).

Para o referido autor,

o sentido de uma palavra, de uma expressão, de uma preposição etc., não existe “em si mesmo”, mas ao contrário, é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, expressões e proposições são produzidas (isto é, reproduzidas) (PÊCHEUX, 2014, p.146).

⁶ Em 2011, a Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB (BRASIL, 2011b).

Conforme Pêcheux (2014), as palavras “adquirem seu sentido em referência a posições ideológicas, às *formações ideológicas* nas quais essas posições se inscrevem”, e recebem seu sentido em dadas *formações discursivas*, aqui consideradas como “aquilo que, numa formação ideológica dada, a partir de uma posição dada numa conjuntura dada, determinada pelo estado da luta de classes, determina *o que pode e deve ser dito*” (p.147).

Michel Pêcheux, em sua obra “Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio” (publicada em 1975) apresenta elementos - categorias teóricas - que nos permitem compreender os processos discursivos inscritos na relação de classes sociais, portanto, sob “condições ideológicas da reprodução/transformação das relações de produção”. No entanto, o autor nos alerta que o campo ideológico “não é, de modo algum, o único elemento dentro do qual se efetuará a reprodução/transformação das relações de produção de uma formação social”, e que em última instância, tais relações são condicionadas pelas determinações econômicas (PÊCHEUX, 2014, p.129).

Nessa mesma linha, Silva e Amaral (2015, p.6) salientam que “os efeitos da economia não se restringem à esfera política, mas atuam em diversas esferas, dentro de condições impostas pela própria esfera em questão”, ou seja, as determinações econômicas vão além da esfera ideológica, atravessando todas as dimensões da vida humana.

Uma questão fundamental colocada por Pêcheux, ainda sobre a reprodução/transformação das relações de produção, e que para nós, é a base estrutural da sociedade, é “o caráter intrinsecamente contraditório de *todo modo de produção que se baseia numa divisão em classes, isto é, cujo ‘princípio’ é a luta de classes*” (p. 130, grifo do autor). Pêcheux (2014) continua,

Isso significa, em particular, que consideramos errôneo localizar em pontos diferentes, de um lado, o que contribui para a reprodução das relações de produção e, de outro, o que contribui para sua transformação: a luta de classes atravessa o modo de produção em seu conjunto, o que, na área da ideologia, significa que a luta de classes “passa por” aquilo que L. Althusser chamou os aparelhos ideológicos de Estado (p.130).

Consoante com Marx e Engels, que a “história de todas as sociedades até hoje existentes é a história das lutas de classes” (2010, p.40), e que as lutas atravessam os modos de produção em seu conjunto, conforme exposto por Pêcheux, compreendemos que, “as ideologias não são feitas de ideias, mas de práticas” (PECHEUX, 2014, p.130), da prática da vida real, como diz Marx e Engels (2009, p.31), pois “a produção das ideias, das representações, da consciência

está em princípio diretamente entrelaçada com a atividade material e o intercâmbio material dos homens, linguagem da vida real”.

Dentre as justificativas aqui apresentadas, a última (“f”) precisa ser mais enfatizada, por ser um eixo central no qual está embasado nosso objeto de estudo, no entrelaçamento dos discursos e dos sentidos que lhes são atribuídos. Dessa forma, apresentamos um pressuposto fundamental elaborado por Pêcheux (2014, p.146): “o sentido de uma palavra, de uma expressão, de uma proposição, não existe ‘em si mesmo’, mas ao contrário, é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, expressões e proposições são produzidos (isto é, reproduzidas)”.

O autor apresenta essa tese considerando que as palavras, expressões, proposições etc., “mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam” (p.146-7), adquirindo sentido em referência às *formações ideológicas* nas quais se inscrevem, e recebem seu sentido da formação discursiva na qual são produzidas. Dessa forma, “os indivíduos são interpelados em sujeitos-falantes (em sujeitos de *seu* discurso) pelas formações discursivas que representam ‘na linguagem’ as formações ideológicas que lhes são correspondentes” (p.147). Pêcheux fala de uma “intricação” das formações discursivas nas formações ideológicas, “intricação cujo princípio se encontraria precisamente na ‘interpelação’” (2014, p.146-7).

Eni Orlandi, estudiosa brasileira da Análise de Discurso (AD), com base em Michel Pêcheux, contribui com essa discussão, reforçando que “os sentidos não estão nas palavras”, mas “aquém e além delas”, enfatizando também que “as palavras mudam de sentido segundo as posições daqueles que as empregam”. Nesses termos, para a referida autora, a noção de formação discursiva permite compreender o processo de produção de sentidos, a sua relação com a ideologia e possibilita o estabelecimento de regularidades no funcionamento do discurso (2020, p. 40).

Para Orlandi, “o discurso se constitui em seus sentidos porque aquilo que o sujeito diz se inscreve em uma formação discursiva e não outra para ter um sentido e não outro” (p.41), sendo assim, imprescindível identificarmos, nos discursos, as formações discursivas nas quais o sujeito do discurso se inscreve. Orlandi ainda chama a atenção de que é por aí que “podemos perceber que as palavras não têm um sentido nelas mesmas, elas derivam seus sentidos das formações discursivas em que se inscrevem” (Id.).

As formações discursivas, por sua vez, representam no discurso as formações ideológicas. Desse modo, os sentidos sempre são determinados ideologicamente. Não há sentido que não o seja. Tudo que dizemos tem, pois, um traço ideológico em relação a outros traços ideológicos. E isto não está na essência das palavras mas na discursividade, isto é, na maneira como, no discurso, a ideologia produz efeitos,

materializando-se nele. O estudo do discurso explicita a maneira como linguagem e ideologia se articulam, se afetam em relação recíproca (ORLANDI, 2020, p.41).

Conforme Orlandi, é “pela referência à formação discursiva que podemos compreender, no funcionamento discursivo, os diferentes sentidos”, pois a ideologia, conforme discutimos anteriormente, “é condição para a constituição do sujeito e dos sentidos” (2020, p.42). Desse modo, mesmo que de forma preliminar, situamos nosso estudo no campo discursivo, a partir dessas considerações sobre o discurso, os sentidos, o papel da ideologia, as formações ideológicas e discursivas.

Outras questões, do ponto de vista da reflexão acerca da temática do nosso estudo, colaboram para a sua justificativa, como entendermos que o cuidado prestado na Estratégia Saúde da Família (ESF) e na Saúde Mental é complexo e dinâmico, carecendo análises mais profundas, sem deixar de serem amplas o suficiente para avançar na compreensão da temática.

Vejamos que o cuidado em saúde mental na ESF adquire relevo no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobretudo, com a constituição da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, que coloca a ESF como um ponto de atenção da rede. Nesse sentido, situamos a Lei nº 10.216 de 2001 como marco temporal importante, do ponto de vista da legislação, para o que se convencionou chamar de “Reforma Psiquiátrica”. Por sua vez, o marco político da Reforma Psiquiátrica precede a aprovação da lei, e podemos considerar a organização do Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB) no final da década de 1970, bem como, segundo Amarante (2015a; 2015b), a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1987, no contexto do pós 8ª Conferência Nacional de Saúde, e o II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental⁷ naquele mesmo ano.

A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, buscou uma maior integração com a atenção básica e Estratégia Saúde da Família, com destaque para a atuação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantados em 2008.

Oriundas de um mesmo processo político social, o contexto da luta pela redemocratização do país, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica tiveram suas propostas e princípios (se não todos, mas uma parte considerável) assumidas pelo governo brasileiro em discursos oficiais. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.22), ambas as Reformas “são parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Não é por

⁷ Entre os dias 03 a 06 de dezembro do ano de 1987 acontece o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, no Estado de São Paulo, quando os trabalhadores incluem os usuários e seus familiares e passa a se denominar Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Radicaliza a luta contra a violência dos manicômios ao adotar como lema: **Por uma sociedade sem manicômios**. Cria o dia Nacional da Luta Antimanicomial e fica conhecido como o Congresso de Bauru. (LAPS/ENSP/FIOCRUZ).

acaso que, tanto no campo da Atenção Básica quanto da Saúde Mental, saúde e cidadania são indissociáveis”. Esse discurso foi enunciado pelo governo federal ao menos até o período imediatamente anterior ao afastamento da presidenta Dilma Rousseff em 2016.

Para Machado (2020, p.5),

a democratização da sociedade e a reforma sanitária, nos anos 1980, impulsionaram as ideias e as iniciativas de mudanças na área, bem como foram por elas favorecidas, dada a relevância do movimento antimanicomial no âmbito dos processos de luta pela ampliação dos direitos e da noção de cidadania.

Dito isto, retornamos à relação Atenção Básica/ESF e Saúde Mental.

A necessária integração da Saúde Mental à Atenção Básica é condição *sine qua non* para a promoção de um cuidado integral, resolutivo, acolhedor e humanizado, sob a pena de reproduzirmos o modelo asilar/manicomial em estruturas aparentemente “abertas”, mas que na sua essência fortalece e reproduz a medicalização social e psiquiatrização da saúde/doença mental.

Também partimos do pressuposto de que a chamada “questão social”⁸, e não apenas os determinantes sociais da saúde (DSS), é uma determinação essencial, mas não a única, da problemática da saúde e em específico da Saúde Mental. Pois, dentro de uma racionalidade fenomênica, a problemática da saúde/doença mental dá ênfase aos dados empíricos, deixando à margem a razão ontológica, as verdadeiras causas ou essência do aumento dessa problemática.

Concordamos com Souza, Silva e Silva (2013), quando afirmam que:

as abordagens teóricas sobre os DSS tratam os problemas sociais como se fossem fragmentos da realidade que ganham autonomia. Porém, na verdade, eles constituem uma questão una – a “questão social” – com sua base material (e também humano-social) imbricada no processo de trabalho tal qual ele é desenvolvido no capitalismo (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013, p.44).

Nesses termos, é importante discutirmos também o próprio trabalho em saúde e as práticas de cuidados realizadas no cotidiano da ESF, para a construção de processos de trabalho interseccionados entre profissional/equipes, usuários/famílias, comunidade e demais serviços de saúde. Afinal, o cuidado em saúde mental “não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica”, longe disso, as abordagens e intervenções devem ser

⁸ Por “Questão Social” estamos nos referindo à pobreza, à miséria, à desigualdade social, entre outros, que na perspectiva de Marx, são produtos e resultado do próprio modo de produção capitalista, e sua existência e perpetuação é intrínseca à dinâmica do capital e indissociável a ela. Para Souza, Silva e Silva (2013) “na verdade temos são condições sociais (desigualdades, pobreza, desemprego, miséria etc.) benéficas ao capital e deletérias à saúde, fazendo com que a falta de saúde se configure, também, numa condição socialmente imposta” (p.55). Para Montañó (2012), a “questão social” é resultado da exploração econômica e não “como fenômenos autônomos e de responsabilidade individual ou coletiva dos setores por elas atingidos” (p.272) como aludido amplamente pela perspectiva liberal-burguesa, até mesmo para justificar e naturalizar a pobreza e a miséria.

“concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades” (BRASIL, 2013, p.22).

Não obstante as recentes mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), no Brasil, nos últimos anos, no bojo da Reforma Psiquiátrica, os serviços de assistência à saúde mental vêm sendo ampliados e reestruturados, em que a perspectiva de um cuidado no território, de base comunitária é incentivada também a partir da Atenção Básica, por ser um ponto da rede que possibilita, na maioria das vezes, o primeiro acesso ao sistema de saúde, e também de demandas por cuidados em saúde mental.

Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (BRASIL, 2013, p.19).

Pelas suas características, a Atenção Básica pode e deve ser um importante ponto de atenção às pessoas em sofrimento psíquico ou mesmo com algum transtorno mental. No entanto, “apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde” (BRASIL, 2013, p.19).

A inclusão de ações de saúde mental na atenção básica deve seguir o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas que permitam o acolhimento e o estabelecimento de vínculos (Idem).

Nessa perspectiva, o cuidado em saúde mental desenvolvido na Atenção Básica deve estar alicerçado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visto que “a psiquiatria tradicional nega o louco, atribuindo-lhe a doença mental e enuncia uma série de consequências por sua condição de enfermo. Nega a liberdade do doente e defende sua cura pelo isolamento, reafirmando princípios de Pinel” (PASSOS, 2015, p.177). Por isso, para fins desse estudo, há a necessidade de compreendermos concepções e conceitos acerca do cuidado em saúde para melhor avançarmos nessa complexa discussão, bem como outros conceitos, como Trabalho e trabalho em saúde, Atenção Primária/Saúde da Família, Saúde/Doença mental.

3 BASES TEÓRICAS QUE SUSTENTAM O ESTUDO: visitando conceitos e concepções

Partimos da discussão de alguns conceitos para fundamentar nosso estudo, construindo seu marco teórico-conceitual. Assim, discorreremos acerca do cuidado em saúde, trabalho, trabalho em saúde e por fim a articulação entre a Estratégia Saúde da Família e a saúde mental.

3.1 CUIDADO EM SAÚDE

Buscando as muitas significações acerca do *cuidado em saúde*, nos deparamos com autores que abordam o cuidado em várias perspectivas. Aqui traremos alguns, sem a obediência de uma cronologia, mas da concepção que trazem dessa categoria.

A partir da modernidade, a noção de cuidado em saúde ganhou conotações diferentes de épocas anteriores, bem como vem sofrendo ressignificações na contemporaneidade. Tonet (2005) faz uma importante discussão acerca da modernidade, pós-modernidade e razão. Nessa discussão, o autor faz um diálogo entre a Razão Ontológica (uma racionalidade que tem como ponto de partida uma teoria geral do Ser Social – conforme Marx – posta pelo trabalho) e a Razão Fenomênica (racionalidade que opera sobre os dados dos sentidos, partindo dos dados empíricos e encerrando neles mesmos). Ao discutir sobre a razão na modernidade, Tonet (2005) critica tanto a razão habermasiana quanto a razão dos chamados pós-modernos⁹. Esse filósofo entende que a discussão acerca do mundo moderno

(...) é, antes de mais nada, uma tomada de posição, ainda que não de forma consciente e explícita, acerca de duas formas de razão: uma, de caráter ontológico, outra, de caráter fenomênico. Ambas produzidas por esse mesmo mundo e com enormes conseqüências¹⁰ para a situação em que vivemos hoje (TONET, 2005, p.1).

Por mais que existam autores que examinam a realidade e enxergam que a modernidade foi superada e que vivemos numa pós-modernidade, para Tonet, o fundamento da sociedade moderna não foi superado, ou seja, a contradição capital-trabalho, por mais que tenha havido mudanças substanciais nessa relação.

Em conseqüência disso, pode-se dizer que o mundo moderno assenta-se sobre a contradição entre capital e trabalho e, segundo pensamos, somente deixará de ser mundo moderno quando esta contradição deixar de existir. Seria ocioso enfatizar que os dois termos da contradição sofrerão mudanças, das menores às maiores, ao longo da sua trajetória. Contudo, dificilmente se poderá dizer que essas mudanças alterarão, de modo radical, a sua essência. Mas, certamente, alterarão profundamente as formas concretas da sua existência (TONET, 2005, p.2).

⁹ Ver: TONET, Ivo. **Modernidade, pós-modernidade e razão**. Disponível em: http://ivotonet.xp3.biz/arquivos/MODERNIDADE_POS-MODERNIDADE_E_RAZAO.pdf.

¹⁰ Mantido o texto original, sem alterações ortográficas.

Com base nesse pressuposto, entendemos que na contemporaneidade, ou na modernidade alta ou tardia - conceito trazido por Giddens (2002), na sua obra *Modernidade e identidade*¹¹ -, o cuidado também é transformado em produto a ser consumido, assumindo a configuração de mercadoria na sociedade burguesa. Na referida obra, Giddens discute o uso das terminologias sociedade pós-moderna ou pós-industrial para definir o momento atual da sociedade contemporânea. O autor dá preferência à terminologia modernidade alta ou tardia, considerando que os princípios da sociedade moderna (burguesa) ainda se encontram presentes na contemporaneidade, não sendo adequado definirmos a sociedade atual como pós-moderna. Para Giddens, alta modernidade ou modernidade tardia seria “a presente fase do desenvolvimento das instituições modernas, marcada pela radicalização e globalização dos traços básicos da modernidade” (2002, p.221). Para nós, e de acordo com os autores citados, usar o termo pós-modernidade é errôneo ou inadequado, precisamente por não termos superado as condições objetivas que fundaram a sociedade moderna.

Antes de adentrarmos na discussão acerca do *cuidado em saúde*, consideramos importante apresentarmos a análise feita por Michel Foucault (2010), na obra “A hermenêutica do sujeito”, que é uma coletânea de aulas proferidas entre os anos de 1981-1982 no Collège de France, na qual o autor toma como ponto de partida a noção de “cuidado de si mesmo” – do grego: *epiméleia heautoû* – que o levou a discutir também a noção de “conhece-te a ti mesmo” – do grego *gnôthi seautón*. O autor faz essas análises e observações baseado em estudos realizados por historiadores e arqueólogos, e adverte que as noções de “cuidado de si mesmo” e “conhece-te a ti mesmo” não tinham, em sua origem, o valor que lhes foi conferido posteriormente.

Para essas reflexões, Foucault retoma o texto de Platão (2015) *Apologia de Sócrates* em que narra o seu julgamento. Para Platão, o filósofo “apresenta-se como aquele que, essencialmente, fundamentalmente e originalmente, tem por função, ofício e encargo incitar os outros a se ocuparem consigo mesmos, a terem cuidados consigo e a não descurarem de si” (FOUCAULT, 2010, p.6).

Conforme Foucault (2010), “Sócrates negligenciou sua fortuna, assim como certas vantagens cívicas, renunciou a toda carreira política, não pleiteou nenhum cargo nem

¹¹ No entanto, para uma discussão sobre a Pós-Modernidade numa perspectiva marxiana, sugerimos a leitura da obra de David Harvey (2017) intitulada *Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural*, na qual o autor traça uma discussão do ponto de vista das artes, da arquitetura e das transformações político-econômicas do capitalismo no final do século XX. Outro autor que discute o tema da pós-modernidade é Perry Anderson (1999), na obra *As origens da pós-modernidade*, na qual explora a origem do termo a partir das artes.

magistratura, para poder ocupar-se com os outros” (p.9). Então, Sócrates teria vivido em função de cumprir o papel, junto aos seus concidadãos, daquele que desperta. Nesse sentido, “o cuidado de si vai ser considerado, portanto, como o momento do primeiro despertar” (Id.), ocupando-se consigo e com o mundo ao seu entorno, o que inclui também o outro. Baseado em Sócrates, Foucault (2010) afirma que “o cuidado de si é uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravando na sua existência, e constitui um princípio de agitação no curso da sua existência” (p.9).

E não deveria ser assim também o papel dos profissionais de saúde durante o decorrer de sua vida profissional? Se deveria ser assim, porque há tanta negligência, tanto dos profissionais como principalmente das políticas de saúde (leia-se do Estado), que ao invés de promover políticas de cuidado e proteção à saúde das pessoas, disseminam práticas, por vezes excludentes e negligentes?¹²

Nessa perspectiva, para Foucault, “Sócrates é o homem do cuidado de si e assim permanecerá” (Id.). Cuidado de si não como um ato individual ou individualista/egoísta, mas como um conhecer a si mesmo, um mover-se, um despertar. Na *Hermenêutica do Sujeito*, Foucault (2010) apresenta algumas significações do “cuidado de si” [*epiméleia heautoû*] no curso da história. Destacaremos aqui três dessas significantes noções de cuidado de si:

Primeiro, como “uma atitude geral, um certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro. A *epiméleia heautoû* é uma atitude para consigo, para com os outros, para com o mundo” (FOUCAULT, 2010, p.11). Em segundo lugar,

a *epiméleia heautoû* é também uma certa forma de atenção, de olhar. Cuidar de si mesmo implica que se converta o olhar, do exterior, dos outros, do mundo, etc. para ‘si mesmo’, implica uma certa maneira de estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento, que quer dizer, ao mesmo tempo, exercício e meditação (FOUCAULT, 2010, p.12, grifos do autor).

Em terceiro lugar, a noção de “cuidado de si” [*epiméleia heautoû*] “não designa simplesmente esta atitude geral ou essa forma de atenção voltada para si”. Para Foucault, também designa “sempre algumas ações, ações que são exercidas de si para consigo, ações pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos (p.12).

O tema do cuidado de si tem, como diz Foucault, uma formulação filosófica precoce, que surge desde o século V a.C. e que até os séculos IV-V d.C. percorre toda a filosofia grega, helenística e romana, assim como a espiritualidade cristã (FOUCAULT, 2010).

¹²Aqui caberia uma discussão acerca das questões da alienação do sujeito, conforme formuladas por Marx, na qual a estrutura social, o modo de produção baseado na exploração do homem pelo homem, aprofunda a exclusão e negligência em várias, e na maioria, das relações sociais.

Enfim, com a noção de *epiméleia heautoû*, temos todo um *corpus* definindo uma maneira de ser, uma atitude, formas de reflexão, práticas que constituem uma espécie de fenômeno extremamente importante, não somente na história das representações, nem somente na história das noções ou das teorias, mas na própria história da subjetividade ou, se quisermos, na história das práticas de subjetividade (p.12).

Contudo, Foucault põe questões que nos parecem centrais ao discutirmos a noção de cuidado. O autor questiona: por que, a despeito de tudo, a noção de *epiméleia heautoû* (cuidado de si) foi desconsiderada no modo como o pensamento, a filosofia ocidental, refez sua própria história? O que ocorreu para que se tenha privilegiado tão fortemente, para que se tenha dado tanto valor e tanta intensidade ao “conhece-te a ti mesmo” e se tenha deixado de lado, na penumbra ao menos, essa noção de cuidado de si?

O próprio autor considera que “alguma coisa um tanto perturbadora no princípio do cuidado de si” deslocou sua noção original para algo com conotação egoísta, o que Foucault chama de paradoxo.

Temos pois o paradoxo de um preceito do cuidado de si que, para nós, mais significa egoísmo ou volta sobre si e que, durante tantos séculos, foi, ao contrário, um princípio positivo matricial relativamente a morais extremamente rigorosas. Outro paradoxo que também é preciso evocar a fim de explicar a maneira como essa noção de cuidado de si de certo modo perdeu-se um pouco na sombra está em que essa moral tão rigorosa, advinda do princípio “ocupa-te consigo mesmo”, essas regras austeras foram por nós retomadas e efetivamente aparecerão ou reaparecerão, quer na moral cristã, quer na moral moderna não cristã. Porém, em um clima inteiramente diferente. Essas regras austeras, cuja estrutura de código permaneceu idêntica, foram por nós reacimatadas, transpostas, transferidas para o interior de um contexto que é o de uma ética geral do não egoísmo, seja sob a forma cristã de uma obrigação de renunciar a si, seja sob a forma “moderna” de uma obrigação para com os outros – quer o outro, quer a coletividade, quer a classe, quer a pátria etc. (FOUCAULT, 2010, p.14, grifo do autor).

Foucault considera que pode haver outra razão (ou razões) para esse paradoxo da história da moral, que envolve o problema da verdade e da história da verdade, ao afirmar:

A razão mais séria, parece-me, pela qual esse preceito do cuidado de si foi esquecido, a razão pela qual o lugar ocupado por esse princípio durante quase um milênio na cultura antiga foi sendo apagado, pois bem, eu chamaria (...) de “momento cartesiano”. Parece-me que o “momento cartesiano” (...) atuou de duas maneiras, seja requalificando filosoficamente o *gnôthi seautón* (conhece-te a ti mesmo), seja desqualificando, em contrapartida, a *epiméleia heautoû* (cuidado de si) (FOUCAULT, 2010, p.14-15, grifos do autor).

Para Foucault, “certamente, entre o *gnôthi seautón* socrático e o procedimento cartesiano, a distância é imensa”. Sem se deter necessariamente a um panorama cronológico, Foucault tenta isolar três momentos da noção de *cuidado de si* que considera interessantes: o momento socrático-platônico, de surgimento da *epiméleia heautoû*na reflexão filosófica; em segundo lugar, o período da idade de ouro da cultura de si, nos dois primeiros séculos de nossa

era; e depois a passagem aos séculos IV-V, passagem, genericamente, da ascese filosófica pagã para o ascetismo cristão (FOUCAULT, 2010, p.30).

Com essa breve análise do texto de Foucault, encontramos um dos prováveis trajetos feitos pelas concepções de cuidado. E, como o autor afirma, o chamado “momento cartesiano” cumpriu um papel central na metamorfose da noção de cuidado de si. Podemos inferir que esse “momento” se relaciona com o contexto sócio-histórico e de profundas transformações que a sociedade vinha empreendendo. Uma passagem de uma visão de mundo mais metafísico, bem como feudal, para uma sociedade burguesa, moderna, liberal, mais laica, mais centrada no trabalho assalariado e na acumulação de riqueza, e que a espiritualidade e a religiosidade permaneceram com forte influência na definição dos nossos modos de conceber e praticar a *epiméleia heautoû*.

Encontramos outra compreensão do *cuidado em saúde* nas reflexões de Pinheiro (2008), aqui recuperadas no intuito de fundamentarmos esse conceito tão subjetivo, mas que traz consigo elementos objetivos que podem e devem ser operacionalizados pelos trabalhadores da saúde, seja em que nível ou ponto de atenção estejam inseridos.

Para a referida autora, *cuidado em saúde* é uma “ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde” como direito, é atender o ser humano em seu sofrimento, relação entre pessoas, como uma “atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida” (PINHEIRO, 2008, p.113). Além dessas considerações acerca do cuidado em saúde, a autora também o define como “uma dimensão da integralidade em saúde”,

(...) que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição. O ‘cuidado’ é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro (PINHEIRO, 2008, p.113, grifo da autora).

Pinheiro também destaca o papel preponderante do trabalho das equipes de forma interdisciplinar, bem como o papel dos gestores e usuários no fortalecimento e na ampliação do cuidado em saúde.

O *cuidado em saúde* é constituído da atenção à saúde que, segundo Camargo Jr. (2009, p.19), “compreende um conjunto de práticas altamente institucionalizadas, objeto de políticas específicas e regulação a partir do Estado (...)”

Por sua vez, Waldow (2007) trata do *cuidado* como essência do humano, condição de conservação, manutenção e promoção da vida, ou seja, “o cuidado é uma ação de ajuda”, que

consiste de esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajudar a outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura, quando um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas (WALDOW, 2007, p.25).

Para essa autora, numa perspectiva fenomenológica, o cuidado é “uma expressão de nossa humanidade, sendo essencial para o nosso desenvolvimento e realização como seres humanos”, entendendo-o dessa forma como uma condição humana, de estar e de viver dos seres humanos.

Uma abordagem mais filosófica do cuidado é encontrada nos escritos de Ayres (2009), baseados numa concepção de ontologia desenvolvida por Heidegger (ontologia existencial), para a qual “o Ser do humano é cuidado”, sendo o cuidado um “projetar-se responsabilizando-se”. Para Ayres, a atitude de cuidar deve ultrapassar uma “pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde” (2009, p.37).

Mendes-Gonçalves teoriza sobre as necessidades de saúde, que aqui tomaremos como sinônimo de necessidades de “cuidado em” saúde, afirmando que são, portanto, *históricas*, por constituírem “o conjunto de necessidades de toda ordem que *devem* estar presentes para a reprodução do homem em um certo período e em uma certa sociedade, e eventualmente, em cada grupo particular de homens nessa sociedade” (2017, p. 327).

Por seu turno, Souza e Mendonça (2017) fazem uma discussão acerca da relação trabalho, ser social e cuidado em saúde, a partir de Marx e Lukács, concebendo o cuidado enquanto uma práxis específica, particular, que deriva do trabalho humano enquanto elemento fundante do ser social.

Nossa premissa fundamental consiste em conceber o cuidado enquanto práxis particular. Esta concepção tem duas implicações mais imediatas: 1) o cuidado é componente do complexo universo das atividades humanas, ou seja, é uma particularidade da práxis social (o conjunto das atividades humanas sensíveis, no qual objetividade e subjetividade são indissociáveis, embora a primeira seja a determinação predominante); 2) o trabalho é o seu modelo originário. Na verdade, estas duas implicações se confundem em uma só, porquanto o caráter humano do cuidado esteja consignado ao caráter fundante do trabalho para com o processo de humanização (SOUZA; MENDONÇA, 2017, p.544).

Para Souza e Mendonça, o ser humano (natural, biológico) se constitui enquanto um ser social através da relação homem-natureza, que determina a modificação (ou metamorfose) de

outras práticas sociais, como o cuidado em geral, nas diferentes conformações do processo de trabalho e da forma como os meios de produção estão apropriados e instituídos nas diferentes épocas e sociedade. Assim, “é no âmbito do ser social que ele consegue romper com as limitações naturais, afastando-se das mesmas, porém sem prescindir-la” (p.550), metamorfoseando-se e adquirindo o caráter técnico-científico a partir da sociedade moderna (SOUZA; MENDONÇA, 2017).

Com base nas concepções dos autores citados, consideramos que há certo consenso que o *cuidado em saúde* é uma prática social, voltada para a satisfação da necessidade de saúde, proteção da vida, intrínseca do ser humano que o exerce com intencionalidade, sentido de sobrevivência e também amparado em valores de solidariedade e humanitários, desenvolvido e aperfeiçoado no decorrer da própria história humana, ganhando uma conformação profissional, técnico-científica com o advento da sociedade moderna. No entanto, o que consideramos fundamental, para o que propomos nesse estudo, é compreender os sentidos do cuidado em saúde mental e as condições a que está submetido, enquanto uma particularidade do trabalho humano voltado para atender outros humanos. Nesse sentido, faz-se importante discutir o cuidado em saúde também como trabalho em saúde, sendo esse o caminho teórico-conceitual que escolhemos para desenvolver essa discussão.

3.2 TRABALHO E TRABALHO EM SAÚDE

Como apresentamos anteriormente, o *cuidado em saúde* constitui uma prática social, uma *práxis* (teoria e prática) alicerçada no trabalho humano mais geral, ou seja, na relação material estabelecida entre o homem e a natureza, que determina todas as outras práticas sociais ou outras formas de trabalho.

Nesse momento, discutiremos o trabalho em saúde como sinônimo de cuidado em saúde, no sentido de abordar algumas considerações de autores que apresentam esses conceitos, de certa maneira, como equivalentes. Assim, para nos aproximarmos¹³ dessa discussão, trataremos de discutir a categoria Trabalho em Marx, para quem o trabalho é, antes de tudo, “um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza” (MARX, 1983, p.149).

A partir de Marx, Mendes-Gonçalvez (2017, p.268) afirma que

¹³Para maior aprofundamento dessa temática, sugerimos os textos de Souza (2016; 2020), Souza e Mendonça (2017) e Souza, Silva e Silva (2013).

o trabalho em saúde lida com um estranho objeto, na medida em que é satisfatoriamente redutível a um objeto natural - o corpo humano biológico - ao mesmo tempo que lida com o objeto social - as normas sociais associadas aos estados de existência individuais e coletivas (sociais) daqueles mesmos corpos.

Corroborando essa concepção, consideramos que

o trabalho constitui o processo de mediação entre homem e natureza, visto que o homem faz parte da natureza, mas consegue diferenciar-se dela por sua ação livre e pela intencionalidade e finalidade que imprime ao trabalho. Portanto, o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à sua vida, e nesse processo de intercâmbio, simultaneamente, transformam a si próprios (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p.323).

Importante ressaltar que o processo de trabalho (ou de cuidado) em saúde contém elementos da lógica e da racionalidade do processo de trabalho industrial, mesmo não sendo e nem possuindo objetos iguais. Sobretudo, a partir do final do século XIX, as ideias de Frederick Taylor (considerado o criador da chamada Administração Científica), predominaram “insistentemente ao longo do século 20, percorrendo grande parte das cadeias produtivas, talvez pela sua simplicidade teórica e universalidade de aplicação” (PINTO, 2007, p.27).

Também no campo da saúde, a Administração Científica de Taylor foi levada a cabo na organização das diversas atividades de trabalho, assim como na indústria, na agropecuária, na área financeira, comercial, governamental etc. (PINTO, 2007, p.27). E dessa forma, determinou a separação do planejamento das ações da execução propriamente dita, cumprindo um papel relevante e essencial na alienação do trabalhador sobre seu próprio processo de trabalho, no modo de produção capitalista (MIRANDA, 2012).

A partir da Administração Científica de Taylor (e também por outros ideólogos contemporâneos a ele, como Henri Fayol e Henry Ford, cabendo lembrar que esse último experimentou os princípios da administração na linha de montagem em série numa fábrica de automóveis em Detroit nos Estados Unidos, em 1913), o chamado taylorismo, fordismo e toyotismo desapropriou o trabalhador do conhecimento sobre todo o processo de trabalho – antes exercido em sua totalidade na fabricação de produtos -, fragmentando-o e devolvendo ao trabalhador apenas uma parte específica do processo. Assim, o empregador/patrão passou a controlar todo o processo de produção, enquanto o trabalhador passou a “dominar” apenas uma pequena parte do processo produtivo.

A esse movimento de desapropriação do saber, fragmentação e especialização do trabalho, acompanhando do domínio e controle de todo o processo de produção (e de trabalho) pelo empregador capitalista, Marx chama de trabalho alienado (ou trabalho estranhado), processo no qual o trabalhador se torna uma mercadoria, até mais barata do que a que o mesmo

produz. Nas palavras de Marx, “com a valorização do mundo das coisas (*Sachenwelt*) aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens (*Menschenwelt*)” (MARX, 2010, p.80, grifos do tradutor).

O autor continua,

A exteriorização (Entäusserung) do trabalhador em seu produto tem o significado não somente de que seu trabalho se torna um objeto, uma existência externa (äussern), mas, bem além disso, [que se torna uma existência] que existe fora dele (ausser ihm), independente dele e estranha a ele, tornando-se uma potência (Macht) autônoma diante dele, que a vida que ele concedeu ao objeto se lhe defronta hostil e estranha (MARX, 2010, p.81, grifos do tradutor).

Com o advento do taylorismo, do fordismo e do toyotismo, as tecnologias organizacionais do processo de trabalho vão ainda mais além, porque essas novas metodologias de trabalho (com a divisão de tarefas, controle do tempo, racionalização, departamentalização, padronização, produção em série, entre outros princípios) são, conforme Miranda (2012, p.20), indissociáveis de “um novo modo de viver, de pensar e de sentir a vida”, influenciando todos os ramos de produção, todas as práticas sociais, a educação/formação, enfim, toda a vida humana e a constituição do ser social.

Por seu turno, a produção do cuidado em saúde não ficou alheia a todo esse processo, pois na sociedade moderna a prática de cuidados, a prestação da assistência a partir dos sistemas/serviços de saúde, enfim o trabalho em saúde é regulado pelo Estado. Para Mendes-Gonçalves (2017),

o trabalho em saúde reorganizou-se e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas ao redor desses dois eixos: como forma de controlar a doença em escala social relativamente ampla e efetiva, como forma de recuperar a força de trabalho na mesma escala e, finalmente, como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas (p.351).

Desse modo, é possível refletir que as atuais práticas de saúde mantêm como finalidade principal controlar a doença, tratando o doente e o curando da enfermidade (quer seja prevenindo, quer seja eliminando a doença ou seu agente causal), buscando a manutenção de um padrão vital da força de trabalho, numa sociedade baseada nos valores de cidadania e do consumo, pois “o indivíduo é protegido da doença para que melhor possa ser consumida sua força de trabalho pelo capital que o explora, o que necessariamente exclui a saúde de suas possibilidades vivenciais” (Id.), estando sob a regulação do Estado, que a partir da superação da sociedade feudal passou a ser organizado em outras bases.

Assim, como o Estado, que é “controlado” pelo mercado (pelo poder econômico), o trabalho e as práticas profissionais também estão subordinados à lógica de manutenção e

reprodução dessa ordem (político-econômica) fundada na exploração do trabalho, na ordem capitalista, que regula a vida social e profissional. Entender essa “simbiose” entre Estado e mercado não é tarefa das mais fáceis, pois como Mascaro (2013) afirma:

(...) o próprio Estado e a política não se estruturam nem se explicam por meio de suas autodeclaradas definições ou de seus padrões funcionais e sistêmicos médios. Para a compreensão do Estado e da política, é necessário o entendimento de sua posição relacional, estrutural, histórica, dinâmica e contraditória dentro da totalidade da reprodução social (MASCARO, 2013, p.11).

Para esse autor, os estudos e a teoria de Marx “se releva como a mais alta contribuição para a compreensão do Estado e da política nas sociedades contemporâneas”, o que justifica a opção teórica que fizemos nesse estudo, sobre o papel do Estado na formulação e operacionalização das políticas de saúde, em particular da política de Atenção Básica e a de Saúde Mental, as quais vêm sendo reconfiguradas no período em que desenvolvemos esse estudo. Para Mascaro, compreender o Estado e a política, na atualidade, se faz, necessariamente, “superando todas as mistificações teóricas que ainda se limitam apenas a definições jurídicas ou metafísicas como a de que o Estado é o bem comum ou legítimo”, sendo o capitalismo o que dá origem à dinâmica do Estado (MASCARO, 2013, p.13).¹⁴

Parece não haver disposição por parte do Estado em investir de forma efetiva, sistemática e comprometida no cuidado em saúde que seja prudente, adequado, realmente envolvido em cuidar das pessoas, enquanto uma proposta humanizadora e civilizatória, pois isso iria na contramão da lógica instituída pelo capital. Ocorre o que chamamos de negligência institucional conscientemente intencionada, que gera uma violência institucional com as pessoas em situações de sofrimento/adoecimento mental, e assim, reproduz a negligência de maneira a fortalecer uma banalização de um *descuidado*, uma desresponsabilização, através de uma infinidade de encaminhamentos aos chamados especialistas, com o cuidado em saúde mental na ESF.

Sobre essa questão, Franco e Magalhães Jr. (2004, p.127) são enfáticos ao dizerem que:

fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica, sem informação necessária a respeito do quadro mórbido, revela um certo modo de operar o trabalho em saúde em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário.

A divisão do trabalho em saúde, bem como a especialização dessa forma específica de trabalho (*práxis* social), são tarefas no conjunto da produção do cuidado em saúde. As

¹⁴Para maior compreensão desse tema, sugerimos a obra *Estado e forma política*, do Prof. Alysson L. Mascaro, jurista e filósofo do direito brasileiro, que faz uma imersão nesse tema à luz da teoria marxista.

especialidades (médicas, por exemplo) são determinadas e condicionadas pela lógica de divisão técnica, social e sexual do trabalho, conforme discutido anteriormente. Até mesmo o chamado profissional generalista, como é o caso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), também têm seu processo de trabalho reduzido (alienado, estranhado) por perder a dimensão da totalidade, a dimensão holística do ser humano que precisa de cuidados.

Na divisão técnica do trabalho, a condição cuidadora da ESF e seus diferentes profissionais limitam-se ao padronizado/programado pelos órgãos responsáveis pela gestão do sistema e políticas de saúde (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), ou seja, pelo Estado, e em última análise, pelas forças políticas e econômicas do mercado. Por isso, a necessidade de “medicalizar” os sujeitos (seus sofrimentos, dores, angústias, ansiedades, medos, etc.), alimentando assim a lógica de reprodução do capital, no caso específico da saúde a indústria farmacêutica e o complexo médico-hospitalar, por exemplo.

Eis que fica uma questão: qual o papel do mercado na interferência junto ao Estado no cumprimento de sua função de formulação das políticas de saúde, na Atenção Primária/ESF e na Saúde Mental? Apesar dessa questão não ser central no nosso estudo, cabe trazê-la a partir do que expusemos na discussão da categoria Trabalho e trabalho em Saúde.

Sendo o trabalho em saúde uma prática humana intencional e interessada, Merhy (2006, p.82) afirma que “temos de pensar sobre como o próprio homem se produz do ponto de vista de construir seus interesses e do modo como vai se relacionando com o mundo no processo de trabalho, para realizá-los”. De acordo com Merhy e Franco (2008), o trabalho em saúde sempre se realiza de modo coletivo, pois

não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde. Os trabalhadores (...) são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do trabalho em saúde: cuidar (...). Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos (MERHY; FRANCO, 2008, p.431).

Para Merhy (2002; 2006), o trabalho em saúde tem como principal característica ser um *trabalho vivo em ato*¹⁵, ou seja, “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”. O produto desse trabalho é consumido no momento

¹⁵Sobre a categoria Trabalho Vivo, o autor vai buscar em Karl Marx (1983; 2011) na obra *O Capital* elementos para essa discussão, e nos estudos de Mendes-Gonçalves sobre práticas de saúde.

mesmo de sua produção, sendo esse momento marcado pela “total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima”. De acordo com esse autor, quando se trata de trabalho em saúde, “todo trabalhador exerce certo autogoverno em sua prática e pode gerar novas modalidades de produção do cuidado, podendo contribuir com uma transição tecnológica para um novo patamar produtivo” (MERHY, 2002, p.45).

A nosso ver, discutir o trabalho em saúde, e em particular os sentidos do cuidado em Saúde Mental como componente desse trabalho, sem procurar compreender suas bases históricas e sociais, bem como o desenvolvimento das práticas de cuidado nesse campo e o desenvolvimento das forças produtivas que condicionaram essas mudanças na sociedade moderna, seria no mínimo superficializar a discussão. Entendemos, inclusive, que o “grande salto” de mudança na concepção de loucura/doença mental, e na maneira de lidarmos com ela, faz-se no contexto da emergência da sociedade moderna (sociedade burguesa), e nas condições de produção do discurso.

Foucault (1990) apresenta esse movimento histórico-conceitual com a ascensão do paradigma biomédico, alicerçado na bacteriologia, na microbiologia, enfim na ciência positivista anátomo-patológica, enquanto “uma medicina do meio que está se constituindo, na medida em que a doença é concebida como um fenômeno natural obedecendo a leis naturais” (p.107).

Laurell e Noriega (1989) chamam a atenção para o fato de a saúde ser concebida a partir do ponto de vista da medicina dominante, que postula o caráter a-histórico da biologia humana como fundamento de sua concepção, por isso os autores atentam para “a necessidade de entender a saúde-doença não somente como um processo bio-psíquico, mas antes de tudo como um processo social” (p.100).

Nessa perspectiva, vale apresentar o que Pinheiro (2001, p.63) diz sobre as especificidades do trabalho nos serviços de saúde. Para esse autor, o trabalho em saúde, como está configurado no mundo contemporâneo, produz atos, efeitos e objetos que nem sempre possuem uma forma material determinada, como uma mercadoria produzida pela indústria, por exemplo.

A discussão acerca do trabalho em saúde passa, necessariamente, pela formação profissional, e em particular por uma formação em Saúde Mental¹⁶, “que contemple outras histórias epistemológicas, outras concepções de modelos de atenção, as histórias e trajetórias das experiências internacionais, para que seja possível avaliar serviços, sistemas e redes”

¹⁶ Ver: *Saúde mental, formação e crítica*, organizado por Amarante e Cruz (2015b).

(AMARANTE, 2015b, p.74), lidando com as famílias, mas não apenas como “parentes”, como “cuidadores”, mas como agentes sociais, como sujeitos políticos (AMARANTE, 2015b, p.75).

Essas questões levantadas nessa seção nos encaminham à uma reflexão também acerca do trabalho na Estratégia Saúde da Família, e por vezes, ao cuidado em saúde mental prestado nesse ponto da rede de atenção à saúde e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, faremos uma breve discussão acerca da conformação da APS no Brasil e em alguns outros países, de modo a situar nosso campo de estudo, a estratégia Saúde da Família.

3.3 ATENÇÕES PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO BRASIL E SUA CONFORMAÇÃO EM ALGUNS OUTROS PAÍSES

O marco importante para organização da APS e posteriormente da ABS/Saúde da Família no Brasil foi o documento final da conferência de Alma-Ata, que em forma de Declaração, promoveu orientação aos países na conformação dos seus sistemas de saúde, sobretudo no que tange aos serviços de Atenção Primária à Saúde (OLIVEIRA, 2013, p.34). O que pode ser observado na Declaração:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação [...]. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, OMS, 1978, s/p).

A Conferência Mundial sobre Cuidados Primários em Saúde, organizada pela OMS em 1978, foi importante para a orientação dos países na conformação e organização dos seus sistemas de saúde, tendo como eixo central a APS, não obstante as limitações políticas e institucionais em alguns países, como era o caso do Brasil naquele período, que estava sob o julgo de governos militares (não eleitos) e com alto grau de centralização e autoritarismo na construção e encaminhamentos de suas políticas em todas as áreas (econômica, educacional, de saúde, etc.).

A declaração final da Conferência de Alma-Ata foi mais um elemento catalizador da luta pela Reforma Sanitária que vinha sendo construída naquele período, e que agora precisa

ser mais do que nunca resgatada, sob a pena de perdermos todos os avanços advindos do processo (ainda em andamento) da reforma sanitária brasileira.

3.3.1 Sobre o surgimento da APS e sua origem no Brasil – breves considerações

A despeito de todo o resultado advindo da Conferência de Alma-Ata, a concepção de um sistema de saúde orientado pela Atenção Primária vem de algumas décadas bem antes da conferência da OMS do final dos anos de 1970.

De acordo com Fausto e Matta (2007), o termo APS surgiu pela primeira vez no Relatório Dawson na Inglaterra, em 1920, que concebia o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários. Concepção esta que influenciou diversos sistemas de saúde em todo o mundo, partindo de características básicas como a regionalização e integralidade.

A Medicina Preventiva também exerceu forte influência nas concepções de APS, por exemplo, aqui no Brasil, podemos situar os primórdios da APS no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP),¹⁷ a partir da década de 1940.

As ações desenvolvidas pelo Sesp tinham como base um programa integrado, compreensivo, que conciliava agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Ações de saneamento e abastecimento de água potável se integravam às ações de saúde. Entretanto, a atuação do Sesp limitava-se às áreas estratégicas e configurava-se como ações centralizadas, com pouca ou nenhuma articulação com as demais instituições de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007, p.53).

Como vimos, o SESP traz características muito similares ao que viria a ser na década de 1990 o PACS/PSF, inclusive na sua composição. Para Corbo e Morosini (2005), a criação do SESP em 1942, ainda durante a Segunda Guerra Mundial, “como consequência de um convênio firmado entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos”, tinha como ênfase o saneamento da região Amazônica e do Vale do Rio Doce, por serem grandes produtoras de minério de ferro e borracha, matérias-primas necessárias para a guerra. Os altos índices de malária e febre amarela nessas regiões poderiam atrapalhar os interesses estadunidenses, “daí a necessidade de implantar estratégias que objetivassem diminuir a incidência de tais doenças”.

¹⁷O SESP foi criado em 17 de julho de 1942, em 1960 é transformado em Fundação vinculada ao Ministério da Saúde, através da lei nº 3.750. Em 1990 a então Fundação Sesp (FSESP), juntamente com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) foram integradas à FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). No período de 1970-1980 surgiram outras iniciativas que delinearão o PACS e PSF como o Programa de Extensão da Cobertura (PEC) que continham em seu bojo o Programa de Preparação estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps) criado em 1975, e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass) criado em 1976, conforme Corbo e Morosini (2005). Em 1981 foi formulado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que segundo Fausto e Matta (2007), não conseguiu avançar. Posteriormente surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Ainda segundo as autoras, nos anos de 1950, o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) “expandiu seu campo de atuação e intensificou suas atividades, passando a desenvolver ações de assistência médica, educação sanitária, saneamento e controle de doenças transmissíveis em várias regiões do país” (CORBO; MOROSINI, 2005, p.158).

Em diversos países que orientam seus sistemas de saúde a partir da Atenção Primária à Saúde, essa tem sido apresentada como “um modelo adotado desde a década de 1960 para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar” (FAUSTO; MATTA, 2007, p.43).

Mas, foi no contexto da Conferência de Alma-Ata sobre os Cuidados Primários em Saúde realizada em 1978, que a APS ganhou outra visibilidade e conotação, saindo do mero aspecto de “atenção ambulatorial de primeiro contato ou programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.576), para uma concepção mais ampla. Embasados pelo amplo conceito de cuidados primários em saúde, advindo da referida Conferência, vários países buscaram reorientar a organização dos sistemas de saúde a partir da Atenção Primária à Saúde, “ênfase na prevenção, a promoção, a participação comunitária e o conceito de que o processo saúde-doença depende de fatores biopsicossociais” (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015, p.93).

Esquematizar o histórico e as distintas concepções da APS no mundo¹⁸ não é nosso objetivo no momento, assim, nos deteremos por hora a apresentar os atributos da APS segundo Starfield (2002). Segundo a autora, os atributos de uma Atenção Primária à Saúde considerados essenciais são: acesso/primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade; enquanto que orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural são atributos derivados.

A formulação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) teve as discussões de Alma-Ata como uma de suas referências, com as particularidades da Reforma Sanitária brasileira. Há grande similaridade com os documentos oficiais brasileiros, como os artigos constitucionais que tratam da saúde (art. 194-200), as legislações estruturantes do SUS (Lei 8.080/90 e 8.142/90) e as portarias do Ministério da Saúde que tratam da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), editada em 2006 e reformulada em 2011 (PT MS 648/2006 e 2.488/2011, respectivamente), no tocante à integralidade das ações de saúde, à promoção das

¹⁸ Para maior aprofundamento no histórico, concepções e abordagens de APS, sugiro ver Giovanella e Mendonça (2012) *Atenção Primária à Saúde*; Castro e Fausto (2012), *A política brasileira de Atenção Primária à Saúde*. Sobre as tendências de reformas da APS em países europeus ver Giovanella e Stegmüller (2015), In: Almeida, Santos e Souza (orgs.) *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde* (2015).

condições de vida e à intersetorialidade (OLIVEIRA, 2013). A PNAB teve outras reformulações em 2019, trazendo significativas alterações que comprometem a política de saúde (trataremos das mais recentes mudanças na PNAB mais adiante).

A configuração da APS no Brasil ocorreu de forma mais emblemática a partir da implantação do PACS em 1991 e do então PSF em 1994.¹⁹ Sobre o PSF, Andrade, Barreto e Bezerra (2009) afirmam que sua implementação ocorreu notadamente como uma estratégia de consolidação dos princípios do SUS. Esses autores dizem que o Programa Saúde da Família surge como uma política nacional de saúde, dentro de um contexto rico de influências institucionais, que foram determinantes para a sua incorporação com política prioritária do Estado brasileiro (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009, p.806).

Essa análise corrobora outros estudos como Giovanella e Mendonça (2012), que compreendem que a trajetória do PSF contribuiu para a preservação do papel do Estado brasileiro na organização dos serviços de saúde, ordenando a demanda, direcionando o financiamento e conciliando os interesses organizados em torno da saúde. Em relação a esse tema, Tanaka e Ribeiro (2009) entendem que:

A formulação da APS foi construída ao longo das quatro últimas décadas e apresentou entendimentos distintos ao longo deste tempo. Apesar da concepção de níveis de assistência já existir desde a primeira metade do século XX, foi na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, que foram enunciados os princípios e diretrizes que deveriam reger esta nova proposta (TANAKA; RIBEIRO, 2009, p.478).

Já de acordo com Bedrikow e Campos,

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi formulado no momento em que o país buscava medidas concretas para consolidar uma reforma sanitária iniciada duas décadas antes e, de certa forma, vitoriosa ao incorporar seus princípios e diretrizes na Constituição de 1988. A indignação pela desigualdade de acesso da população e pela má qualidade do sistema de saúde como um todo foi um fator determinante para o surgimento desse programa (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015, p.93).

E para Vieira e Neves,

As reformas setoriais preconizadas e incentivadas por organismos internacionais (OMS, Organização Pan Americana de Saúde - OPAS, Banco Mundial) no que diz respeito à atenção primária guardam uma ambiguidade discursiva acerca da função dessa modalidade assistencial como expansão de cobertura e de uma assistência “simplificada (restrita) para pobres”. Esta ambiguidade discursiva diz respeito não apenas as funções da APS na organização de modelos de gestão (tecnológicos e/ou assistenciais) nos sistemas de saúde, mas, se alia aos ditames do capital e ao poder político dos Estados configurados a partir de uma ordem mundial neoliberal, restritiva

¹⁹Para um histórico das políticas de saúde, do SUS e da Saúde da Família no Brasil, ver Baptista (2005), Silva e Lima (2005) e Corbo e Morosini (2005). Sobre os modelos de atenção e a Saúde da Família, ver: Corbo, Morosini e Pontes (2007), Silva Júnior e Alves (2007), In: *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. E também, Andrade, Barreto e Bezerra (2009), In: Campos et al. (2009) *Tratado de Saúde Coletiva*.

aos gastos sociais, que usam a saúde na intervenção sobre a pobreza, na acumulação do capital e na contenção das tensões sociais (VIEIRA; NEVES, 2017, p.25).

Contudo, compreendem que, as experiências brasileiras e as discussões daí decorrentes têm confirmado, ainda que não em sua totalidade, a AB com potencial de coordenação dos cuidados entre os distintos níveis assistenciais, influenciando nos determinantes sociais mediante o trabalho intersetorial (VIEIRA; NEVES, 2017). Então, de acordo com os preceitos da APS/Saúde da Família no Brasil, entendemos tal qual Lancetti e Amarante (2006) que “o hábitat privilegiado” para a produção do cuidado em saúde mental (sofrimento psíquico, drogadição, violência etc.) “é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem” (LANCETTI; AMARANTE, 2009, p.615).

3.3.2 APS: abordagens, definições, conceitos e ênfase nos países da América do Sul

Desde os primeiros modelos de organização dos sistemas de saúde com base na Atenção Primária à Saúde, existem diversas e diferentes concepções sobre o que é esse nível de atenção. A depender da organização do sistema de proteção social, do sistema e políticas de saúde, dos interesses e prioridades dos governos, e da conjuntura político-econômica de cada país, a APS pode assumir abordagens diferenciadas, seja como mera porta de entrada do sistema de saúde, seja de forma mais abrangente e orientada à mudança no modelo de atenção.

No Brasil, já experimentamos abordagens de APS seletiva (Sesp e PACS, por exemplo) e hoje – pelo menos até a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁰ de 2011 – temos um modelo de APS abrangente, capitaneada pela Estratégia Saúde da Família, que tem como princípios promover a integralidade e universalidade da atenção, ser porta de entrada privilegiada para o SUS e organizadora do sistema, além de ser estratégica para a mudança do modelo assistencial, com vistas a superação do modelo biomédico.

²⁰ Em outubro de 2017, a PNAB passou por mais uma revisão (na conjuntura política logo após o *impeachment* de 2016) e recebeu críticas de diversos setores da saúde pública/coletiva. Ainda naquele ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria de Consolidação nº 2, trazendo outras alterações na Atenção Básica/ESF. Essa portaria trouxe em seus anexos as alterações mais significativas, sendo o Anexo XXII que trata da Atenção Básica e da Saúde da Família. Em setembro de 2019 (período pré pandemia do coronavírus), através da Portaria Ministerial nº 2.539, a PNAB recebeu outras alterações, como composição das equipes, aprofundando algumas mudanças iniciadas em 2017 e que podem representar um retorno à uma APS menos abrangente e mais seletiva, por exemplo, quando cria as equipes de Atenção Primária (eAP) que deverão ser compostas minimamente por médicos e enfermeiros, sem indicação de outros trabalhadores da saúde, como auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2007) considera que os serviços de saúde, tal como as UBSs e centros de saúde no Brasil, desempenham um importante papel na materialização dos valores, princípios e atributos como elementos centrais de um sistema de saúde baseado na APS. É nos serviços (e no território) que são operacionalizados os princípios, diretrizes e missão da política de saúde.

Os serviços de atenção primária, por exemplo, são fundamentais para garantir o acesso equitativo a serviços básicos de saúde a toda a população. Devem ser a porta de entrada no sistema de atenção em saúde mais próximo ao local onde as pessoas moram, trabalham ou estudam. Esse nível do sistema oferece atenção abrangente e coordenada que deve abordar a maioria das necessidades e demandas de atenção em saúde da população em todo o ciclo de vida. Ademais, constitui-se no nível do sistema que cria laços permanentes com a comunidade e as demais áreas sociais, possibilitando participação social e ação intersetorial efetivas (OPAS, 2007, p.12).

No Quadro 1, apresentamos as principais abordagens, conceitos e ênfases dadas à Atenção Primária à Saúde.

Quadro 1: Abordagens, conceitos e ênfase da Atenção Primária à Saúde.

ABORDAGEM	CONCEITO DE APS	ÊNFASE
APS seletiva <i>(Selective Primary Care)</i>	Programas focalizados e seletivos com cesta restrita de serviços para enfrentar limitado número de problemas de saúde nos países em desenvolvimento. Dirigidas ao grupo materno-infantil, as ações mais comuns são: monitoramento de crescimento infantil, reidratação oral, amamentação e imunização e, por vezes complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres.	Conjunto restrito de serviços de saúde para a população muito pobre.
Primeiro Nível de Atenção <i>(Primary Care)</i>	Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo, correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados – incluindo ações preventivas e serviços clínicos direcionados a toda a população. Trata-se da concepção mais comum em países da Europa com sistemas universais públicos. Em sua definição mais estreita, refere-se à disponibilidade de médicos com especialização em medicina geral ou medicina de família e comunidade (médicos generalistas ou <i>general practitioners – GP</i>).	Um dos níveis de atenção do sistema de saúde.
APS abrangente ou integral de Alma-Ata <i>(Comprehensive primary health care)</i>	A Declaração de Alma-Ata (1978) define a APS integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade e a participação social. Os princípios fundamentais da APS integral são: a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, participação comunitária, emancipação, ação intersetorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos.	Estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover à saúde.

Abordagem de Saúde e de direitos humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde como preconizado na Declaração de Alma-Ata. Defende a ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para promover a equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores sociais e de saúde.
--	---	--

Elaboração do autor baseado em OPAS (2007) e Giovanella e Mendonça (2012).

No Brasil, foi adotada uma abordagem de APS abrangente e integral, baseado na Estratégia Saúde da Família (ESF). De acordo com Giovanella et al. (2015, p.301),

Na primeira década do século XXI, com as mudanças políticas nos processos de redemocratização e assunção de governos mais comprometidos com a justiça social, observa-se um processo de revitalização da APS em sua abordagem integral de acordo com o conceito de Alma-Ata. Busca-se a construção de sistemas de saúde orientados por uma APS integral como coordenadora do cuidado em uma rede integrada de serviços e coordenadora de ações comunitárias e intersectoriais que incidam sobre os determinantes sociais para promover a saúde e garantir o direito universal de acesso aos serviços de saúde (Tradução nossa)²¹.

Nos últimos anos, os países da América do Sul e Latina vêm passando por conjunturas políticas e econômicas que podem vir a colocar em perigo os princípios e valores de uma APS abrangente e integral. No Quadro 2, é apresentada uma síntese da conformação da APS nos países da América do Sul.

Quadro 2: Concepção de Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul.

País	Concepção e definição da APS na política atual	Modelo Assistencial Proposto
Argentina	A APS é Estratégia que compreende de forma abrangente os problemas de saúde-doença-cuidado das pessoas e do todo social, através da integração de cuidados, prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação.	Vários programas federais estão diretamente ligados à estratégia APS (Programa Médicos Comunitarios, Remediar + Redes, Plan Nacer).
Chile	O novo modelo de APS busca garantir uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde para fornecer cuidados de saúde essenciais com base em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundadas e socialmente aceitáveis, disponibilizados a todos os indivíduos e famílias da comunidade	O Modelo de Saúde Integral, Família e Comunidade é: O conjunto de ações que promovem e facilitam cuidados eficientes, eficazes e oportunos, que são direcionados mais do que o paciente ou a doença como eventos isolados, para pessoas consideradas em sua integralidade física e mental, como

²¹ En la primera década del siglo XXI, con los cambios políticos en procesos de redemocratización y asunción de gobiernos más comprometidos con la justicia social, se observa un proceso de revitalización de la APS en su abordaje integral de acuerdo con la concepción de Alma-Ata. Se busca la construcción de sistemas de salud orientados por una APS integral como coordinadora de los cuidados en una red integrada de servicios y articuladora de acciones comunitarias e intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales para promover la salud y garantizar el derecho universal al acceso a los servicios de salud. (GIOVANELLA et al., 2015, p.301).

	através de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem apoiar em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação.	seres sociais pertencentes a diferentes famílias e comunidades, que estão em permanente processo de integração e adaptação ao seu ambiente físico, social e cultural.
Colômbia	A APS é a estratégia de coordenação intersetorial que permite cuidados integrais e integrados, da saúde pública, promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes em todos os níveis de complexidade. a fim de garantir um maior nível de bem-estar nos usuários, sem prejuízo das competências jurídicas de cada um dos atores do Sistema Geral de Segurança Social em Saúde.	A Lei 1.438 de 2011 introduziu a Atenção Primária à Saúde como uma estratégia nacional, mas ainda não foi implementada, não existe um único modelo de APS e as experiências são baseadas localmente.
Bolívia	O termo APS não é usado nas normas. O Modelo de Intercultural Comunidade de Saúde da Família (SAFCI), com seus princípios de participação da comunidade, intersetorial, intercultural e abrangência inclui elementos de APS.	O modelo SAFCI é definido como o conjunto de ações que facilitem o processo de desenvolvimento da promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e reabilitação de forma eficaz, eficiente e oportuna no âmbito da horizontalidade, integridade e multiculturalismo, de modo que as políticas de saúde são apresentadas e articular-se com indivíduos, famílias e comunidade ou bairro.
Equador	A Constituição de 2008 define a atenção primária em saúde como a base do sistema. Art. 360: O sistema irá garantir, através das instituições que o compõem a promoção da saúde, prevenção e atenção integral, familiar e comunitária, com base na atenção primária à saúde; articulará os diferentes níveis de atenção; e promoverá a complementaridade com medicina ancestral e alternativa.	Modelo de Atenção Integral em Saúde Familiar Comunitária e Intercultural (MAIS-FCI): incorpora a estratégia da APS renovada. Definido como um conjunto de estratégias, normas, procedimentos, ferramentas e recursos que, ao complementar-se, organizam o Sistema Nacional de Saúde para responder as necessidades de saúde das pessoas, famílias, comunidades e meio ambiente, permitindo a integralidade nos níveis de atenção da rede de saúde.
Guiana	O documento <i>Vision of Health 2020</i> reafirma o compromisso com a APS e a importância de abordar os determinantes sociais da saúde, mas não se refere diretamente ao conceito de APS. O sistema de saúde é baseado no APS. O acesso universal aos cuidados de saúde gratuitos é um direito constitucional (1980).	O pacote de serviços de saúde garantidos publicamente (2010) enfatiza a promoção e é abrangente. Ele varia de serviços primários a serviços especializados e hospitalares com provisão em uma rede nacional integrada organizada nos níveis de cuidados, começando em postos de saúde com agentes comunitários de saúde e técnicos da Medex para áreas remotas.
Paraguai	A APS é entendida como: uma estratégia que compreende de forma abrangente o processo saúde-doença e atenção às pessoas e às comunidades, considerando os diferentes estágios da vida. Ele fornece serviços de saúde e aborda as causas últimas (sociais, econômicas, políticas e ambientais) da ausência de saúde.	Os seus eixos estratégicos são a organização das Redes Integrais de Serviços de Saúde, com ênfase na implementação da estratégia de APS e na articulação intersetorial para influenciar os determinantes sociais. O objetivo é aumentar o acesso da população excluída através das equipes e unidades de saúde da família designada para territórios definidos.

Peru	O ponto de partida é a definição de APS de Alma-Ata e os princípios, valores e estratégias da APS renovada, fundação do sistema de saúde.	O novo Modelo de Atenção Integral à Saúde com base em Família e Comunidade (MAIS-BFC).
Uruguai	O primeiro nível de atenção é constituído pelo conjunto sistematizado de atividades setoriais dirigidas à pessoa, à família, à comunidade e ao meio ambiente, tendendo a satisfazer com resolutividade adequada as necessidades básicas da saúde e a melhoria da qualidade de vida, desenvolvida com a participação do núcleo humano envolvido e em contato direto com seu habitat natural e social.	A sua estratégia será a atenção primária à saúde e dará prioridade ao primeiro nível de cuidados. As ações de atenção integral à saúde serão praticadas por equipes interdisciplinares com infra-estrutura e tecnologias adequadas para atendimentos ambulatoriais, domiciliares, de emergência e de emergência.
Venezuela	A partir de 2003 com a implementação da <i>Missão Bairro Adentro</i> se reconceituou a APS com vista a superar a concepção de que seria uma atenção simplificada, com baixa qualificação e recursos limitados. Buscou-se também recuperar o enfoque integral e comunitário (promoção, prevenção e recuperação da saúde) a partir do conceito de territórios sociais.	A Missão Bairro Adentro aparece no Plano Nacional de Saúde como estratégia de construção de uma nova institucionalidade em saúde – articulando-se, inclusive, com outras missões sociais (alimentação, educação, cultura, emprego e moradia) através dos Comitês de Saúde e Conselhos Comunitários.
Suriname	O Plano de Desenvolvimento do Governo, "Suriname in Transformation 2012-2016", atribui um papel central aos cuidados de saúde na equidade em saúde. Não conceitua a APS, mas refere-se a pilares da APS, como a importância de influenciar os determinantes sociais, a colaboração multisetorial e a participação social, como estratégia para o confronto de doenças crônicas não transmissíveis.	O sistema de saúde é segmentado e cada subsistema implementa os serviços de APS de forma diferente.

Elaboração própria a partir de Giovanella et al. (org.), 2015.

Como é possível notar, nos países da América do Sul, a referência principal para a implantação da APS é a Conferência de Alma-Ata, considerando a especificidade de cada país e de acordo com suas culturas e contextos políticos. Por sua vez, alguns autores²² têm estudado as concepções e modelos de APS nos países da Europa, América Central e do Norte.

No Brasil, como dito anteriormente, a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ocorreu em 2006 (Portaria nº 648) e, desde então, essa Política tem passado por diversas modificações, primeiro através das Portarias do Ministério da Saúde (PT MS) nº 2.488, de 2011, e Portaria nº 2.436, de 2017, essa última no contexto político logo após o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, em 2016.

Chamamos a atenção para a mudança da PNAB, realizada no ano de 2017, numa conjuntura de crise política e econômica do País, que vem incidindo de forma avassaladora

²²Para maior conhecimento do sistema de saúde na Alemanha, Canadá e Estados Unidos, ver: Noronha, Giovanella e Conill, In: PAIM; ALMEIDA-FILHO (org.) **Saúde Coletiva: teoria e prática** (2014). E, para compreensão do Sistema de Saúde no Reino Unido, ver: Filippin J. et al., A "liberalização" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde (2016).

sobre as políticas sociais. Através dessas mudanças, pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada Atenção Básica tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal (MELO et al., 2018a).

Morosini e Fonseca (2017) entendem que, ao admitir que a equipe mínima da ESF substitua a atuação do ACS por auxiliares ou técnicos de enfermagem, tal mudança na PNAB “aponta para um aprofundamento da perspectiva biomédica e medicalizadora, que associa o aumento da capacidade resolutiva da Atenção Básica à realização de procedimentos simplificados” (p.1). Para as referidas autoras,

Nessa perspectiva em que a saúde é tratada como mercadoria, as diferentes classes sociais teriam acesso à qualidade da atenção que pudessem comprar. Por sua vez, o sistema público voltaria a atender os segmentos que transitam na periferia dessa dinâmica de mercado, num futuro sem SUS, construído por meio da PEC 55 e suas ramificações nas contrarreformas realizadas nos diversos âmbitos das políticas sociais (MOROSINI; FONSECA, 2017, p.2).

Morosini, Fonseca e Lima (2018) argumentam que a mudança na PNAB de 2017 “indica sérios riscos para as conquistas obtidas com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil” (p.11), sobretudo numa conjuntura de fortalecimento da ideologia neoliberal (após as eleições presidenciais de 2018, o governo se apresenta como ultraneoliberal), “tais modificações reforçam a subtração de direitos e o processo de desconstrução do Sistema Único de Saúde em curso no País” (p.22).

Tais ameaças tornam-se especialmente graves em um momento de ruptura das relações e instituições democráticas, e de naturalização de um processo crescente de subtração de direitos e aprofundamento da desigualdade. Consolida-se um processo anticivilizatório do capital, que precisa mercantilizar cada vez mais espaços de produção e reprodução da vida humana. Desassistir frações da classe trabalhadora com alguma capacidade de comprar serviços de saúde – como parece ser o horizonte desenhado pela PNAB 2017 – significa que o Estado brasileiro atua, mais uma vez, em favor da ampliação da participação do setor privado na saúde, em detrimento de um sistema que nunca pôde ser inteiramente público (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2017, p.22).

Em estudos publicados no contexto da revisão da PNAB em 2017 (MELO et al., 2018a; 2018b; MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018; MOROSINI e FONSECA, 2017), bem como o posicionamento de várias entidades da Reforma Sanitária (ABRASCO, CEBES, por exemplo) e movimentos sociais da saúde, são analisados e criticados os diversos aspectos modificados na PNAB de 2017. Ainda naquele ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria de Consolidação nº 2, trazendo outras alterações na Atenção Básica/ESF.

Tal Portaria trouxe as alterações mais significativas em seus anexos, sendo o Anexo XXII o que trata da Atenção Básica e da Saúde da Família, com a criação de outra modalidade de equipe, a equipe de Atenção Básica, sendo posteriormente, renomeada para equipe de Atenção Primária, através da Portaria nº 2.539 de setembro de 2019. A criação das equipes de Atenção Primária (eAP), substituindo as equipes de Atenção Básica (eAB) não é apenas uma mudança semântica, mas de fundamento, indicando uma concepção diferente do papel da Atenção Primária, que a depender da conjuntura política pode assumir um caráter mais seletivo, com uma “cesta” restrita de ações e procedimentos. É o que podemos analisar, a partir dos discursos oficializados pelo governo federal²³. Por ocasião da pandemia do novo Coronavírus, essas propostas parecem, no entanto, ter ficado em *stand-by*.

Se tentarmos configurar uma “trama”, relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura (do SUS e do país), veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF (ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios), em uma conjuntura na qual seria desejável manter o que fora conquistado até o momento (MELO et al., 2018a).

Em 2019, foram editadas outras Portarias²⁴ envolvendo não só a PNAB como todas as demais políticas de saúde no âmbito do SUS, e mesmo que, no que se refere à Atenção Básica/ESF, não traga alterações nos princípios, diretrizes e conceitos apresentados até então nos documentos, a criação do Programa Previne Brasil altera, fundamentalmente, a forma de financiamento da Atenção Básica/Primária. No entanto, com a pandemia da Covid-19, há dificuldade em avaliarmos, nesse momento, o impacto do novo modelo de financiamento da Atenção Básica no país, ficando a indicação para futuros estudos.

As políticas de saúde no Brasil são institucionalizadas pelo Estado e compreendem também as políticas de saúde mental. Com o advento do SUS e da ESF na década de 1990, e da Lei nº 10.216/2001, as ações e a assistência em saúde mental passam a fazer parte, também, das ações da ESF, sendo ampliadas a partir da RAPS. Assim, faz-se necessário compreendermos a trajetória da loucura/doença mental e das políticas de saúde mental no encontro com a ESF. É isso que nos propomos a seguir.

²³Sobre o processo de oficialização do discurso, ver Silva (2015).

²⁴ Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida todas as políticas de saúde; Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, estabelecendo um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

3.4 LOUCURA, DOENÇA MENTAL E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

“A loucura só existe em cada homem, porque é o homem que a constitui no apego que ele demonstra por si mesmo e através das ilusões com que se alimenta”.

Michel Foucault, em *A História da Loucura*.

O tema da loucura e do sofrimento psíquico, suicídio, adoecimento mental, desperta interesse tanto do campo da saúde, mas diretamente das chamadas áreas tradicionais da *psi*, quanto do campo da filosofia e da sociologia. O modo como a sociedade concebe a loucura hoje não é o mesmo que em séculos anteriores, mesmo que alguns aspectos sejam discretamente preservados, é o caso da lógica do isolamento e exclusão social.

Se na Grécia antiga a loucura era considerada uma manifestação divina, ou como uma forma de expressão, não sendo controlada, reprimida ou excluída, na Idade Média a loucura poderia ser vista como a “expressão das forças da natureza”, não humana, porém exaltada. Porém, nesse mesmo período, também provocava medos e receios, sendo os loucos perseguidos, incluídos na categoria dos hereges. Com o advento do mercantilismo, começaram a ser encarcerados todos aqueles improdutivos, aqueles que “não podiam contribuir com a produção, comércio e consumo” (JORGE et al., 2003, p. 14).

Assim, a exclusão se dá devido às ordens do mundo burguês em construção, à mudança na relação do homem com o trabalho, à necessidade de uma disciplina e de um novo controle social. São criados, assim, em toda a Europa estabelecimentos de internação, para onde são enviados os velhos, crianças abandonadas, os aleijados, os mendigos, os portadores de doenças venéreas e o louco. Esses locais eram depósitos humanos, não havendo nenhuma intenção de tratamento. Esse movimento ficou conhecido como a “grande internação”. Os encarcerados eram obrigados a trabalhos forçados, que serviam como punição ao então considerado o maior vício da sociedade mercantilista: o ócio.

Entendida como o avesso da razão, a loucura passou a ser desqualificada e ganhou um caráter moral, resultando numa “higienização” das cidades que só veio a ser modificada, cerca de cem anos mais tarde, com a luta contra essa ordem opressora no contexto da Revolução Francesa, no final do século XVIII (Id.). No entanto, enquanto os demais excluídos de toda sorte (mendigos, velhos, aleijados, etc.) foram sendo reabsorvidos socialmente através de auxílios financeiros, médicos, criação de estabelecimentos próprios para suas necessidades, “os loucos permaneceram encarcerados, já que para estes não havia propostas, devido ao estigma de violentos e perigosos que já os acompanhava” (JORGE et al., 2003, p.15).

Karl Marx, em 1846, escreveu um texto sobre um tema concernente à vida privada, o suicídio, e não especificamente como um tema político ou econômico. Nesse texto, escrito a partir das memórias do chefe de polícia francês Jacques Peuchet²⁵, Marx discutiu a opressão das mulheres nas sociedades modernas, e como essa condição social levava ao suicídio (LÖWY, 2006, p.14). Parece-nos bastante atual o que Marx (2006) escreveu em meados do século XIX,

As doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido são muito seguramente razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força enérgica que impulsiona a personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável (MARX, 2006, p. 24).

Para Marx, a classificação das diferentes causas do suicídio deveria ser a dos *próprios defeitos de nossa sociedade* (2006, p. 44, grifo do autor). Por sua vez, Èmile Durkheim (2000), considerado um dos fundadores da sociologia moderna, escreveu, e publicou em 1897, sobre o suicídio como um fator social, analisando as altas taxas de suicídio à época. De certo que as concepções de loucura diferem em cada período histórico, porém, como Frayze-Pereira (2008) afirma:

quer se conceba o louco como doente, a loucura como a degenerescência do ser humano e, portanto, como ausência de lucidez (ou de conhecimento), quer se encare a loucura como a forma de conhecimento da verdade e o louco como aquele que sabe “olhar o mundo com os olhos da realidade”, tanto num caso, como no outro, o louco se encontra excluído do universo do mundo dos mortais (p.12, grifo do autor).

Essa exclusão do louco e da loucura tem como uma das premissas a periculosidade, ou seja, a ideia de que os chamados loucos podem tornar-se perigosos para sua família e ao grupo no qual se encontram. Outra premissa para se prender o louco e sua loucura é a desrazão. Conforme Kinoshita (2016, p.193) aponta:

a exclusão da loucura do universo humano põe essa experiência no outro lado da razão, subtrai-lhe a legitimidade enquanto experiência humana. A exigência da sociedade de submeter o desarrazoado a controle depende da distância que se interpõe entre a experiência humana legítima e a loucura. (...) Na tradição da psiquiatria do século XIX, “os loucos de todo gênero” eram definidos essencialmente como “Perigoso para si e para outrem”.

²⁵Jacques Peuchet foi um antigo diretor dos Arquivos da Polícia no período da restauração da monarquia na França (1814-1830), após a derrota de Napoleão Bonaparte (LÖWY, 2006).

Nesses termos, a sociedade desenvolve uma dupla relação com as instituições totais, como os manicômios, sendo sempre uma relação de “proteção da sociedade contra o doente mental”, que pode ser realizada pelo manicômio, que supostamente estaria protegendo a sociedade da periculosidade do louco ao mesmo tempo em que o médico se relacionaria com o “corpo supostamente doente” (KINOSHITA, 2016, p.194). Compreender a constituição histórica da loucura, e da doença mental, é indispensável e necessário para o entendimento das políticas de saúde/saúde mental, bem como a maneira que os profissionais buscam promover o cuidado em saúde mental nos dias de hoje. É sobre o que trataremos a seguir.

3.4.1 Considerações acerca da loucura e da doença mental

Retomaremos Foucault (2014a), para discorrer sobre a história da loucura, buscando entender como a sociedade moderna ocidental a concebe, deixando de ser objeto da filosofia para ser apropriada pela ciência moderna, sobretudo pela medicina ocidental, acompanhando o percurso da loucura à doença mental.

Foucault afirmou que os povos primitivos encaravam a loucura como sendo uma possessão demoníaca; na Antiguidade, a loucura era vista como originada de causas naturais, pois, segundo Hipócrates, seria uma desordem organicista provocada pelo desequilíbrio dos humores; segundo Platão, era perda da razão, doença da alma. Já na Grécia Antiga, a loucura era vista com “bons olhos”, sendo sinônimo de sabedoria, contato com os deuses, adivinhações, por exemplo. Antes de a loucura ser “dominada”, por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitassem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença (FOUCAULT, 2014a).

Na Idade Média, a loucura voltou a ser vista com “maus olhos”, sendo relacionada com bruxaria, heresia e possessões demoníacas, cabendo ao poder, a ordem estabelecida, dar cabo desses sujeitos e/ou práticas incômodas, através da exclusão e repúdio do chamado louco, herege, bruxo. Mas havia uma forma de “cura”, através do sacrifício, tendo em conta uma concepção de que “o abandono é, para ele, a salvação: sua exclusão oferece-lhe uma outra forma de comunhão” (FOUCAULT, 2014a, p.11). De outra forma, já na Alta Idade Média, o destino seria a inquisição (torturas, castigos, prisão ou queimar na fogueira), ou banimento na *Nau dos Loucos*²⁶, já no período do Renascimento.

²⁶Ver: *A Nau do Tempo-Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*, de Peter Pál Pelbart (1993) e também *A história da loucura na Idade Clássica*, de Michel Foucault (2014). Em *Saúde mental e atenção psicossocial*, de Amarante (2007) também encontramos reflexões sobre esse período. Por fim, para análise da perspectiva

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem (FOUCAULT, 2014a, p.10). Mantido o texto original, sem alterações ortográficas.

Sendo “superada” a lepra no final da Idade Média, surgiu o perigo e a ameaça das doenças venéreas, sucedendo àquela como por “direito de herança”, que passaram a lotar os casebres e outros locais destinados aos leproso. Esses locais se tornaram tão numerosos, pela superlotação de enfermos, que foi necessário pensar na construção de outros locais nos arredores das cidades (FOUCAULT, 2014a).

Ao falar acerca das experiências da loucura e do surgimento do local para abrigar o louco, Foucault discorre que,

a partir da criação do Hospital Geral, da abertura (na Alemanha e na Inglaterra) das primeiras casas de correção e até o fim do século XVIII, a era clássica interna. Interna os devassos, os pais dissipadores, os filhos pródigos, os blasfemadores, os homens que “procuram se desfazer”, os libertinos. E traça, através dessas aproximações e dessas estranhas complicitades, o perfil de sua experiência própria do desatino (FOUCAULT, 2014a, p.124, grifo do autor).

Ainda segundo Foucault, “a loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força” (FOUCAULT, 2014a, p.44), é a chamada Grande Internação. Nessas instituições de internação, misturavam-se os “velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos de hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria” (FOUCAULT, 2014a, p.53).

(...) o desejo de ajudar e a necessidade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leproso, vazios desde a Renascença mas repentinamente reativados no século XVII e que foram rearmados com obscuro poderes. O Classicismo inventou o internamento, um pouco como a Idade Média a segregação dos leproso; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu: são os “internos” (Id.).

Para Foucault, o aprisionamento não é mais simplesmente para cura, adquirindo significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais, que, provavelmente, dizem respeito a certas estruturas essenciais do conjunto da época.²⁷ Mesmo tendo se passado tanto

foucaultiana, ver: Estellita-Lins em *Notas sobre a criação e desrazão em uma certa experiência trágica da loucura*. In: Amarante (org.). *Ensaio subjetividade, saúde mental e sociedade* (2000).

²⁷ Ver: Figueiredo (2006) *Religiões Pentecostais e a saúde mental no Brasil*.

tempo da perspectiva religiosa/teológica/mística para a compreensão e trato com a loucura, vemos que esse paradigma não foi de todo superado, pois ainda se busca as causas desse fenômeno nas explicações teológicas, a exemplo do que podemos constatar no momento contemporâneo.

Ao estudar as religiões pentecostais e a saúde mental no Brasil, Figueiredo (2006) identificou que “a ideologia religiosa fornece ao indivíduo os meios para uma ação objetiva e não somente um enriquecimento espiritual, ao acrescentar às suas representações, outras, com um outro caráter significativo em face da sua vida cotidiana” (p.100), ou seja, ao “proporcionar a esse indivíduo a possibilidade de se sentir mais fortalecido para vencer os impasses desse cotidiano” (Id.). Para Figueiredo (2006), essa busca por um sentimento de fortalecimento na religiosidade pode ser compreendida “em virtude do indivíduo conceber-se como acima da sua condição humana, pois o objeto religioso emana energias superiores que se instauram a sua vida interior” (p.100).

No advento da Modernidade, no período da Revolução Francesa, o médico Phillippe Pinel realizou a “libertação” dos loucos da condição de animais, os quais viviam nos hospícios acorrentados e presos. Pinel, considerado o pai da Psiquiatria, sucessora do alienismo (AMARANTE, 2007), concebeu a alienação mental como um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso, e o cérebro como sede da mente onde se manifestava a loucura, dividindo os sintomas em classes: mania, melancolia, demência e idiotismo, tendo causas físicas (de origem cerebral) e causas morais, essas consideradas as mais importantes, que são as paixões intensas e excessos de todos os tipos.

De acordo com Foucault (2000), com as reformas nos hospitais realizadas pelos governos absolutistas (e mesmo depois da Revolução Francesa), os revolucionários quiseram ao mesmo tempo suprimir o internamento como símbolo da opressão do antigo regime e fazer dos hospitais um local para assistência como sinal de apoio, sobretudo aos mais pobres, onde pudessem ser assistidos por médicos, inclusive em casa, para fugir do pavor do hospital. Mas, no caso dos loucos, isso não foi possível devido à imagem de perigoso, agressivo etc., e da noção de que precisavam ter um lugar reservado para serem tratados.

Foucault afirma: “o que a filantropia da época liberou são então todos os outros, exceto os loucos; estes encontrar-se-ão no estado de serem os herdeiros naturais do internamento e como os titulares privilegiados das velhas medidas de exclusão” (FOUCAULT, 2000, p. 81).

Ao propor a libertação dos loucos de suas correntes, Pinel considera que os mesmos, agora tratados como doentes, insanos, alienados, devem ser submetidos a outro tipo de

tratamento, um tratamento asilar, sob um regime de total “isolamento” para que o ser humano possa ser restituído de sua liberdade que foi subtraída pela alienação (AMARANTE, 2007).

Os conceitos de saúde e doença estavam numa perspectiva social, seguindo as normas do trabalho industrial e da moral burguesa, visando a manutenção da ordem pública. Nesse momento, fica também constituída a psiquiatria, tendo como primeira escola o “alienismo” como saber médico específico, já que a loucura como doença (mental) necessita de um saber médico particular (JORGE et al., 2003, p.15).

Então, agora sob o controle da ciência moderna (medicina), de uma nova Razão (burguesa), a loucura poderia ser estudada, tratada e quem sabe até curada. Mas não foi isso que aconteceu nos tempos posteriores, e a loucura foi silenciada. Nas palavras de Foucault (2014a) e Basaglia (2010) começou o “monólogo da razão sobre a loucura”.

Mas, nesse monólogo, está implícito um ato essencial na evolução da própria loucura: o de inscrevê-la na linguagem de quem a escuta e a julga, e de obriga-la a exprimir-se segundo a lógica dessa linguagem. A história da loucura é a história de um juízo e, portanto, da gradativa evolução dos valores, das regras, das crenças, dos sistemas de poder sobre os quais se fundamenta o grupo social e sobre os quais se inscrevem todos os fenômenos no processo de organização da vida associativa (BASAGLIA, 2010, p.259).

Na passagem da loucura (desrazão) à enfermidade mental, percebe-se, conforme Basaglia, uma apropriação do humano pela razão dominante que estava se tornando a Razão Humana. Então,

o que antes era aceito como uma das possibilidades do humano, e cruamente punido se fosse ameaçador à coletividade, torna-se agora objeto de uma piedade e de uma compreensão em que a responsabilidade pelo ato é imputada à desrazão, e não mais ao indivíduo, do qual, porém, a razão se apropria no momento mesmo em que o desresponsabiliza. Assumindo sobre si a responsabilidade pela desrazão, a razão – nesse ato humanitário e científico – tem em seu poder o homem “desarrazado”, visto que, não podendo punir o ato reprovável, acaba punindo o indivíduo inteiro, mediante a punição de todo o seu comportamento, pelo acionamento dos processos de controle e de modificação da conduta sobre os quais irão centrar-se o “tratamento” e a “terapia” (BASAGLIA, 2010, p.263).

A racionalidade burguesa/moderna, científica, recém-nascida dos escombros da racionalidade feudal/medieval, teológica, “reconhece a desrazão (loucura) como parte de si – como parte do homem que ela se arroga o direito de representar – no momento em que descobre a maneira de controlá-la e dominá-la”, estabelecendo, ou tentando estabelecer, assim, um domínio contido “num esquema interpretativo rígido e fechado, como será o da *doença mental*” (BASAGLIA, 2010, p.265, grifo da obra). Além da loucura-doença, o autor fala também de outros tipos de loucura, a da miséria, por exemplo, mas que a racionalidade não se volta para ela, e sim para a loucura segregada, institucionalizada, encarcerada.

A loucura – circunscrita e definida pela razão – deverá exprimir-se segundo esse esquema interpretativo que lhe é estranho, ou seja, na linguagem da doença, que é a linguagem da racionalidade do poder, em que a subjetividade do louco, expressada no delírio, será definitivamente objetificada (BASAGLIA, 2010, p.263).

Tal como foi no início da modernidade, no alvorecer da sociedade burguesa e da ciência positivista, a interpretação moderna da loucura continua sendo até os dias de hoje circunscrita e definida pela razão e pelos interesses dominantes, visto que, além dos males mentais de outrora (desrazão, insanidade, melancolia, mania, histeria etc.) - por vezes, alguns foram desmistificados pelo avanço do conhecimento - outros surgiram e vem surgindo a cada dia, haja visto as versões dos manuais de classificação diagnóstica (DSM e CID)²⁸, e os diversos e múltiplos tipos e variantes de mal-estar psíquico.

É através desses manuais, a grosso modo, que a perspectiva da psiquiatria biologicista assume a dominância nos processos de cuidar em saúde mental, tornando a ideia da loucura como doença ou transtorno mental. Tal processo se dá pela mediação da ideologia, uma vez que o complexo ideológico se constitui como prática social e assume como dominante o pensamento da classe que detém os meios de produção, influenciando todo o conjunto da (re)produção social.

Marx e Engels (2009, p.67), desde 1846, já diziam,

As ideias da classe dominante são, em todas as épocas, as ideias dominantes, ou seja, a classe que é o poder material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, o seu poder espiritual dominante. (...) na medida, portanto, em que dominam como classe determinam todo o conteúdo de uma época histórica, é evidente que o fazem em toda sua extensão e, portanto, entre outras coisas, dominam também como pensadores, como produtores de ideias, regulam a produção e a distribuição de ideias do seu tempo; que, portanto, as suas ideias são as ideias dominantes da época.

A determinação mais geral do comportamento humano é a vida real, a produção material da vida, a nossa forma de sociabilidade, ou seja, como a sociedade se organiza para produzir sua existência. Como diz Marx e Engels em *A ideologia Alemã*, “ao produzirem os meios de subsistência, os homens produzem indiretamente a sua própria vida material”, então, “aquilo que os indivíduos são depende, portanto, das condições materiais da sua produção” (MARX; ENGELS, 2009, p.25). Ainda segundo Marx e Engels, em uma de suas teses sobre Feuerbach

²⁸O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) é um manual editado pela Associação Americana de Psiquiatria – APA, sigla em inglês da *American Psychiatric Association*, está em sua 5ª revisão (DSM-V), publicada em 2013. Sua primeira publicação foi no ano de 1952. A CID é a **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde**, publicado pela OMS a partir de 1993 está em sua 10ª versão e engloba a classificação diagnóstica para uma grande variedade de doenças, sinais e sintomas, incluindo aqueles relacionados às perturbações mentais.

de 1845, “a essência humana não é uma abstração intrínseca ao indivíduo isolado. Em sua realidade, ela é o conjunto das relações sociais” (MARX; ENGELS, 2009, p.121).

Como exemplo emblemático Gomes (2017) fala sobre o caso da depressão, que até o DSM-IV (quarta versão) era normatizado que, indivíduos em estado de luto de até dois meses não se encaixavam nos critérios diagnósticos para depressão, e na última versão do DSM, a quinta, esse critério foi reduzido para duas semanas. De fato, na sociedade capitalista, o modelo biomédico tem hegemonia e compreende a dimensão biológica como essencialmente natural e a-histórica, e corpo e psiquismo seriam sempre os mesmos, o que mudaria seriam os contextos em que os indivíduos vivem, que podem contribuir em maior ou menor grau para o funcionamento normal.²⁹ Todavia, Gomes (2017, p.28) diz justamente o contrário, quando afirma que “diferentemente do propagado pelo modelo biomédico, o corpo e o psiquismo humanos não são resultado somente de uma estrutura anatomofisiológica, mas também, e cada vez mais, do desenvolvimento social da humanidade”.

De acordo com Figueiredo (2006, p.32) “a própria doença mental tem apontado a urgência de rever conceitos e proposições, levando às mais diversas concepções e às mais diferentes formas de abordá-la”. Por sua vez, tanto Szasz (1977) quanto Foucault (2000) afirmam que a noção de sintoma mental, de doença mental, só tem realidade e valor de doença intrinsecamente ligado ao contexto social e ético, no interior de uma cultura que reconhece a loucura como tal.

Para Corbella (2015, p.18), “ao lidar com uma pessoa como se fosse restrita a uma mera síndrome psiquiátrica, ela é reduzida a uma identidade cristalizada, a ‘louca’, suas memórias são totalmente desqualificadas e seu potencial criativo é embotado”.

Sempre que uma pessoa é diagnosticada por “louca” pela psiquiatria, ela é desconsiderada como ser humano, sua palavra passa a não ter reconhecimento, suas ações não têm significação, seu poder de criação é menosprezado. Suas memórias, que fazem parte essencial de sua existência, que constroem os pilares de sua vida, são destituídas de valor, são julgadas como meras invenções de uma mente perturbada (CORBELLA, 2015, p.18).

Tal concepção difere dos antigos gregos, que, no lugar de reduzir a pessoa a um rótulo, segregando-a, estabelecendo normatizações, incorporavam-na à vida social, passando a conviver “com os indivíduos que se afastavam do padrão convencional, compartilhando com eles suas alegrias e suas agruras. Os antigos gregos concebiam a existência sob uma ótica trágica” (CORBELLA, 2015, p.19).

²⁹Ver Ganguilhem (2017), *O normal e o patológico*.

A lógica da Grande Internação, do alienismo e do tratamento moral de Pinel e a constituição do espaço asilar também se repetiu no Brasil, tão logo a Família Real chegou por aqui.³⁰ Amarante (2015) aborda a Psiquiatria no Brasil e o movimento de Reforma Psiquiátrica discutindo a legitimação da ciência e da Psiquiatria na ordem social. O autor diz que, a Psiquiatria brasileira, sua origem, opções e propostas, estão relacionadas à história da ciência e suas distintas formas, tomadas em resposta às necessidades sociais (AMARANTE, 2015, p.64).

Para Tanaka e Ribeiro (2009),

Desde os anos setenta e acompanhando a trajetória da reforma sanitária, o processo da reforma psiquiátrica vem alterando conceitos e práticas na atenção aos transtornos mentais no país. O foco fundamental deste movimento é a desinstitucionalização, sendo sua luta principal a redução do número de leitos nos manicômios e a implementação de ampla rede comunitária de serviços substitutivos. Este direcionamento da reforma psiquiátrica para o cuidado dos pacientes com transtornos severos e persistentes e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deixou em segundo plano a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes (TANAKA; RIBEIRO, 2009, p.479).

A continuação desse histórico da loucura se deu por intermédio das internações, do uso de diversas tentativas (baseadas ou não na ciência) de entender a loucura e variadas estratégias de “tratamento”, até chegar ao que dispomos hoje, ou seja, os serviços de atenção em Saúde Mental (CAPS, p.ex.), a resistência aos hospitais psiquiátricos, a tentativa de inclusão das ações de saúde mental nos serviços gerais (unidades básicas de saúde, hospitais gerais) e o uso cada vez mais desenfreado dos medicamentos psicotrópicos, constituindo o que alguns autores chamam de medicalização da Psiquiatria, ou medicalização da loucura ou da vida.

A *medicalização*, segundo Freitas e Amarante (2015), é um fenômeno moderno e implica uma variedade de sentidos, que têm em comum o processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em situações de adoecimento, que devem ser tratadas, *a priori*, com o uso de medicamentos. Podemos considerar que esse é o atual estágio da assistência em Saúde Mental no Brasil e talvez no mundo, ou seja, o fenômeno da medicalização.

Um aprofundamento nessas questões é feito por Thomas Szasz nas obras *A fabricação da loucura* (1976) e *Ideologia e doença mental* (1977), nas quais discute com bastante propriedade, fazendo uma crítica ao modo como a sociedade capitalista se relaciona com

³⁰Sobre o alienismo e o surgimento da psiquiatria no Brasil, bem como o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, ver: AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (1995) e *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (1994); EPSJV (org.). *Textos de apoio em saúde mental* (2003); COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico* (2006); ver também: CAPONI, Sandra. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada* (2012).

fenômenos como loucura, consumo de drogas, homossexualismo entre outros, e demonstrando como a medicalização tem transformado “o que é da ordem política, moral e existencial em fenômenos tratados como doença” (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Nessa mesma direção, de tentar construir uma crítica ao modo como lidamos com a loucura, foi publicado recentemente o livro de Robert Whitaker (2017), *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágica, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Para esse autor, “a revolução psicofarmacológica nasceu de uma parte de ciência e duas partes de racionalização do desejo, confundido com a realidade” (WHITAKER, 2017, p.63).

Essa revolução psicofarmacológica a que o autor faz referência ocorreu, sobretudo, após a Segunda Guerra Mundial, na busca por medicamentos contra as doenças infecciosas “quando os pesquisadores, durante esse processo, tropeçaram em compostos que afetavam o sistema nervoso central de maneiras desconhecidas”. Assim foi “quando a psiquiatria ganhou novos medicamentos para acalmar os pacientes agitados e maníacos nos manicômios, para a ansiedade e para a depressão” (WHITAKER, 2017, p.69).

Baseado em vários estudos, Whitaker desvenda o que ele chama de “aliança espúria” entre a medicina/psiquiatria norte-americana e a indústria farmacêutica, e os interesses financeiros da indústria e dos médicos, que se alinharam como nunca havia acontecido até então. E essa aliança produziu várias hipóteses que afirmavam que a causa das doenças mentais seriam os desequilíbrios químicos³¹ a nível cerebral. Entre as hipóteses mais conhecidas e aceitas no meio psiquiátrico está a *hipótese catecolaminérgica dos transtornos afetivos* (por exemplo, a *hipótese serotoninérgica da depressão*), que

propõe que algumas formas de depressão, se não todas, estão associadas a uma deficiência absoluta ou relativa de catecolaminas, particularmente da norepinefrina. Logo após, foi erigida para a esquizofrenia a *hipótese dopaminérgica* (WHITAKER, 2017, p. 77, grifo do autor).

No entanto, as pesquisas científicas não comprovaram essas hipóteses. Segundo Whitaker, os cientistas do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, sigla em inglês) dos EUA, extraíram a única conclusão possível, a de que as elevações ou diminuição do funcionamento dos neurotransmissores, por si mesmas, não tendem a estar associadas à depressão ou esquizofrenia (WHITAKER, 2017). Mesmo assim, a sociedade continuou a ser informada de que as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais sofriam de distúrbios

³¹Essas substâncias químicas são os neurotransmissores acetilcolina, serotonina, norepinefrina, dopamina entre outros, que agem como mensageiros químicos cerebrais ao nível das sinapses nervosas.

bioquímicos cerebrais. Whitaker cita, por exemplo, o livro do ex-diretor do NIMH Steve Hyman³², publicado em 2002, em que o autor diz que “não há provas convincentes de que uma lesão no sistema dopaminérgico seja uma causa primária da esquizofrenia” (WHITAKER, 2017, p.90).

Dessa forma, nas últimas décadas, vêm sendo construídas hipóteses alicerçadas numa “psiquiatria biológica”, que fazem “uma supersimplificação reducionista de estados biológicos muito complexos” (WHITAKER, 2017, p.77). O trabalho de Whitaker nos dá uma dimensão do quanto a sociedade capitalista transforma fenômenos existenciais em doenças, carecendo de medicamentos, e, por sua vez, em mercadorias.

Essas teorias e hipóteses têm influenciado a constituição de políticas públicas de saúde, a formação dos profissionais e as ações e práticas nos serviços de saúde. De fato, o processo de medicalização social é uma discussão da mais alta importância, impossível de ser aqui esgotada.

Após apresentarmos os conceitos e/ou categorias considerados mais centrais no nosso estudo (cuidado/cuidado em saúde, trabalho/trabalho em saúde, APS/Saúde da Família, loucura/saúde/doença mental), buscaremos fazer a articulação dessas categorias, unificando-as em torno da produção do cuidado em saúde mental na APS/Estratégia Saúde da Família.

3.5 A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para a tarefa de fazer as devidas relações entre os conceitos, fomos em busca da literatura sobre essa questão, de como a APS/Saúde da Família vem desenvolvendo práticas de cuidado em saúde mental, quais as potencialidades, fortalezas, limitações e dificuldades, orientações institucionais e de organizações, quais as concepções dos profissionais sobre essa questão, tão necessária e complexa.

O Quadro 3 apresenta os livros e documentos institucionais sobre a temática da saúde mental na APS/ESF.

Quadro 3: Publicações sobre saúde mental e APS/ESF, nos últimos anos no Brasil.

Autores/Organizadores	Ano	Título	Estado/Editora
OMS e WONCA	2008	<i>Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global.</i>	OMS
DAB/Ministério da Saúde	2013	<i>Saúde Mental - Cadernos de Atenção Básica, 34.</i>	DF/Min. da Saúde

³²E. Nestler e S. Hyman, *Molecular Neuropharmacology*. Nova York: McGraw Hill, 2002.

Paulon e Neves	2013	<i>Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado.</i>	RS/Sulina
Souza e Santos	2014	<i>Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família.</i>	BA/Editus
Bandeira, Lima e Barroso	2014	<i>Avaliação de serviços de saúde mental.</i>	RJ/Vozes
Souza	2015	<i>Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés.</i>	SP/Hucitec
Nunes e Landim	2016	<i>Saúde mental na Atenção Básica: política e cotidiano.</i>	BA/Edufba
Soalheiro	2017	<i>Saúde mental para a atenção básica.</i>	RJ/Fiocruz

Elaboração própria.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em parceria com a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), em um documento produzido em 2008, ao tratar dos cuidados de saúde mental no nível primário de atenção, em sistemas de saúde, afirma:

Os cuidados de saúde mental prestados nos serviços de cuidados primários gerais são o primeiro nível de cuidados dentro do sistema de saúde formal. Serviços essenciais a este nível incluem a identificação precoce de perturbações mentais, o tratamento de perturbações mentais comuns, a gestão de pacientes psiquiátricos estabilizados, a referenciação para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas físicos, e a promoção e prevenção de saúde mental. Em países desenvolvidos os cuidados primários são prestados principalmente por médicos, enquanto em países de baixo e médio rendimento, os enfermeiros prestam a maior parte dos cuidados primários. (OMS; WONCA, 2008, p. 19)³³.

No entanto,

apesar do grande número de pessoas com perturbações mentais que frequentam os cuidados primários, o seu reconhecimento e tratamento é geralmente inadequado. Em muitas partes do mundo, os profissionais de cuidados primários não detectam as perturbações mentais, e por diversas razões também falham na prestação de tratamento de acordo com a evidência científica nos casos que conseguem identificar (OMS; WONCA, 2008, p. 36).

Esse documento da OMS/WONCA discute a integração da saúde mental e a APS em alguns países e apresenta algumas boas razões, nas palavras dessas organizações, para essa integração. Em resumo, as justificativas para tal integração seriam: (1) a carga das perturbações mentais é grande, (2) os problemas de saúde mental e física estão interligados, (3) o déficit de tratamento para perturbações mentais é enorme, (4) os cuidados primários para a saúde mental melhoram o acesso, (5) Os cuidados primários para a saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos, (6) Os cuidados primários para saúde mental são baratos e têm uma boa relação custo-benefício, e (7) Os cuidados primários para a saúde mental geram bons resultados de saúde.

³³No documento da OMS/WONCA, intitulado *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global* (2008), é apresentada a concepção de saúde mental dessas organizações.

A OMS/WONCA (2008, p.58) aponta alguns países que “têm desenvolvido serviços de cuidados primários especializados para a saúde mental que têm como alvo subgrupos particulares da população, como os idosos (na Austrália), as crianças (no Chile), ou os imigrantes e os sem abrigo (no Reino Unido)”.

No Brasil, o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 34, publicado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde em 2013, é um documento orientador das ações saúde mental na APS/ESF, da mesma forma que existem outros CAB sobre outras situações e doenças. Segundo o Ministério da Saúde, o material foi escrito por profissionais que já desenvolveram trabalhos ligados à Saúde Mental e à abordagem do álcool e outras drogas no campo da Atenção Básica, e a publicação desse Caderno teve a expectativa de estimular e compartilhar o conhecimento acumulado no cuidado em saúde mental na Atenção Básica, além de apresentar ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas, dialogando com a sua realidade das equipes (BRASIL, 2013).

Chamamos a atenção para o fato de que todas as publicações do Ministério da Saúde podem sofrer mudanças profundas, tendo em vista o recente processo de revogação de muitas Portarias ministeriais que regulamentam a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), trazendo alterações na organização dos serviços de Atenção Básica, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e nos processos de trabalho das equipes, com possibilidade de exclusão de ações e serviços nos âmbito dessas políticas.

Também foram publicados alguns livros importantes sobre a temática do nosso estudo, trazendo importantes contribuições ao campo. Paulon e Neves (2013) organizaram uma série de textos abordando a saúde mental na Atenção Básica, partindo das discussões e experiências do cuidado no território, apresentando além de discussões sobre o apoio matricial, CAPS e a integralidade, trazendo também uma pesquisa sobre o trabalho dos ACS na atenção à Saúde Mental de municípios dos estados do Rio Grande do Norte (RN) e do Sul (RS).

A pesquisa evidenciou a complexidade das situações que envolvem questões de saúde mental presentes no cotidiano de trabalho dos ACS, além de mostrar a dificuldade dos próprios ACS em reconhecerem como legítimas e oportunas várias ações de cuidado que já desenvolviam no território. (PAULON; NEVES, 2013, p.140).

As autoras criticam o modelo de capacitação habitual no campo da saúde, apontando seu esgotamento, restringindo-se a “uma mera transferência de informações”, e destacam cinco aspectos relevantes para inspirar outras intervenções, como a abertura de um espaço de escuta para as questões que permeiam o processo de trabalho dos ACS, a integração da AB com os serviços de referência, formulação de estratégias de formação complementar (p.ex. o apoio

matricial), a articulação entre pesquisa e intervenção e a integração academia-serviço (PAULON; NEVES, 2013, p.142).

Por sua vez, Souza e Santos (2014) organizaram uma coletânea de textos acerca da construção social da aprendizagem em Saúde Mental e Saúde da Família, tocando num aspecto de fundamental necessidade, a formação nesses dois campos. Em um desses textos, Santos, Souza e Vasconcellos (2014) discutem as concepções de Saúde Mental de equipes de saúde da família. Para as autoras, “diferentemente da posição dos especialistas em saúde mental, que têm suas condutas definidas por técnicas, as equipes da ESF falam do cuidado em saúde mental de usuários mediante queixas, reclamações e ações intuitivas e/ou coletivas do cotidiano” (p.29).

Bandeira, Lima e Barroso (2014) discutiram a avaliação de serviços de saúde mental a partir de vários estudos, que avaliaram a satisfação dos usuários com esses serviços, percepção de mudanças em função do tratamento recebido, limitações no comportamento social, sobrecarga de familiares cuidadores e atitudes da comunidade em relação aos doentes mentais, além de outros temas.

Souza (2015) publicou o livro *Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés*, fruto da sua tese de doutorado, e uma de suas conclusões é que os serviços de Atenção Básica não se responsabilizam pelos cuidados em saúde mental, mesmo tendo que estarem disponíveis para atender à demanda que surja no seu território de abrangência, conforme os princípios da universalidade e integralidade e as diretrizes e atributos da APS/Saúde da Família.

Organizado por Nunes e Landim e publicado em 2016, o livro *Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano* traz importantes contribuições de diversos pensadores do campo da saúde mental e coletiva, disponibilizando reflexões teóricas e experiências práticas no campo. Em 2017, foi publicada uma coletânea de textos *Saúde mental para a Atenção Básica*, organizado por Soalheiro. O livro foi produto de pesquisas e reflexões teóricas, trazendo conceitos, contextualizações históricas sobre os diversos temas desenvolvidos.

Entre um dos temas centrais que são abordados na referida obra, encontra-se a reafirmação do território, enquanto espaço vivo e pulsante. A noção de território é buscada na produção teórica do geógrafo brasileiro Milton Santos. As discussões giram em torno do conceito ampliado de saúde, do acesso aos serviços como direito de cidadania, e dos ideários do SUS e do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira (GONDIM; SOALHEIRO, 2017, p 59).

Em termos de artigos científicos publicados em periódicos brasileiros, destacamos alguns que compuseram parte importante da nossa revisão de literatura. Algumas revisões na

literatura científica brasileira deram conta de explorar as publicações sobre a mesma temática do nosso estudo. Essas revisões exploraram artigos publicados entre os anos de 1997-2007, 1999-2009 e, 2010-2015. Esses estudos bibliográficos são: *Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva* (1997-2007); *Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira*; e, *Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde*, onde podemos acessar os quadros com os estudos analisados e as discussões.

Uma dessas pesquisas bibliográficas foi realizada por Gama e Onocko-Campos (2009), no período compreendido entre os anos de 1997-2007, em periódicos brasileiros de Saúde Coletiva. Os autores exploraram 45 artigos com a temática “saúde mental na atenção básica” e chegaram a seguinte conclusão:

A inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica revela-se uma necessidade, no entanto, possui um grau de complexidade que dificulta a implementação de propostas. Na medida em que desloca o problema do adoecimento para o psiquismo, *a priori* questiona uma visão de saúde muito biológica e orgânica. Percebemos que há uma tentativa de incorporar a saúde mental a partir dos paradigmas tradicionais, o que causa muitas distorções e práticas questionáveis. Por exemplo, na saúde tradicional, o aumento da atenção sobre determinada questão transforma-se rapidamente em vigilância e controle social; é o que podemos observar em alguns casos com relação à sexualidade. O tema da saúde mental traz dentro de si a questão do normal e do patológico e pode servir como prática estigmatizante e normalizante (GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009, p.126, grifo dos autores).

Como podemos perceber, a questão da concepção dos profissionais, bem como a subjetividade envolvida nesse trabalho, são elementos centrais para se discutir as ações de saúde mental na estratégia Saúde da Família. Os autores concluem também que:

Os textos pesquisados mostram claramente que existe uma demanda expressiva na área de Saúde Mental na Atenção Básica com indicadores que mereceriam uma atenção especial por parte das políticas públicas. [...]No entanto, os textos apontam uma distância grande entre a proposta de atenção primária das políticas públicas e a maneira como efetivamente está acontecendo a implantação da prática da saúde mental, que este processo caminha devagar e que os profissionais ainda estruturam seu trabalho com base na demanda e acontecem poucas ações voltadas para a prevenção e a promoção (GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009, p.127).

Na pesquisa realizada por Souza et al. (2012), os autores exploraram artigos publicados entre os anos de 1999-2009, chegando à conclusão de que os estudos analisados “apontaram problemas como visões estereotipadas sobre os transtornos mentais, predominância da lógica manicomial, ausência de registros, fluxos, estratégias, apoio qualificado às famílias e de integração em rede” (p.1022).

No estudo realizado por Frateschi e Cardoso (2014), em unidades de saúde de um município de médio porte do interior de São Paulo, os autores observaram “uma tendência à medicalização dos sintomas e conseqüente redução do indivíduo ao seu aspecto biológico. A conduta pautada em procedimentos técnicos, centrada na cura e na hierarquia dos saberes, regida pelo modelo médico-hegemônico, acaba por distanciar o profissional do usuário, enquanto pessoa em sofrimento” (p.559).

Para esses autores,

Nesse contexto, infere-se que os profissionais apresentam dificuldade para atuar frente a demandas que não são físicas e acabam encaminhando os usuários para serviços especializados, desresponsabilizando-se pela situação. Os usuários, por conseguinte, ficam circulando pelos serviços, muitas vezes sem reconhecer nenhum deles como referência de cuidado (Id.).

Por sua vez, para Kinoshita et al. (2016), ações de saúde mental na Atenção Básica ainda são um desafio, pois, mesmo com aspectos que convergem para a produção do cuidado integral, o envolvimento no cuidado em saúde mental não é facilmente incorporado pela ABS. Na concepção dos referidos autores, não devemos considerar a Saúde Mental como sendo um campo restrito a uma especialidade, pois isso, tende a “produzir uma atuação reducionista, focada no diagnóstico da doença mental e em propostas terapêuticas restritas à medicalização e aos encaminhamentos a outros especialistas” (2016, p.51), sendo preciso fazer uma “leitura mais sistêmica das subjetividades, da pessoa”, constituindo-se como um avanço necessário para a prestação do cuidado integral na ESF.

Concordamos que a Estratégia de Saúde da Família tem a possibilidade de alterar o enfoque das práticas de saúde (e especificamente de Saúde Mental) e assim inverter o modelo de atenção e o processo de medicalização da sociedade. Mas, compreendemos que, para isso, é necessário haver significativas mudanças que ultrapassam o campo da saúde, carecendo de transformação na própria estrutura social, o que envolve o sistema político e econômico, o modo de produção capitalista.

Lancetti (2013), tecendo considerações acerca de uma experiência de integração das ações de Saúde Mental em Saúde da Família, faz alguns destaques importantes. Para esse autor, o sofrimento físico e mental não ocorre isoladamente, e “as condições ambientais, sociais e mentais formam parte de ecologias inter-relacionais. E é produzindo mudanças nessas esferas que se poderá alcançar o impacto desejado”, bem como as diversas experiências de sofrimento, violências, abusos, dependência etc., acontecem onde as pessoas vivem, ou seja, na família, na

comunidade, enfim no território. Por isso, para o autor, “os processos de produção de saúde mental devem ser gerados nesses territórios” (LANCETTI, 2013, p.117).

A emergência dessas questões, relacionadas aos processos de trabalho na ESF, ocorre porque as instituições financiadas e com responsabilidade pela gestão pública da vida social deveriam assumir os princípios de universalidade, da integralidade e da intersetorialidade como fundamentais para políticas que visam responder às necessidades de todo um conjunto da população, com todos os seus aspectos multidimensionais e implicações (VASCONCELOS, 2016, p.103).

Atentos para a temática descrita, mesmo com inúmeros estudos e a própria história das categorias que discutimos nesse estudo (loucura, sofrimento psíquico, cuidados em saúde/mental, políticas e práticas na ESF, entre outros), observamos que ainda há muito o que refletir e construir em termos de políticas públicas nesse campo, dadas as implicações sociais, éticas e epidemiológicas que refletem em toda a sociedade (seja no interior do estado de Alagoas, seja nas maiores metrópoles do Brasil e do mundo), com atenção “à emergência de novos problemas, que obrigam a uma *reconstrução das configurações de conhecimentos*” (SANTOS, 2006, p.79, grifo nosso).

O estudo de Brêda e Augusto (2001), realizado em Maceió/Alagoas, buscou responder como era prestado o cuidado em saúde à pessoa com transtorno psíquico num território de abrangência da ESF. Em síntese, o estudo demonstrou, à época, que o cuidado em Saúde Mental na APS “tem sido medicalizado, hospitalar e fragmentado”, e que tanto os profissionais de saúde como as famílias têm “reproduzido a lógica do internamento psiquiátrico, que é reforçada pela insuficiência e ineficácia do sistema público de atenção em saúde mental local” (BRÊDA; AUGUSTO, 2001, p.471).

No estudo de Nunes, Jucá e Valentim (2007), foram investigadas as ações de Saúde Mental em quatro equipes de SF de Salvador/Bahia. As autoras partem do pressuposto de que há uma lacuna de estudos que visem conhecer a implantação de ações de Saúde Mental na APS, então buscaram compreender como os profissionais interpretavam o sofrimento mental, como planejavam e desenvolviam suas intervenções e, buscaram também identificar fatores que favoreciam ou dificultavam essas ações, bem como a formação específica desses profissionais e o conhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica.

As autoras identificaram:

- (i) o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos do PSF; (ii) a não-identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas; (iii) a falta de condições para o atendimento desses casos no PSF, o que inclui a

inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes; (iv) a inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionem como retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade, entre outras (NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007, p.2378).

Os achados do estudo demonstram quatro questões centrais: a formação, negação/desconhecimento do problema, condições/tecnologias/insumos, e a rede, grosso modo seriam essas as principais questões identificadas. Também, segundo as referidas autoras, os ACS se destacaram entre os membros das equipes pelo contato direto com as famílias e pessoas com transtornos mentais e conhecimento da realidade, mesmo não oferecendo uma resolutividade para as questões.

No estudo de Tanaka e Ribeiro (2009), que investigou a abordagem dos problemas de saúde mental durante atendimento na Atenção Básica, foram encontradas dificuldades no acolhimento e captação dessas condições, bem como a “sensação” de incapacidade técnica pelos profissionais em lidar com tais situações. Novamente, as questões de formação e tecnologias (acolhimento, por exemplo) aparecem no estudo de Tanaka e Ribeiro.

Silveira e Vieira (2009) realizaram uma pesquisa que teve como principal objetivo mapear as modalidades de atenção em Saúde Mental desenvolvidas numa unidade de saúde mista, do município do Rio de Janeiro. O estudo apontou para o predomínio do modelo biomédico na organização da atenção à saúde, da psiquiatria/patologização do cuidado em Saúde Mental, da burocratização do processo de trabalho e centralização das ações no interior das instituições de saúde (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Na intenção de explicitar as práticas de cuidado em Saúde Mental realizadas por uma equipe de saúde da família, Dalla Vecchia e Martins (2009) empreenderam um estudo numa perspectiva histórico-cultural, tendo, além de Marx e Engels, Vygotsky como referencial. Nesse estudo, os autores encontraram questões que vão ao encontro dos estudos citados anteriormente, como a preocupação dos profissionais pela “sensação de despreparo para lidar com o sofrimento psíquico até os temores relacionados com a possibilidade de que sintomas agressivos fossem deflagrados durante as visitas domiciliares”, “ausência de formação e experiência precedente à sua inserção na ESF”, apesar dos profissionais revelarem muitas “demandas que requerem práticas de atenção à saúde mental” (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

Contudo, Dalla Vecchia e Martins (2009) notaram que, aparentemente, havia “forte incorporação ideológica dos princípios da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica brasileira, ainda que de forma fragmentada, sinalizando, porém, condições favoráveis para a promoção da atenção à saúde mental em base comunitária”. Também foram observadas iniciativas no sentido

de evitar a internação psiquiátrica, como orientação aos familiares, acompanhamento dos egressos da hospitalização e “esforço para evitar a medicalização do sofrimento psíquico”.

De acordo com os referidos autores, os profissionais se queixam de não disporem de “instrumentos técnicos” (leia-se conhecimento, protocolos, orientações) para uma abordagem inicial imediata e para tomada de decisão, pois o contato cotidiano com a comunidade, famílias e com o contexto, exige dos profissionais e equipes um preparo para lidar com tais questões que são de grande complexidade. Nesse sentido,

A “entrada em cena” das condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença, bastante evidente na estratégia de saúde da família, impõe aos profissionais um processo de instrumentalização em torno de habilidades e competências necessárias para o cuidado em saúde, em que é relevante a necessidade de ampliação do núcleo biomédico de determinação do processo saúde-doença (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009, p.192, grifo dos autores).

Essa consideração corrobora o que Vieira e Neves (2017) afirmam:

O trabalho efetivo no território tem enunciado diversas formas de sofrimento, desassistência e processos que transformam as diferenças em desigualdade e exclusão social. A incorporação das dimensões subjetiva e social na prática clínica das equipes da atenção básica, tendo em vista, o *modus operandis* de trabalho da Estratégia de Saúde da Família faz com que os profissionais da Saúde da Família se deparem cotidianamente com problemas de saúde mental (VIEIRA, NEVES, 2017, p.26).

Em uma revisão de literatura realizada a partir da base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Periódicos CAPES/MEC –, realizada entre os meses de setembro-outubro de 2017, e utilizando a estratégia de busca, com os seguintes descritores, “saúde mental” AND “atenção primária à saúde” AND “saúde da família” AND “atenção básica”, com o objetivo de encontrar artigos publicados em periódicos indexados que abordassem a temática no Brasil e que estivessem disponíveis na íntegra para o acesso *on-line*, chegamos aos seguintes achados em termos de números de artigos:

Quadro 4: Relação dos artigos encontrados na base de dados da CAPES/MEC em 2017.

Base: Periódicos CAPES/MEC		Período da busca: set-out/2017.		
Estratégia: saúde mental AND atenção primária à saúde AND saúde da família AND atenção básica				
Resultado total: 398		Idioma português: 142		Revisor por Pares: 47
Disponíveis e selecionados para análise após aplicados os critérios de inclusão/exclusão: 09 (nove)				
Nº	Autor(es)	Periódico / Ano	Título	Tipo de Estudo / Aporte Teórico
1	Gryschek, G.; Pinto, AAM.	Ciência & Saúde Coletiva, 2015.	<i>Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?</i>	Revisão de literatura. Biblioteca Virtual de Saúde (Lilacs, SciELO e Medline), no período de 15 a 20 de julho de 2013, com os seguintes descritores combinados: Saúde Mental; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.
2	Vannucchi, AMC; Carneiro Junior, N.	Physis Revista de Saúde Coletiva, 2012.	<i>Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no</i>	Pesquisa qualitativa, norteadas pelas categorias “organização tecnológica” e “processo de trabalho”. Os sujeitos foram médicos psiquiatras. Foram realizadas pesquisas documentais, entrevistas e

			<i>contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil.</i>	observação participante das atividades de trabalho dos sujeitos. Utilizou-se a <i>análise de conteúdo</i> .
3	Salazar, BA; Campos, MR; Luiza, VL.	Ciência & Saúde Coletiva, 2017.	<i>A carteira de serviços de saúde do município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na atenção primária no Brasil.</i>	Pesquisa em base de dados secundária.
4	Iglesias, A; Avellar, LZ.	Ciência & Saúde Coletiva, 2014.	<i>Apoio matricial: um estudo bibliográfico.</i>	Revisão bibliográfica a respeito do apoio matricial em saúde mental.
5	Motta, CCL; More, CLOO; Nunes, CHSS.	Ciência & Saúde Coletiva, 2017.	<i>O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica</i>	Pesquisa realizado sob a perspectiva dos pressupostos epistemológicos do Pensamento Complexo, o estudo se ancora no princípio da dialógica.
6	Nunes, JMS; Guimarães, JMX; Sampaio, JJC.	Physis, 2016.	<i>A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial</i>	Pesquisa qualitativa, orientada pelo método dialético, cujo desenho é o estudo de caso. Foram técnicas de coleta de dados a entrevista e o grupo focal.
7	Hirdes, A.	Ciência & Saúde Coletiva, 2015.	<i>A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária a Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental.</i>	Pesquisa descritivo-analítica, com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram profissionais envolvidos no Apoio Matricial. Foram entrevistados 21 participantes e realizados três grupos focais (GF).
8	Samudio, JLP; Martins, ACFDC; Brant, LC; Sampaio, C.	Physis Revista de Saúde Coletiva, 2017.	<i>Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário.</i>	Utilizado o método cartográfico, também chamado de cartografia. Este se fundamenta na esquizoanálise, teoria filosófica proposta por Deleuze e Guattari. Participaram desta pesquisa 11 equipes de ESF.
9	Scholl, CC; Tabeleao, VP; Stigger, RS; Trettim, JP; Mattos MB; Pires, AJ.	Ciência & Saúde Coletiva, 2017.	<i>Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo com usuários da Atenção Básica.</i>	Estudo transversal aninhado a um de intervenção conduzido em quatro unidades de básicas de saúde (UBS).

Elaboração do autor a partir dos achados.

Notamos que os periódicos *Ciências e Saúde Coletiva*, acompanhado da revista *Physis* foram os que mais publicaram artigos relacionados ao nosso tema de estudo. Esse fato se relaciona diretamente com a perspectiva dessas revistas e a composição do seu escopo temático. Nossa busca ainda seria ampliada para outras bases de dados, nacionais e internacionais, no entanto, buscas realizadas na Scielo e Lilacs apresentaram grande repetição de artigos.

De certo que muito tem sido dito, escrito e publicado acerca do tema do nosso estudo, porém temos percebido, até o momento, que poucos são os estudos que vão além do aspecto

fenomênico, o que pode ser demonstrado no Quadro 5, no qual destacamos os objetivos, principais resultados e conclusões desses estudos, havendo, portanto, a necessidade de também procurar as raízes dessa problemática, numa perspectiva histórico-dialética.

Quadro 5: Relação dos artigos segundo objetivos, principais resultados e conclusões dos estudos.

Nº	Objetivos	Principais Resultados e Conclusões
1	Realizar revisão da literatura científica para compreender como a SM se insere atualmente nos cuidados oferecidos pela ESF.	11 artigos. Os problemas relacionados com a SM estão presentes e representam uma parcela expressiva da demanda na AB. Apesar disso, as equipes da ESF nem sempre se sentem capazes de lidar com a demanda de SM ou se focam em ações que perpetuam a lógica centrada no cuidado médico especializado e na terapêutica medicamentosa. Por outro lado, a AB, por meio das equipes da ESF, tem plenas condições de desenvolver e ofertar cuidados integrais em SM para os indivíduos e famílias sob sua responsabilidade. O AM permite a inserção de profissionais de SM na AB numa proposta de trabalho conjunto, primando pela educação e integralidade no cuidado em SM, envolvendo profissionais da ESF, da SM, usuários, comunidade e gestores.
2	Analisar o processo de trabalho do médico psiquiatra na APS a partir das organizações tecnológicas da UBS e do NASF na cidade de São Paulo.	o psiquiatra, precisam dispor de ferramentas internas e externas para reafirmarem seu papel diante dos mais diversos objetos de trabalho. Atuação desarticulada; fragilidade de articulação da rede; É necessário acompanhamento longitudinal; (...) um contexto maior de uma sociedade que ainda estigmatiza o sofrimento mental e a pessoa em transtorno mental; da percepção de que grande número de pessoas em transtornos mentais está procurando por atendimento nos diversos serviços inseridos na APS, independentemente de sua organização tecnológica; e da falta de recursos humanos e materiais na APS, com a consequente precarização das condições de trabalho nesse nível de atenção à saúde.
3	Identificar a oferta de ações e procedimentos pelas equipes de SF tendo por base a Carteira de serviços do município do Rio de Janeiro.	Os serviços em saúde mental apresentaram baixa oferta em todos os estratos populacionais; A saúde mental não é contemplada entre as dez áreas estratégicas definidas pela PNAB. Ademais, há escassos e defasados indicadores de saúde mental no Sistema da Informação de Atenção Básica (SIAB). - A organização do cuidado na APS por ciclos de vida e por grandes grupos de doenças pode mascarar interfaces. - A expansão da ESF para os grandes centros urbanos, colocam-se como grandes desafios para o fortalecimento da APS no país. Nas áreas de maior densidade populacional, a heterogeneidade das condições econômico-sociais reflete-se também na desigualdade de oferta de serviços de saúde.
4	Conhecer o que já foi produzido sobre este assunto, bem como os métodos utilizados para se chegar as discussões suscitadas pelo tema em questão.	14 artigos publicados em periódicos científicos e indexados em bases de dados de fácil acesso.- O apoio matricial tem se apresentado como uma possibilidade real de conversão de um contexto de exclusão das pessoas em sofrimento. - há uma carência de trabalhos que explorem, por exemplo, as contribuições de usuários e familiares para esta prática inovadora. - necessidade de outros estudos que trabalhem outros métodos de investigação, para além da exclusividade do método qualitativo.
5	Compreender a prática dos psicólogos no atendimento a usuários com diagnóstico de depressão em rede municipal de saúde.	Fatores contextuais do atendimento ao diagnóstico de depressão; Atendimento psicoterapêutico; Atendimento em grupo; Recursos complementares.
6	Compreender as razões de implantação do modelo de atenção psicossocial territorial, seus avanços e desafios na produção do	Indicamos que convivem tanto o modelo hospitalar quanto o modelo de atenção psicossocial territorial, não tendo havido superação do primeiro pelo segundo. Apesar da perspectiva de uma política de ação incluyente e integrada, o trânsito para a prática é descontínuo e fragmentário.

	cuidado, no atual movimento de Reforma Psiquiátrica.	
7	Investigar o AM em saúde mental na APS, na perspectiva dos profissionais generalistas, com vista a identificação das diretrizes, princípios e valores profissionais que permeiam o processo.	O AM parece como uma prática instituída, sustentada por meio das relações personalizadas entre os profissionais e os apoiadores. Há o consenso entre os profissionais que o AM qualifica as intervenções em saúde mental.
8	Conhecer e analisar os encontros dos ACS com o cuidado em saúde mental na APS; - Rastrear o cuidado em saúde mental que acontece no encontro entre ACS e usuário, ofertado no seu cotidiano de trabalho	No processo, os ACS mostraram-se abertos à produção de suas subjetividades por meio do aprender, pois, desde o início do mapeamento dos fluxos, eles demonstraram esse interesse com a pesquisa. Contudo, as condições de trabalho das quais participam são desfavoráveis a essas invenções subjetivas, uma vez que compõem equipes transcendentais no cuidado em saúde e saúde mental.
9	Avaliar a qualidade de vida em portadores de TOC usuários da atenção primária a saúde.	Foram identificados 1518 pacientes, ocorreram 437 (28,8%) perdas, sendo incluídos na amostra 1081 indivíduos. A maior parte dos sujeitos pertencente a classe econômica C (60,7%) e que vivia com companheiro(a) (54,0%). O uso diário de tabaco foi referido por 26,4%, e o de álcool, por 17,3%. A prevalência de TOC foi de 3,9% (n = 42). Os tratamentos possuem efeitos positivos, não só na melhora ou diminuição dos sintomas obsessivo-compulsivos, como também na qualidade de vida do paciente, minimizando seu sofrimento e o impacto da doença.

Elaboração do autor a partir dos achados.

Vannucchi e Carneiro Júnior (2012) realizaram pesquisa no município de São Paulo, com o objetivo de analisar o processo de trabalho do médico psiquiatra na APS, a partir das organizações tecnológicas da UBS e do NASF. Naquele contexto, segundo os autores, a atenção à Saúde Mental no campo da APS “comporta uma ampla heterogeneidade de modalidades tecnoassistenciais [sic]”, coexistindo equipes de Saúde Mental compostas por psiquiatra, psicólogo e assistente social, incorporadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, ao NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Percebe-se que há uma estrutura de apoio ao cuidado em Saúde Mental no âmbito da APS pela incorporação de uma equipe específica. No entanto, os autores afirmam que “a atenção à saúde no território se depara com tensões que estão além das práticas pensadas, ao lidar com expectativas da população, engendradas na esfera do social” e que, “ao mesmo tempo em que o apoio matricial e, portanto, as diretrizes do NASF preconizam a corresponsabilização no acompanhamento dos usuários, elas não oferecem condições para que isso ocorra”. Além do mais, de acordo com os autores,

A organização do trabalho a partir da apreensão das necessidades de saúde, ancorada nos referenciais médico-científicos, fragiliza-se no momento em que se penetra a dinâmica social da comunidade, provocando uma revisão necessária do objeto de intervenção proposto, podendo causar sensação de impotência ou de não reapropriação do objeto de trabalho frente a tais situações, que não se “encaixam” na

oferta organizada das ações de saúde. (VANNUCCHI, CARNEIRO JUNIOR, 2012, p.973).

Assim, apesar da incorporação de uma equipe para apoio em Saúde Mental no APS, é possível considerar, levando em conta o estudo de Vannucchi e Carneiro Junior (2012), que essa incorporação, por si só, não basta para garantir um cuidado longitudinal, conforme os princípios do SUS e da APS, pois requer integração e articulação da rede de atenção à saúde, sendo necessário acompanhamento longitudinal das pessoas com transtornos mentais, e também dos familiares, que se encontram na APS, considerados graves ou não, estáveis ou não.

Essa necessidade vem de um contexto maior: de uma sociedade que ainda estigmatiza o sofrimento mental e o portador de transtorno mental; da percepção de que grande número de portadores de transtornos mentais está procurando por atendimento nos diversos serviços inseridos na APS, independentemente de sua organização tecnológica; e da falta de recursos humanos e materiais na APS, com a consequente precarização das condições de trabalho nesse nível de atenção à saúde (VANNUCCHI, CARNEIRO JUNIOR, 2012, p.977).

Nesse estudo, os autores observaram “que a aproximação do objeto da saúde mental e as manifestações de sintomas que fogem à dimensão biológica do processo saúde-doença demandam do psiquiatra uma atuação não necessariamente específica e que, na sua visão, poderia ser de outros profissionais, o que também traz tensões na relação com a equipe” (VANNUCCHI, CARNEIRO JUNIOR, 2012, p.973). Carece, portanto, não apenas da incorporação de mais profissionais de diferentes formações na APS, mas que essa incorporação seja efetivamente integralizadora do trabalho em equipe.

Iglesias e Avellar (2014) realizaram estudo acerca do apoio matricial³⁴, analisando diversos estudos e pesquisas sobre o tema e concluíram que o mesmo “tem se apresentado como uma possibilidade real de conversão de um contexto de exclusão das pessoas em sofrimento, [...] porque tem conseguido levar a atenção básica a discussão da inclusão da saúde mental em suas práticas de cuidado” (p.3797).

Hirdes (2015) também estudou a instituição do apoio matricial e destacou a relação com o especialista como facilitadora para a promoção do cuidado, estabelecendo relações de vínculo e confiança com a equipe de Saúde da Família, enquanto que a relação com outros dispositivos da rede, como os CAPS, por exemplo, continuava sendo uma importante barreira para a longitudinalidade e integralidade do cuidado.

³⁴ Sobre o Apoio Matricial ver: CHIAVERINI, Dulce Helena et al. (org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Além dos inúmeros estudos e reflexões de CAMPOS, G.W.S. *Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde*, e CAMPOS G.W.S, DOMITTI A.C. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*, entre outros.

Gryschek e Pinto (2015), por sua vez, buscaram compreender como a Saúde Mental se insere nos cuidados oferecidos pela ESF. Concluíram que os problemas relacionados com a Saúde Mental estão presentes e representam uma parcela expressiva da demanda na AB. Mesmo assim, “as equipes da ESF nem sempre se sentem capazes de lidar com a demanda de saúde mental ou se focam em ações que perpetuam a lógica centrada no cuidado médico especializado e na terapêutica medicamentosa” (p.3261).

Nunes, Guimarães e Sampaio (2016), em estudo realizado em Fortaleza/Ceará, indicaram que, apesar da proposição da política de saúde e da Reforma Psiquiátrica ser de inclusão e integração dos usuários e dos serviços, “o trânsito para a prática é descontínuo e fragmentado” (p.1213), e que não houve superação do modelo hospitalar, convivendo também com o modelo de atenção psicossocial territorial, mas que há hegemonia do primeiro. Assim, “o modelo de atenção psicossocial é expresso, atualmente, fora da realidade dos serviços, estranho/alienado, sem muitas perspectivas de elaboração e execução em Fortaleza, Ceará” (p.1213).

No estudo de Salazar, Campos e Luiz (2017) realizado no Rio de Janeiro, a conclusão não é tão diferente do estudo de Nunes, Guimarães e Sampaio (2016), pois os autores também chegaram à conclusão de que “a saúde mental ainda é uma área negligenciada do processo de trabalho das equipes de APS” (p.788), constituindo-se como um grande desafio para a organização dos serviços em grandes centros urbanos.

Samudio, Martins, Brant e Sampaio (2017) realizaram estudo utilizando o método cartográfico e centraram sua atenção no encontro do ACS com o usuário, apontando a potencialidade do ACS no cuidado em Saúde Mental na APS, por ser “um trabalhador aberto à invenção de sua subjetividade e à Reforma Psiquiátrica, mas são necessários agenciamentos que contribuam para novas formas de cuidado em seu território de trabalho, dando-lhes visibilidade e reconhecimento” (p.277).

Motta, Moré e Nunes (2017), ao estudarem o atendimento de psicólogos à depressão numa rede municipal de saúde, identificaram que até mesmo a perspectiva adotada por esses profissionais tem forte concepção biologicista, evidenciando que a atenção integral precisa ser mais bem consolidada na APS.

Scholl et al. (2017) analisaram a qualidade de vida de pessoas com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) na Atenção Primária de Pelotas-RS e chegaram à conclusão de que os transtornos mentais têm grande prevalência na APS e a qualidade de vida é influenciada negativamente por eles. No caso estudado (TOC), a prevalência na comunidade foi de 3,9%,

mas os autores apontaram outro estudo³⁵ realizado em um município do RS, que constatou uma prevalência de 51,1% de transtornos mentais em indivíduos que buscaram atendimento na atenção primária.

Desse modo, podemos perceber a questão da formação dos profissionais perpassando os diversos contextos estudados, nas diferentes abordagens. Assim, voltamos ao que diz Amarante (2015b, p.69), sobre os sujeitos que trabalham em Saúde Mental (e, poderíamos dizer também de todos os profissionais/trabalhadores do campo da saúde): “poderiam receber, em sua formação, reflexões mais amplas, mais problematizadoras, sobre a complexidade da experiência humana, ou sobre a produção de sentidos das atividades essencialmente humanas”.

Já o aumento da incidência e prevalência de transtornos mentais precisa ser discutido e analisado com mais aprofundamento, pois, além da questão relacionada aos diagnósticos, com base nos manuais: DSM e CID, também é preciso debater os modelos de atenção, as políticas, o papel do Estado, a influência da indústria de medicamentos, etc.

A respeito dos manuais diagnósticos, Soalheiro e Mota (2014) chamam a atenção para o fato de que, não obstante sua importância do ponto de vista da ciência, e em particular da medicina e da psiquiatria, é preciso situar seu papel e sua influência no cuidado (ou na assistência) em Saúde Mental/psiquiátrica nos diversos serviços, desde o ambiente hospitalar aos serviços de base territorial como os CAPS e as UBS.

Apesar de responder bem às funções internas à psiquiatria designadas a ele, alguns aspectos deste manual fazem com que uma análise crítica do mesmo venha sendo feita pelo meio acadêmico e outros segmentos da sociedade envolvidos. Mas o fato de possuir confiabilidade na psiquiatria e representar uma ferramenta de referência não faz com que o manual fique restrito à função de um compêndio do saber psiquiátrico. Acaba sendo um instrumento adotado pelas políticas e pelos profissionais de saúde mental, no extremo, sendo utilizado como uma lista para configuração de diagnósticos. O que pode levar a uma substituição do exercício clínico, da escuta do paciente e da análise das particularidades de cada caso (SOALHEIRO; MOTA, 2014, p.74).

Como colocado pelos autores, os manuais, e em particular o DSM, têm seu respaldo científico, não apenas no seu campo específico de conhecimento (a psiquiatria), mas por uma gama de profissionais que o têm como referência, inclusive na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Numa perspectiva discursiva, trata-se de um documento normativo referendado pelo saber científico, que se pretende estabilizado. Os sentidos de “Manual”, de “referência”, entre

³⁵O estudo a que Scholl et al. (2017) se referem é de Gonçalves, D.M; Kapczinski, F. *Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul* (2008).

outros, entram em funcionamento como *pré-construídos* (PÊCHEUX, 2014; ORLANDI, 2020) que produzem efeito de sustentação ao que está posto como conhecimento validado pelo rigor do método acadêmico, criando as “condições de circulação dos discursos, de uma fórmula e de referente social” (COURTINE, 2014, p.66).

Courtine designou a noção de *fórmula* como tendo “condensado em si uma massa considerável de discursos aos quais eles sirvam, de certo modo, de equivalentes semânticos ou paradigmas primitivos para famílias parafrásticas de enunciados” (2014, p.67). Enquanto que a noção de *referente social* “provém da existência de tais ‘fórmulas’; atribuir uma ‘fórmula’ a um ‘referente social’ equivale a designá-la como elemento de um saber comum a todo locutor de uma dada formação social em uma conjuntura determinada” (COURTINE, 2014, p.68, grifos do autor).

Nesse percurso, essas fórmulas e referentes sociais podem também estar presentes nos discursos acerca do cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família, considerando as formações discursivas nas quais os profissionais se inscrevem. Cabe lembrar, no entanto, a relação constitutiva entre o modo como fórmulas e referentes sociais são estabilizados ideologicamente e as contradições em presença, tendo em conta o processo sócio-histórico do campo em tela.

4 OBJETIVOS

GERAL:

Analisar os sentidos do cuidado em Saúde Mental desenvolvido na Estratégia Saúde da Família no município de Arapiraca – Alagoas, a partir dos discursos dos profissionais.

ESPECÍFICOS:

- Identificar de que maneira e com base em quais pressupostos (concepções) os profissionais da ESF desenvolvem o cuidado em saúde mental;
- Averiguar os contextos institucionais, conjunturais e estruturais e que tipo de relação se estabelece entre as equipes de SF, CAPS, NASF para a produção desse cuidado;
- Identificar os discursos dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Arapiraca – Alagoas, sobre o cuidado em Saúde Mental, considerando o território adstrito.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Entendemos que a escolha dos procedimentos metodológicos para uma pesquisa científica é sempre uma opção interpretativa da realidade, que deve se aliar ao objeto de estudo.

5.1 DESENHO E TIPO DO ESTUDO

Nosso estudo foi conduzido numa perspectiva discursiva, ancorada na Análise de Discurso desenvolvida por Michel Pêcheux, na França, e por Eni Orlandi, no Brasil, como referencial teórico-analítico, o que implica dizer que, em se tratando de uma análise materialista do discurso, o método é dialético, conforme os pressupostos apresentados por Marx.

Conforme Silva e Amaral (2015), tomamos o sentido dos discursos como objeto de nossa análise, a partir das contribuições de Pêcheux (2014) e Orlandi (2020), considerando que “um dado discurso produz sentidos na relação com outros discursos, em suas filiações ideológicas, a partir da base material que o constitui e em relações sociais historicamente determinadas” (p.6). Silva e Amaral partem do materialismo histórico-dialético desenvolvido por Marx, entendendo que “o modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual” (MARX, 2008, p.47 apud SILVA; AMARAL, 2015, p.6).

Na AD não empreendemos uma coleta de dados, mas um recorte da materialidade linguística, orientado pelos dispositivos de análise, especialmente considerando os objetivos da pesquisa. Nessa perspectiva, o *corpus* é formulado de modo heterogêneo, sendo aqui considerados os excertos extraídos de entrevistas realizadas com profissionais da ESF. Para além da fundamentação teórica da AD, o objeto de pesquisa exigiu um aprofundamento em estudos do campo da Saúde Mental e da Atenção Básica, razão pela qual foi empreendida também uma pesquisa bibliográfica, conforme apresentado nas seções anteriores.

Minayo (2010) afirma que a abordagem qualitativa “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (p.57). De acordo com Backes et al. (2011, p.438), “o campo da pesquisa qualitativa se constitui de diversas possibilidades metodológicas”. Assim, para apreensão dos sentidos do cuidado em saúde mental na ESF, consideramos que o estudo de campo, de abordagem qualitativa e orientado pelo método dialético é o mais adequado para apreendermos o objeto de pesquisa.

5.1.1 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde da ESF de Arapiraca/Alagoas. Maior município do interior do estado, Arapiraca tem uma população estimada pelo IBGE (2017) de 234.185 habitantes. Sua principal economia é o comércio. O salário médio mensal dos trabalhadores formais (2015) é de 1,6 salários mínimos, contanto com 18% de pessoal ocupado. Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade (2010) foi de 95,9%. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal ficou em 0,649 em 2010. O município possui 19.821 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), com cerca de 77,24% dessas acompanhadas pela Atenção Básica (IBGE, 2018).

Arapiraca é sede da 2ª Macrorregião de Saúde, sendo referência para acesso aos serviços e ações de saúde no agreste e sertão de Alagoas. Apresenta cobertura de Atenção Básica de 95%, considerando a estratégia Saúde da Família (SF), contando também com equipes do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Sua situação atual no que se refere à implantação de equipes de Saúde da Família é a seguinte: **60 (sessenta) equipes de SF**, todas contando com a equipe mínima (1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde) – com uma média de 8 (oito) ACS por equipe, o município conta **com um total de 431 agentes comunitários de saúde**. Possui **10 (dez) equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**, compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de SF. Em relação à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o município conta com **02 (dois) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, sendo um CAPS do tipo II (atendendo transtornos mentais) e um CAPS AD (para álcool e outras drogas). O CAPS II – Nise da Silveira – atende diariamente 40 usuários, 115 semanalmente e 700 mensal. Tem um incipiente apoio matricial, ainda em processo de organização. (SMS; BRASIL, 2017).

Algumas dessas Informações foram disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde através da Coordenação Municipal da RAPS e da Coordenação Municipal da Atenção Básica de Arapiraca/AL.

5.1.2 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do nosso estudo foram os profissionais médicos, enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF): 04 médicos, 05 enfermeiros. Foram realizadas 9 (nove) entrevistas individuais com esses profissionais.

Para garantir o anonimato e assegurar o sigilo, a confidencialidade e a privacidade dos entrevistados e das informações prestadas pelos mesmos, foram tomadas as seguintes medidas

e procedimentos para: as entrevistas foram realizadas em local reservado, na própria UBS do entrevistado, protegido de interferências ou participação externas ou de terceiros. Apenas os pesquisadores tiveram acesso às entrevistas de modo a preservar as identidades dos sujeitos, então, optamos por substituir seus nomes por personagens das obras do escritor alagoano Graciliano Ramos: Caetés (1933), São Bernardo (1934), Angústia (1936) e Vidas Secas (1938). Ficando a identificação da seguinte forma, seguindo a ordem em que as entrevistas foram realizadas, por categoria:

Quadro 6: Categoria profissional dos sujeitos do estudo e nomes fictícios, por ordem das entrevistas.

Categoria Profissional	Personagem	Obra
Médico 1	Paulo Honório	São Bernardo
Medica 2	Madalena	São Bernardo
Médica 3	Dona Glória (Glória)	São Bernardo
Médica 4	Maria das Dores (Das Dores)	São Bernardo
Enfermeiro 1	Fabiano	Vidas Secas
Enfermeira 2	Sinhá Vitória (Vitória)	Vidas Secas
Enfermeira 3	Marina	Angústia
Enfermeira 4	Luísa	Caetés
Enfermeira 5	João Valério	Caetés

5.1.3 Critérios de Inclusão dos sujeitos no estudo

- Serem profissionais generalistas, ou seja, não serem especialistas em Psiquiatria, Saúde Mental ou Atenção Psicossocial;
- Atuarem na ESF de Arapiraca há, pelo menos, 6 (seis) meses;
- Aceitarem participar da pesquisa e concordarem com os termos do TCLE (em anexo).

5.1.4 Abordagem dos sujeitos – etapas da entrevista

(1) No **primeiro momento**, foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a realização da pesquisa e a anuência à Coordenação da Atenção à Saúde e Coordenação Municipal da Atenção Básica/APS/ESF (em anexo).

(2) No **segundo momento**, os profissionais foram contatados através de visitas às unidades de saúde para apresentação da proposta do estudo (pesquisadores, instituição,

objetivos, justificativa, etc.) e em seguida foram convidados a participar do estudo. Uma vez tendo aceito, foi realizado agendamento das entrevistas, que em sua maioria ocorreu no mesmo dia do contato com os profissionais.

(3) O **terceiro momento** foi da entrevista propriamente dita e da transcrição das mesmas.

5.1.5 Técnicas e instrumentos

Utilizamos **entrevista aberta** e **semiestruturada** com roteiro-guia previamente elaborado com as questões/perguntas norteadoras das entrevistas.

O roteiro-guia para entrevista com profissionais consistiu-se das seguintes questões apresentadas no quadro abaixo:

ROTEIRO-GUIA

Entrevista com profissionais da ESF

- *Como é o seu trabalho na ESF? O que lhe motivou a trabalhar na ESF? Fale um pouco da sua trajetória profissional.*
- *Como você percebe as situações de saúde mental?*
- *Como é a abordagem e como você identifica, acolhe e acompanha as situações de saúde mental?*
- *Você recebeu formação e se considera capacitado para promover cuidado em saúde mental na ESF?*
- *Existem condutas preconizadas/instituídas pelo município?*
- *O que potencializa/fortalece e o que limita/dificulta o cuidado em saúde mental na ESF?*
- *Como ocorre a relação com os demais membros da equipe, incluindo o NASF e os outros serviços de saúde (CAPS, por exemplo)?*
- *O que seria um “cuidado adequado” em saúde mental na ESF? Recomendações.*

As entrevistas foram gravadas em forma de áudio, utilizando um aparelho de gravador de voz Sony® (IC Recorder ICD-PX240), e transcritas na íntegra, com base no referencial desenvolvido por Marcuschi e apresentado por Manzini (2008). Para esse autor,

O momento da transcrição representa mais uma experiência para o pesquisador e se constitui em uma pré-análise do material. Dessa forma, principalmente nas entrevistas dos tipos semiestruturada e não-estruturada, que são as entrevistas passíveis de serem transcritas, é conveniente que essa atividade seja realizada pelo próprio pesquisador (MANZINI, 2008, p.1).

Realizada a transcrição das entrevistas, realizamos leitura flutuante e releitura exaustiva para, então, serem analisadas, sendo que o momento da transcrição também se constituiu numa pré-análise (MANZINI, 2008).

5.1.6 Aspectos Éticos do Estudo

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/Fiocruz, sob o parecer nº **3.211.405**, por se tratar de pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Também foi levada em consideração a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre “as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana” (CNS, 2016). Foram solicitadas as devidas autorizações e anuências das instituições (SMS) e sujeitos envolvidos no estudo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.1.7 As entrevistas e a Análise de Discurso

As transcrições das entrevistas foram submetidas aos dispositivos teórico-analíticos da Análise do Discurso (AD) de filiação francesa³⁶. Fundada por Michel Pêcheux nos anos de 1960, a AD filia-se teoricamente aos movimentos de ideias sobre o sujeito, a ideologia e a língua. Sua singularidade é pensar a relação da ideologia com a língua, afastando a metafísica, e trazendo para a reflexão o materialismo e não sucumbindo ao positivismo da ciência da linguagem (ORLANDI, 2017, p.37).

Para Orlandi (2000, p.26), a AD não estaciona na interpretação das falas ou dos textos, ela trabalha seus limites, seus mecanismos, como parte dos processos de significação, sem, no entanto, procurar um sentido verdadeiro, através do que a autora chama de uma “chave” de interpretação. Para Orlandi, não existe essa “chave”, mas sim método e construção de dispositivos teóricos que o analista (pesquisador) deve ser capaz de compreender e lançar mão em seu trabalho de análise.

³⁶ No texto *Elementos para uma história da análise do discurso na França*, de Denise Maldidier (2014), a autora destaca a fundação da AD como disciplina. O referido texto faz parte de uma coletânea intitulada *Gestos de leitura*, organizada por Orlandi (2014).

Assim, no dizer do sujeito falante (sujeito empírico), busca-se também compreender o processo discursivo, os momentos de silenciamento, pensando-o enquanto produtor de sentidos, tendo em conta que, para Orlandi (2007, p.29), “o silêncio pode ser considerado tanto parte da retórica da dominação (a da opressão) como de sua contrapartida, a retórica do oprimido (a da resistência)” e que para “compreender a linguagem é preciso entender o silêncio para além de sua dimensão política”. Orlandi (2007, p.42) ainda propõe uma concepção não-negativa do silêncio, uma vez que “o silêncio não fala, ele significa”. Ainda de acordo com a referida autora, há múltiplos silêncios, o das emoções, o místico, o da contemplação, o da introspecção, o da revolta, o da resistência, o da disciplina, o do exercício do poder, o da derrota da vontade, etc.

A AD é constituída por três domínios disciplinares: a Linguística (pela não transparência da linguagem), o Marxismo (materialismo histórico e ideologia) e a Psicanálise (deslocando a noção de homem para sujeito e trazendo a noção do inconsciente). Nessa perspectiva, o sujeito discursivo funciona então pelo inconsciente e pela ideologia (ORLANDI, 2020). “Em seu quadro teórico, nem o discurso é visto como uma liberdade em ato, totalmente sem condicionantes linguísticos ou determinações históricas, nem a língua como totalmente fechada em si mesma, sem falhas ou equívocos” (Id.).

A AD não trata da língua enquanto sistema abstrato (mas com a língua no mundo e com as maneiras de significar), não trata da gramática; ela trata do discurso, enquanto palavra em movimento, observando o ser humano falando e procurando compreender a língua fazendo sentido, num trabalho simbólico, constitutivo do sujeito e da sua história, “considerando a produção de sentidos enquanto parte de suas vidas, seja enquanto sujeitos seja enquanto membros de uma determinada forma de sociedade” (ORLANDI, 2020).

Desse modo, a AD concebe a linguagem como mediação necessária entre o ser humano e a realidade natural e social. Essa mediação, que é o discurso, torna possível tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do ser humano e da realidade em que ele vive (Id.).

Em nosso gesto de análise, lançamos mão da noção de Formação Discursiva, tendo como premissa a noção de Formação Ideológica, já apresentada na primeira parte do nosso trabalho. O conceito de formação discursiva foi introduzido por Foucault (2009), na sua obra *Arqueologia do saber*, com o objetivo de determinar os conjuntos de enunciados relacionados a um mesmo sistema de regras determinadas pelo momento histórico. Posteriormente, Pêcheux (2014) ressignificou esse conceito, como aquilo que pode ser dito a partir de uma posição dada em um momento histórico dado.

Outros conceitos desenvolvidos no campo da AD são utilizados aqui, como fundamentais para construção do nosso dispositivo de análise, como: intradiscurso, interdiscurso, pré-construído, relação de sentidos, efeito de evidência de sentidos e a noção de interpretação. Esses conceitos e noções constituem nosso dispositivo analítico, juntamente com teóricos e estudiosos do campo da saúde pública/coletiva e das reformas sanitária e psiquiátrica.

Por **intradiscurso**, Courtine define como sendo o “lugar da enunciação por um sujeito”, é o dito, “aquilo que estamos dizendo naquele momento dado, em condições dadas” (2014, p. 74 apud ORLANDI, 2020, p.31). Por sua vez, o **interdiscurso** representa todos os dizeres já ditos, conforme Orlandi, é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos, pois

para que as palavras tenham sentido é preciso que elas já façam sentido, isto é o efeito do interdiscurso: é preciso que o que foi dito por um sujeito específico, em um momento particular se apague na memória para que, passando para o “anonimato”, possa fazer sentido em “minhas” palavras (ORLANDI, 2020, p.32, grifos da autora).

Para Orlandi, “as condições de produção, que constituem os discursos, funcionam de acordo com certos fatores”, sendo um deles o que a autora chama de **relação de sentidos**, não havendo discurso que “não se relacione com outros”, e seus sentidos são resultado dessas relações.

Um discurso aponta para outros que o sustentam, assim como para dizeres futuros. Todo discurso é visto como um estado de um processo discursivo mais amplo, contínuo. Não há, desse modo, começo absoluto nem ponto final para o discurso. Um dizer tem relação com outros dizeres realizados, imaginados ou possíveis (ORLANDI, 2020, p. 37).

Em nosso estudo, procuramos também dar conta da compreensão do silêncio no discurso, sabendo que esse silêncio que, porventura, venha a se instalar durante o processo discursivo, “não é apenas um acidente que intervém ocasionalmente: ele é necessário à significação” (id., p.45), considerando em “diversas ocasiões que a incompletude é fundamental no dizer” do sujeito que fala. Nos dizeres de Orlandi, o silêncio não é interpretativo, mas compreensível.

Nesse sentido, atentamos para o “silêncio fundador”, bem como para o “silenciamento”, enquanto uma política de sentido. É nessa perspectiva que fizemos a discussão teórico-analítica do nosso estudo, trazendo algumas noções e conceitos fundamentais da Análise de Discurso, buscando analisar o objeto de nosso estudo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No trabalho de campo, realizamos entrevistas com 5 (cinco) médicos e 5 (cinco) enfermeiros da ESF, sendo uma das entrevistas com profissional médico descartada por não ter sido permitida a gravação do áudio, ficando difícil de procedermos uma análise mais detalhada conforme as demais entrevistas.

Apresentaremos as análises das entrevistas nessa ordem, ou seja, profissionais médicos e enfermeiros. No entanto, antes de iniciarmos a apresentação das análises, discorreremos sobre o processo de análise, de modo a deixar explícito o processo discursivo em que as entrevistas (individuais) foram submetidas.

6.1 PROCESSO DISCURSIVO: superfície linguística, *corpus*, eixos de análise e núcleos discursivos significantes

Em nosso gesto analítico procuramos, inicialmente, constituir o *corpus*, que conforme Orlandi (2020) é um dos principais pontos a considerar como a base da análise. Para Orlandi, “a delimitação do *corpus* não segue critérios empíricos (positivistas) mas teórico”, pois, a construção e análise do *corpus* estão intimamente ligadas e, “decidir o que fazer parte do *corpus* já é decidir acerca de propriedades discursivas” (ORLANDI, 2020, p. 61).

Com base na proposição de Orlandi (2020, p. 61), “em grande medida o *corpus* resulta de uma construção do próprio analista” e, em face dos objetivos e das questões do estudo, buscamos os efeitos de sentido a partir dos enunciados trazidos pelos sujeitos empíricos, organizando a **superfície linguística**, que é o “material de linguagem bruto coletado, tal como existe”, ou de outra forma, a superfície linguística é, a grosso modo, o conjunto das entrevistas, transcritas integralmente. Em seguida, após leitura exaustiva, foi possível delimitar o nosso *objeto discursivo*, “este sendo definido pelo fato de que o *corpus* já recebeu um primeiro tratamento de análise superficial, feito em uma primeira instância, e já se encontra de-superficializado” (ORLANDI, 2020, p.63).


Conforme Orlandi (2020), esse processo de de-superficialização é, na análise, chamado de **materialidade linguística**: o como se diz, o quem diz, em que circunstância etc. No processo de enunciação, o “sujeito se marca no que diz” e fornece as pistas para a compreensão do modo como o discurso se textualiza (p.63).

O objeto discursivo não é dado, ele supõe um trabalho do analista e para se chegar a ele é preciso, numa primeira etapa de análise, converter a superfície linguística (o *corpus* bruto), o dado empírico, de um discurso concreto, em um objeto teórico, isto é, um objeto linguisticamente de-superficializado, produzido por uma primeira abordagem analítica que trata criticamente a impressão de uma “realidade” do pensamento, ilusão que sobrepõe palavras, ideias e coisas (ORLANDI, 2020, p.64, grifos da autora).

Esquemmatizando:

Esquema 1: Da superfície linguística ao objeto discursivo.

PROCESSO DISCURSIVO (1º momento)


 **SUPERFÍCIE LINGUÍSTICA** = entrevistas transcritas (texto) / *corpus bruto*
OBJETO DISCURSIVO = entrevistas pré-analisadas / *corpus*

Elaboração própria.

A partir da constituição do *corpus* foi possível, em um profundo processo de imersão, extrairmos os **núcleos discursivos significantes (NDS)** dos enunciados (falas) apresentados pelos sujeitos, de onde formulamos as **Sequências Discursivas (SD)**. Tais sequências são “extratos”, são parte dos enunciados que apresentam sentidos e significam, e assim sendo, Orlandi afirma que “um texto é só uma peça de linguagem de um processo discursivo bem mais abrangente e é assim que ele deve ser considerado” (2020, p.70).

Esquema 2: da organização do *corpus* aos núcleos discursivos significantes.

PROCESSO DISCURSIVO (2º momento)

 **CORPUS** = entrevistas transcritas e pré-analisadas (texto). Os enunciados (falas) são analisados em sua integralidade, extraídos os sons externos, interrupções aleatórias, por exemplo.
NÚCLEO DISCURSIVO SIGNIFICANTE = composto por **Sequências Discursivas (SD)**. As Sequências Discursivas (SD) são partes significantes dos enunciados que apresentam indicações para a compreensão da produção de sentidos.

Elaboração própria.

Todo o material empírico produzido, ou seja, todas as entrevistas individuais, foram transcritas na íntegra, depois submetidas a leitura e re-leitura, passaram por esse processo minucioso de tratamento, anteriormente à análise dos discursos propriamente dita – NDS e SD. Contudo, faz-se necessário enfatizar que o processo de análise, o processo discursivo, iniciou-se no momento mesmo das entrevistas, tendo em conta que “a análise é um processo que começa pelo próprio estabelecimento do *corpus* e que se organiza face à natureza do material e à pergunta (ponto de vista) que o organiza” (ORLANDI, 2020, p. 61). Assim sendo, o trabalho

inicial, posterior à organização do *corpus*, foi extrair as Sequências Discursivas que formaram os Núcleos Discursivos Significantes.

Por sua vez, os **Eixos de Análise** foram definidos a partir das questões norteadoras e dos objetivos específicos, considerando que as entrevistas foram organizadas a partir do roteiro-guia que utilizamos. O Eixo de Análise principal foi subdividido em outros dois eixos, conforme o Quadro 7. A partir das questões do nosso estudo, destacamos o Eixo de Análise principal e os sub-eixos dos enunciados, onde foi possível delimitar seus **Núcleos Discursivos Significantes**, apresentados nos quadros a seguir de modo a facilitar a visualização.

Quadro 7 – Eixo de Análise principal e Sub-Eixos.

Eixo de Análise	Sub-Eixos
Eixo - O trabalho na ESF e o cuidado à saúde mental	<p>1.1 - Trabalho em ESF: motivações, concepções e pressupostos.</p> <p>1.2 - Saúde Mental na ESF: impressões, abordagem, formação/capacitação e o <i>instituído</i>.</p>

Como dito anteriormente, a análise das entrevistas será apresentada na ordem em que foram realizadas, ou seja, profissionais médicos e enfermeiros.

As entrevistas foram iniciadas perguntando a respeito das motivações para o trabalho na ESF e como os mesmos concebem a atuação nesse campo, como percebem o cuidado e as questões mais gerais do que chamamos genericamente de Saúde Mental, como a demanda, abordagem das situações, a capacitação ou processos de formação que lhes permitam qualificar sua atuação e o que há (ou não) de *instituído* (protocolos, fluxogramas, p. ex.) pela gestão.

Quadro 8 – Núcleos Discursivos Significantes: o trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Sub-Eixo de Análise	Núcleos Discursivos Significantes
<p>Trabalho em ESF: motivações, concepções e pressupostos.</p>	<p>Médicos: trabalhar a prevenção; porta de entrada para outros serviços; contato com comunidade carente; trabalhar com o povo;</p> <p>Enfermeiros: porta de entrada; criar vínculos e ajudar; um serviços da rede; autonomia profissional;</p> <p>MOTIVAÇÕES: Integralidade do cuidado; muitos casos; afinidades e identificação com a proposta da ESF; gosto/paixão pela ESF; ajudar as pessoas; estímulo na graduação; remuneração.</p>

Os **Núcleos Discursivos Significantes** (NDS), extraídos dos enunciados dos profissionais médicos acerca do trabalho na ESF, apresentaram-se enquanto estratégia de

“prevenção”, um serviço “porta de entrada”, como possibilidade de maior “contato com a comunidade carente” e “trabalhar com o povo”.

Para os profissionais enfermeiros, identificamos os **NDS** do trabalho em ESF também enquanto um serviço de “porta de entrada do sistema de saúde/porta de entrada para tudo”, “criar vínculos e ajudar a comunidade”, “um serviço que faz parte da Rede”, mas também foi apresentada a possibilidade de um trabalho com “mais autonomia e liberdade profissional”.

Acerca das motivações desses profissionais para atuar na ESF, tanto para médicos quanto para enfermeiros, os **Núcleos Discursivos Significantes** identificados foram: “integralidade do cuidado”, “diversidade de casos”, possibilidade de troca (*feedback*) com os pacientes”, “afinidade e identificação com o serviço”, “paixão e gosto pelo trabalho na ESF”, “motivação e estimulação através da graduação”, “empatia/possibilidade de ajudar”, e “remuneração”.

A partir dos NDS extraídos dos enunciados dos profissionais médicos da ESF, as Sequências Discursivas (SD) a seguir prosseguimos as análises partindo do “dito” (Intradiscurso), buscando analisar o “já-dito” (Interdiscurso), fazer interpretações e inferências à teoria do discurso e às bases teóricas que sustentam nosso estudo, sobretudo os referenciais da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

A respeito das concepções, motivações e pressupostos do trabalho em SF, os médicos apresentaram enunciados dispostos nas SD a seguir:

“trabalhar na saúde da família é uma coisinha legal porque você abrange várias matérias e você trabalha com a base” (**Paulo Honório**).

“eu não pretendia ficar muito tempo como médica da SF, pretendia ser especialista, mas quando entrei me apaixonei, gosto de atender uma população mais carente, ajudar quem mais precisa, aí eu me encontrei” (**Madalena**);

“sempre trabalhei na atenção primária, sempre gostei, e gosto do vínculo médico-paciente, pensei em fazer outras especialidades, mas sempre voltada à atenção primária” (**Glória**),

“o contato maior com populações e comunidades mais carentes, a minha vontade quando eu resolvi fazer medicina não foi pensando em me especializar nas especialidades de ponta, a minha vontade era trabalhar com o povo, com quem realmente precisa da gente, precisa da saúde” (**Das Dores**).

Consideramos que essas SD se filiam a uma Formação Discursiva dos “Cuidados Primários de Saúde”, que “corresponde à solução oferecida pela Teoria Gerencialista de um modelo mais racional, mais produtivo, de menor custo e mais abrangente em cobertura, conforme Silva Jr., (1998, citado por FRANCO; MERHY, 2006). Ainda conforme o autor, “esse modelo tem ainda um discurso de incorporação das massas desassistidas e a participação popular”, estando alinhada aos pressupostos da OMS.

Essa Formação Discursiva incorpora, além dos Cuidados Primários em Saúde (doravante CPS), elementos de outras propostas de Atenção Primária à Saúde, como a perspectiva da Medicina de Família e Comunidade (MFC) da década de 1960 e do modelo inicialmente implantado no Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF). Desse modo, a concepção de que a APS/ESF é focada na prevenção das doenças e que é um serviço de saúde voltado para comunidades mais carentes é amplamente incorporada por profissionais, bem como por gestores e pela própria população, apresentando uma intenção da chamada “discriminação positiva” ou “focalização” (FRANCO; MERHY, 2006, p.95).

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) foi, e de certo modo ainda é, “uma alternativa barata que possibilitava o acesso dos mais pobres aos serviços médicos”, enquanto o então PSF “deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e deve utilizar largamente tecnologias custo/efetivas (...) com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descuidar do curativo-reabilitador” (MENDES, 1996, citado por FRANCO e MERHY, 2006, p.95). Consideramos que os dizeres dos profissionais médicos da ESF estão intrinsecamente relacionados às perspectivas apontadas acima, da OMS, MFC e do PSF, tendo por referência uma visão seletiva e focalizada da APS, voltada às comunidades pobres.

Cabe lembrar que a Medicina de Família e Comunidade (MFC), conforme Batista, Almeida e Trindade (2018) não é uma especialidade médica recente no Brasil, e teve seu desenvolvimento inicial antes mesmo da constituição do SUS, tendo relação direta com a APS, desempenhando uma considerável e importante atuação nos sistemas de saúde, sobretudo, em sistemas públicos e universais de saúde. Para esses autores, apesar da importância da MFC, a especialidade não recebe a necessária valorização tanto da população, quanto da própria categoria médica, sendo cercada por “interpretações preconceituosas, ambíguas e incorretas” (p.313).

Dos profissionais médicos participantes do nosso estudo, apenas duas médicas (**Madalena e Glória**) são especialistas em MFC e fizeram essa opção por identificação com a área. Para Batista, Almeida e Trindade (2018, p. 332), o Brasil conta com uma quantidade de

médicos de família e comunidade muito aquém de outros países com sistemas universais de saúde e organizados a partir da APS, como é o caso do Reino Unido, que tem uma razão de aproximadamente 74 médicos de família e comunidade, os chamados *General Practitioner* (GP), por 100 mil habitantes, enquanto no Brasil essa razão é de apenas 2/100 mil.

Os autores observam que há um importante quantitativo de médicos atuantes na APS brasileira que não fizeram residência em MFC e possuem título de especialista na área, todavia, uma das estratégias seria trabalhar na formação e titulação desses profissionais, “de forma a não termos essa diferenciação entre os médicos da APS e podermos alcançar maior homogeneidade de competências da prática em APS no Brasil” (BATISTA; ALMEIDA; TRINDADE, 2018, p.333).

O Programa Mais Médicos (PMM), instituído pela lei n.º 12.871/2013, induziu a expansão das vagas de MFC em residência e especialidade médica, trazendo uma proposta consistente de formação. Todavia, por sua condição temporal (e mais recentemente sua modificação), não resolve a cronicidade do problema, e a fixação e valorização desses profissionais no âmbito da APS e ESF, “treinamento e prática de cada médico de família variam conforme o contexto do seu trabalho, papéis desempenhados, gestão de recursos e organização dos sistemas locais de saúde” (BATISTA; ALMEIDA; TRINDADE, 2018, p.334).

São necessários planejamento qualificado e valorização da especialidade MFC dentro do SUS. As soluções hospitalares e formação superespecializada não se adequam à dinâmica da APS (...). A admissão de recém-formados ou de outras especialidades para o exercício da prática na ESF desqualifica a importância do desenvolvimento de competências específicas e não imprime um ritmo resolutivo à APS, reforçando o senso comum de “uma medicina de pobre, para pobre” (BATISTA; ALMEIDA; TRINDADE, 2018, p.335).

No funcionamento discursivo dos CPS, há um atravessamento que incorpora os cuidados em saúde numa formação discursiva religiosa, a partir de um caráter de caridade, que busca “ajudar” aos mais pobres, aos mais necessitados, como também aponta para uma Formação Discursiva de solidariedade e empatia com os outros, sobretudo, às populações mais desassistidas pelo poder público, incluindo aí o sistema de saúde e políticas sociais, permitindo a manutenção e a perpetuação da pobreza e miséria, num processo constante de reprodução da ordem social vigente.

Assim, quando os profissionais evocam a motivação em “atender uma população mais carente, ajudar quem mais precisa”, também acionam uma memória discursiva religiosa, historicamente inscrita no ideário do cuidado, razão pela qual consideramos que todo discurso, por sua existência, marca a possibilidade de uma desestruturação-reestruturação, e não é

independente das “redes de memória” e dos trajetos sociais nos quais ele irrompe (PÊCHEUX, 2015, p.53).

Nesse jogo que perpassa (in)consciente e ideologia, o sujeito/médico vai assumindo uma posição de sujeito profissional de saúde/cuidador (universal), por “efeito das filiações sócio-históricas de identificação” (Id., p.56), e nesse deslocamento de uma FD de cuidados primários em saúde para uma FD de solidariedade, há um deslocamento de sentidos, de maneira “mais ou menos consciente, deliberado, construído ou não, mas de todo modo atravessado pelas determinações do inconsciente” (PÊCHEUX, 2015, p.56).

Para produzir esse efeito de identificação, o sujeito “joga todo o tempo com a relação entre memória, estruturada pelo esquecimento, que é o interdiscurso e o que tenho chamado de memória institucional, a que não esquece” (ORLANDI, 2017, p.59). A memória institucional, ou memória de arquivo ou arquivo simplesmente,

é aquela que não esquece, ou seja, a que as Instituições (Escola, Museu, políticas públicas, rituais, eventos etc.) praticam, alimentam, normatizando o processo de significação, sustentando-o em uma textualidade documental, contribuindo na individualização dos sujeitos pelo Estado, através dos discursos disponíveis, à mão, e que mantêm os sujeitos em certa circularidade (ORLANDI, 2010, p.9).

Apesar dos avanços da ESF durante as décadas de 1990 e 2000, com a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, do amadurecimento conceitual e operacional dos seus princípios e diretrizes, a incorporação de outros programas e políticas que visam fortalecer o papel da ESF, enquanto possibilidade de superação do modelo assistencial vigente à época, observamos que a concepção e motivação dos profissionais ainda se encontram permeadas pelas formações discursivas identificadas, reforçando o sentido de um programa de saúde voltado para os mais pobres.

Isso foi enunciado pelos sujeitos nos seus intradiscursos (o dito), e que perpassa uma concepção que é amplamente difundida, sendo inerente a um interdiscurso (o já-dito), estando na instância do que Pêcheux (2014, p. 89) e Orlandi (2020) definem como o *pré-construído*.

Conforme Orlandi (2020, p. 29), o interdiscurso é “aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente”, ou seja, é,

o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada da palavra. O interdiscurso disponibiliza dizeres que afetam o modo como o sujeito significa em uma situação discursiva dada (ORLANDI, 2020, p.29).

Quanto às motivações dos **Enfermeiros**, as SD extraídas dos enunciando são:

“eu sempre gostei, desde o início da vida acadêmica que achei o PSF interessante e ainda quando você se dispõe a trabalhar e você cria vínculos com a comunidade, você consegue entender os pormenores de várias situações, você consegue ajudar da melhor forma possível a comunidade” (**Fabiano**).

“quando eu terminei a faculdade, eu tive uma experiência muito boa do meu estágio de Saúde Pública. Eu saí bem preparada, bem confiante. Sempre gostei de trabalhar em Saúde Pública” (**Vitória**).

Nessas SD, podemos perceber o papel da formação, ainda no curso de graduação, na tomada de decisão do profissional enfermeiro em trabalhar na ESF. Concordamos com Silva e Bezerra (2017), quando dizem que a educação em enfermagem assume lugar de destaque, na relação ensino-pesquisa-serviço, tentando garantir uma formação profissional que se adeque aos interesses dominantes, orientada à lógica do mercado.

“eu tinha mais afinidade por trabalhar na saúde pública desde a época dos estágios e no segunda lugar a remuneração é melhor do que na assistência hospitalar” (**Luísa**).

“Desde a graduação eu já era apaixonado pelo serviço (Saúde da Família). Aqui a gente (Enfermeiros/as) tem uma liberdade e uma autonomia enquanto profissional de saúde” (**João Valério**).

Outra enfermeira entrevistada (**Marina**) destaca, além da afinidade com o tipo de serviço, o fato de a remuneração financeira ser melhor do que em outros serviços. Essas SD apresentam uma formação discursiva inerente à concepção do trabalho na ESF, enquanto possibilidade de valorização profissional, sobretudo, no que diz respeito a uma relativa autonomia profissional e à remuneração que seja possível a manutenção de uma vida digna, nos marcos da cidadania.

O dito (intradiscurso) pela enfermeira **Luísa** e **João Valério** silenciam, no entanto, aspectos fundamentais da enfermagem, que historicamente foram sendo desenvolvidos e estruturados sob a divisão sexual do trabalho no setor saúde, o que delimitou, ao feminino, práticas de cuidado referentes ao trabalho doméstico, do âmbito da vida privada, ficando para a medicina as práticas de tratamento e cura, com predomínio do masculino, e que, mesmo diante de uma “transição de gênero” (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011, p.132), que vem ocorrendo no interior da enfermagem e da medicina, com o aumento dos homens e das mulheres nessas

profissões, respectivamente, o trabalho em saúde é fundado na base dessa divisão sexual (e também social).

Nessas SD o não-dito (interdiscurso) pode ser acessado através da perspectiva histórica da constituição dessas duas profissões, pois “dar visibilidade às diferenças de características e condições de trabalho entre homens e mulheres representa, sobretudo, a possibilidade de desconstruir o processo de naturalização da divisão sexual do trabalho” (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011, p.132).

O trabalho na ESF possibilita uma autonomia e liberdade relativas para os profissionais enfermeiros, pois o processo de trabalho na ESF não se desenvolve, *a priori*, centrado na figura do profissional médico e sim da equipe. Dizemos *a priori* porque, a partir da modernidade e do advento do capitalismo, “o campo da saúde foi constituindo-se como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir foi tornando-se hegemônico” (MERHY, 2007, p.117).

Para Araújo e Rotenberg (2011, p.132), esse tipo de comparação, mesmo que superficial, “revela a divisão do trabalho fundada nas relações de gênero” e que, “nem a inclusão de homens na enfermagem nem a entrada de mulheres na medicina desempenham papel preponderante para que ocorressem mudanças nas relações de gênero nessas profissões”, e para a acumulação do capital é necessário que a exploração da força de trabalho feminina seja mantida e aprofundada. Para essas autoras, essa divisão sexual do trabalho é central na estruturação de um “amplo sistema de hierarquia, de organização e de distribuição de atribuições e responsabilidades, estabelecendo critérios de valorização profissional e de recompensas”, como, por exemplo, a remuneração e o reconhecimento (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011, p. 132).

A remuneração, ao lado de uma estrutura de formação técnica que passou a vigorar, marcou certa ruptura com o sentido caritativo do cuidado aos doentes, embora tenham se mantido praticamente intactos os sistemas de valores que sustentavam as ações de caridade e que, ainda hoje, conferem certo caráter religioso às práticas de enfermagem (Idem, p.134).

As SD extraídas das entrevistas com os enfermeiros nos permitem fazer inferência a uma sobreposição do discurso assentado numa formação discursiva religiosa, no qual o sujeito se insere numa noção de cuidado em saúde caridosa, por uma noção profissional/trabalhador que incorpora a noção de sujeito-de-direito. Entendemos que houve um deslocamento, ao que Orlandi (2020, p.49) considera como uma “subordinação explícita do homem ao discurso religioso” que, a partir da modernidade, “dá lugar à subordinação, menos explícita, do homem às leis: com seus direitos e deveres” e que traz a ideia de um “sujeito livre em suas escolhas, o

sujeito do capitalismo”. Para a autora, essa é uma subordinação menos aparente “porque preserva a ideia de autonomia, de liberdade individual”, sendo uma forma de “assujeitamento mais abstrata e característica do formalismo jurídico, do capitalismo” (ORLANDI, 2020, p.49).

A constituição do SUS e a organização da Atenção Básica à Saúde no Brasil, a partir da implantação dos programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em 1991 e do Saúde da Família (PSF) em 1994, deu maior visibilidade social para a enfermagem, com a ampliação do campo de trabalho para enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem, trazendo uma melhor remuneração financeira, quando comparado à remuneração em serviços hospitalares ou privados, e uma autonomia profissional relativa para o enfermeiro, acompanhada de uma procura maior por essas profissões, ocorrendo também uma expansão desenfreada, e por vezes desregulada, do ensino profissional, seja na educação técnica ou na universitária.

Outros fatores também contribuíram para o aumento da procura/opção tem relação com o mercado de trabalho de enfermagem no Brasil e seu desenvolvimento nas últimas décadas, a partir da constituição das políticas públicas de saúde. Machado et al. (2016) estudaram o mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS, e afirmaram que foi “a partir de um contexto demográfico, econômico, social e político de crescente demandas por serviços de saúde” (p.55) que esse mercado se desenvolveu. Apenas a título de exemplificação desse crescimento, a pesquisa de Machado et al. (2016, p.56) apresentou um “crescimento dos enfermeiros, no período de 1992 a 2014, na ordem de 432%, ou seja, 19,6% ao ano”. Na análise dessa busca pela profissão de enfermeiro o fator estabilidade (no emprego e financeira) tem a ver com o crescimento do setor de serviços no qual o trabalho em saúde está inserido.

Analizamos que as motivações dos enfermeiros em atuar na ESF também tenham relação com esses fatores e não apenas com a “vontade de ajudar as pessoas”, o que é razoavelmente aceitável, sobretudo em uma sociedade em que as escolhas profissionais são determinadas e condicionadas não por um simples querer ou vocação, mas com a necessidade de subsistência, manutenção das condições de vida, consumo de bens e serviços disponíveis, valorização e reconhecimento social.

Para Silva e Bezerra (2017, p.63), que estudaram o sentido do trabalho intelectual no discurso da enfermagem, “o entendimento das práticas de saúde como práticas sociais abre espaço para a sua relação com o trabalho, com a sociedade, com suas contradições e antagonismos”. Conforme os referidos autores, “é por esse espaço que se torna possível ir além do imediato dos dizeres, para submeter o dito (o não-dito etc.), ao histórico, ao social, ao político, ao ideológico, constitutivos no discurso”.

As SD se inscrevem em formações discursivas de caráter humanista e caridoso do trabalho em saúde, de tal forma que o cuidado pode ser compreendido como uma abnegação e vocação do profissional de saúde, sobretudo nos profissionais da enfermagem. O que não é dito por esses profissionais é o fato de que atuar na ESF não é necessariamente uma primeira escolha, mas, a melhor opção, tendo em vista o mercado de trabalho e a remuneração profissional.

No entanto, há contradições significantes nesses enunciados quando os profissionais médicos afirmam que o trabalho na APS/ESF não era a primeira escolha, mas se converteu em uma “coisinha legal”, ou mesmo, “não pretendia ficar muito tempo na Saúde da Família, pretendia ser especialista, mas quando entrei me apaixonei”. Ou seja, trabalhar na Atenção Básica/Primária/ESF não é, nem de longe, com raras exceções, a primeira escolha dos profissionais médicos, mas, a partir da necessidade ou mesmo por não conseguir fazer residência ou se aperfeiçoar nas *especialidades de ponta*, fazem essa opção pela APS/ESF ou mesmo pela especialidade da Medicina de Família e Comunidade (MFC), cabendo considerar que a maioria dos profissionais médicos especialistas em MFC são do sexo feminino, de acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC.

Para que fosse alcançada a cobertura universal no país com equipes Saúde da Família com médico de família e comunidade, considerando um médico para cada 3.500 habitantes, seriam necessários 60.427 médicos de família e comunidade, um déficit de 56 mil médicos (BATISTA, ALMEIDA e TRINDADE, 2018, p.332).

Como vimos, a quantidade de médicos especializados em MFC é insuficiente para dar conta da demanda por esses profissionais nas equipes de SF, conforme a razão apresentada de 2 médicos para 100 mil habitantes, e um país com as dimensões e carências que temos e reunindo cerca de aproximadamente 4 mil desses profissionais em 2017, de acordo com Batista, Almeida e Trindade (2018), amparados em dados da SBMFC.

Num recente estudo de Soratto et al. (2020), os autores discorrem que a satisfação profissional está “associada aos princípios do trabalho na Estratégia Saúde da Família, as conexões que se estabelecem entre usuários, profissionais e gestão em saúde”, possuindo ainda uma dimensão subjetiva, com forte vinculação “com as características do processo de trabalho, como esse é organizado e sob que condições e relações o trabalho acontece” (SORATTO et al., 2020, p.7).

Podemos inferir que as motivações para o trabalho na APS/ESF são diferentes para os profissionais médicos e enfermeiros, uma vez que para os primeiros, trabalhar na APS/ESF é uma escolha, constituindo numa opção secundária, para os segundos, trata-se de uma

possibilidade de melhor remuneração, de reconhecimento e valorização social e profissional. Porém, em ambas as categorias, os sujeitos reconhecem que trabalhar na APS/ESF é uma possibilidade de cuidar das pessoas que mais precisam da assistência à saúde, do serviço público de saúde, e que através da vinculação com essas pessoas e comunidades é possível amenizar suas dores e sofrimento.

Continuamos no Eixo de Análise “trabalho na ESF e o cuidado à saúde mental”, partindo agora para as análises dos Núcleos Discursivos Significantes - **Saúde Mental na ESF: impressões, abordagem, formação/capacitação e o instituído**. No Quadro 8, apresentamos os Núcleos Discursivos Significantes (NDS) do eixo analítico.

Para a análise dos Núcleos Discursivos Significantes **Saúde Mental na ESF**, subdividimos nesses quatro momentos, que se relacionam com o roteiro-guia das entrevistas individuais: 1) o que chamamos de **impressões** gerais sobre a saúde mental na ESF; 2) as **abordagens** adotadas ou realizadas pelo profissional, e também pela equipe, no cuidado à saúde mental no território de abrangência da ESF; 3) **formação e capacitação** para atuação em saúde mental; e, 4) o que há de **instituído** em termos de normas, recomendações e orientações para organização do processo de trabalho, como protocolos, fluxos, fluxogramas, diretrizes terapêuticas, para a produção do cuidado em saúde mental na ESF.

No Quadro 9 abaixo, destacamos os NDS das impressões dos profissionais acerca da saúde mental na ESF.

Quadro 9 – Núcleos Discursivos Significantes: impressões

Sub-Eixo de Análise	Núcleos Discursivos Significantes
Saúde Mental na ESF: impressões, abordagem, formação/capacitação e o instituído.	<p>Médicos: alta demanda, alta dependência de psicotrópicos, automedicação, vulnerabilidade social, cansativo/“enxugar gelo”, controle dos pacientes/doença.</p> <p>Enfermeiros: dimensão complexa, alto uso/abuso de psicotrópicos desordenado e contínuo, alta demanda/muitos casos, vulnerabilidade social, agressividade, sem cronograma/rotina de atendimento, medicalização/transcrição, ausência de avaliação sistemática/reavaliação, deixa muito a desejar, questão social.</p>

Os **Núcleos Discursivos Significantes** (NDS) extraídos dos enunciados dos profissionais médicos, sobre suas impressões acerca da saúde mental na ESF, estão relacionadas a uma alta demanda, uso inadequado e dependência de psicotrópicos, automedicação, cansativo/”enxugar gelo”, controle dos pacientes/doença. Para os profissionais enfermeiros, destacamos os **NDS** a saúde mental na ESF é percebida como uma dimensão complexa, alto

uso/abuso desordenado e contínuo de psicotrópicos, uma alta demanda, com muitos casos, vulnerabilidade social, agressividade, sem cronograma/rotina de atendimento, medicalização/transcrição, ausência de avaliação sistemática/reavaliação, deixa muito a desejar, “questão social”.

A saúde mental na atenção básica tem sido um tema bastante debatido na última década. É sabido que “a prevalência dos transtornos mentais é mundialmente relevante e que a atenção básica é considerada o ponto principal para o cuidado” (SOUZA, 2015, p.25). Souza (2015) evidenciou em seus estudos melhores níveis de efetividade do tratamento de pessoas em sofrimento psíquico acompanhadas no território.

Cordeiro et al. (2019) afirma que “no período pré-reforma psiquiátrica, o processo de desospitalização determinou uma demanda de atendimento em saúde mental na UBS, a qual não foi devidamente acolhida devido ao despreparo da equipe de saúde” (p.1). Para esses autores, “a lógica manicomial guiava o atendimento e não contemplou suficientemente o cuidado às pessoas com transtornos mentais, limitando-se à reprodução de prescrições médicas e encaminhamentos para serviços especializados” (Id.).

Concordamos com Pupo et al. (2020) que a relevância do cuidado em saúde mental na atenção básica “se dá principalmente por sua proximidade com o território de vida dos usuários, por seu vínculo contínuo com a comunidade” (p.108), sendo mais sensível aos profissionais identificarem e perceberem alterações nos padrões de demanda que surgem na área.

As impressões mais gerais que os profissionais têm acerca da saúde mental no seu cotidiano de trabalho no território de abrangência da ESF são apresentadas nas SD e a procura pelo serviço de saúde, a demanda em saúde mental vem aumentando visivelmente, sendo um elemento que chama a atenção dos profissionais médicos e enfermeiros.

“A demanda em saúde mental é bem maior do que o serviço ofertado e tem poucos profissionais, principalmente profissionais especializados para área da criança” (**Paulo Honório**).

“Nessa minha comunidade são patologias bastante prevalentes. Eu não sei se é a vulnerabilidade social, aliás, acredito que a vulnerabilidade social aumenta bastante a incidência dessas patologias mentais, de algumas. Trabalho muito com pacientes tanto esquizofrênicos, como com ansiedade, os diversos tipos de depressão, é um número de pacientes razoável que eu realmente dou assistência voltada à saúde mental” (**Madalena**).

“(...) a demanda aqui de saúde mental é muito grande. (...) todos os dias vem alguém com a demanda de saúde mental” (**Glória**).

Além de ser uma demanda notada pelos profissionais médicos, os órgãos governamentais também têm atentado para essa questão, que perpassa todos os serviços de saúde, considerando que “as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica” (BRASIL, 2013, p.11). Franco e Merhy (2005) afirmam que a demanda é socialmente construída e está relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processa a produção de cuidado e as relações entre profissionais de saúde e sua clientela.

Conforme esses autores, “a demanda para um determinado serviço de saúde se constrói a partir da não realização de certas necessidades, por outros serviços, como por exemplo, a busca frequente por tratamento” (p.2), levando o usuário a uma dependência dos serviços, por “associarem a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelo serviço, como por exemplo atribuindo ao procedimento em si mesmo a satisfação de necessidades” (p.3). Isto é,

resultado de um certo déficit de cuidado que é prestado a partir de uma dada maneira de se trabalhar com saúde, ou seja, pautada pela não interatividade com o usuário e um serviço assim é incapaz de produzir sujeitos, autonomizar o usuário, e o torna “sujeitado” à lógica da dependência de procedimentos (FRANCO; MERHY, 2005, p.3).

Por demanda, Pinheiro (2001, p.67) denomina a “atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, mesmo que nem sempre seja a expressão de necessidades”. Para os enfermeiros, a preocupação com o aumento dessa demanda constitui-se numa questão central, demonstrada nas SD a seguir:

“Hoje em dia a gente tem visto muitas pessoas em consultório, que vêm para programa de pré-natal, hipertensão, por exemplo. E, de acordo com a conversa, a gente acaba detectando uma fragilidade emocional naquele paciente que, muitas vezes, as pessoas não dão valor” (**Vitória**).

“Esse mal do século aí, situação de depressão é uma constante, principalmente a gente aqui que tem muitos casos de violência doméstica, a questão econômica, enfim, tem muitos que pela questão econômica, entram em depressão também, são vários fatores que culminam com essa situação de transtorno” (**Fabiano**).

“Eu acho que deixa a desejar, porque, por exemplo, na minha equipe são muitas pessoas que tomam psicotrópicos há muito tempo, e às vezes essas pessoas não têm uma reavaliação do psiquiatra para ver se a medicação precisa ser mudada, não têm um acompanhamento assim, eu acho que deixa muito solto. Eles estão tomando a mesma medicação durante anos sem uma reavaliação” (**Luísa**).

O aumento da demanda não se apresenta, a priori, como uma demanda por cuidados em saúde mental *stricto sensu*, ou por uma “doença” instalada ou diagnosticada, mas a partir da verificação de alguma situação que chama a atenção durante a consulta, ou trazida por membros da equipe. Os profissionais identificam situações como o uso contínuo de medicações psicotrópicas (com ou sem diagnóstico psiquiátrico), risco de suicídio, situações de violência ou de sofrimento que envolvem outros determinantes que não o aspecto físico-biológico.

Na SD a seguir, extraída da entrevista de uma das enfermeiras entrevistadas, constatamos:

“os pacientes de saúde mental mesmo, com algum distúrbio psicológico, alguma doença mental, os diagnosticados, eu acho que não são tantos assim, em número, mas os usuários de medicação controlada são inúmeros. Os nossos pacientes idosos, hipertensos, diabéticos, muitos fazem uso de medicação” (**Marina**).

Apesar dos profissionais observarem a necessidade de promoção de saúde mental em seus territórios, os mesmos também percebem que essa procura, essa demanda, é, sobretudo, por medicações psicotrópicas, ou apenas pela “receita médica” – a prescrição – para que os mesmos possam ter acesso à medicação no serviço que promove a dispensação.

No estudo de Marques et al. (2018, p.410) foi verificado que “as principais queixas dos indivíduos em sofrimento psíquico foram mencionados pelas participantes da pesquisa que explicitaram que a renovação da prescrição dos medicamentos psicotrópicos representa uma considerável demanda” no serviço estudado.

A respeito da demanda dos usuários por medicação psicotrópica, Soalheiro e Mota (2014, p.67) afirmam:

No ambiente educacional [...] nunca se ouviu falar tanto em transtornos de déficit de atenção, cada vez mais precocemente. No campo da saúde mental, a depressão parece nunca ter acometido parcela tão grande da sociedade, especialmente mulheres. A categoria médica e diagnóstica de transtorno bipolar, por sua vez, é cada vez mais usada pelo senso comum. Seja nas farmácias privadas que se multiplicam nas cidades, seja nas farmácias públicas dentro do sistema de saúde, nunca se requisitou tantos psicofármacos.

O uso excessivo e desenfreado/desregulado de medicações psicotrópicas é um fenômeno relativamente recente, visto que as primeiras drogas psiquiátricas surgiram/foram desenvolvidas a partir da segunda metade do século passado (XX), no contexto do pós-guerra. Antes mesmo do desenvolvimento de drogas psiquiátricas (ou psicotrópicas), houve outras

maneiras de se “medicalizar” para tentar tratar ou curar a insanidade, alienação³⁷ ou doença mental, seja através do tratamento moral (disciplina, trabalho, isolamento etc.), passando pela extração dos dentes dos pacientes, sonoterapia e, no final da década de 1930 e na década de 1940 vieram as “curas milagrosas” para a insanidade, a terapia por coma insulínico, depois vieram as terapias convulsivas (o eletrochoque foi uma das técnicas empregadas para provocar convulsões), e por último o tratamento mais “inovador” da época, a lobotomia frontal. E na década de 1950, a partir de coincidências, tentativas e experiências, surgiram as “pílulas mágicas”, a “revolução psicofarmacológica” (WHITAKER, 2017).

E assim, alguns autores (WHITAKER, 2017; FREITAS; AMARANTE, 2015; SOALHEIRO; MOTA, 2014; RAMOS, 2014), afirmam que a “aliança” da psiquiatria com a indústria farmacêutica começou a ampliar seu campo de ação e ideológica, num processo cada vez mais intenso de “descoberta” de novos transtornos e conseqüentemente da sua correspondente medicação. Uma analogia pode ser feita com os programas de computadores, que ao serem criados surge também seus correspondentes programas de antivírus.

Ao traçar o percurso médico-industrial da psiquiatria de mercado, Ramos (2014, p.212, grifo do autor) afirma que “o novo contexto político-econômico contemporâneo desenvolvido nas décadas de 1980-1990 encontrou no ‘conceito positivo’ de saúde da OMS uma oportunidade ímpar para afirmar, no campo da saúde, sua perspectiva centrada no mercado”. Para esse autor (p.213), o capitalismo pós-industrial globalizado transformou a ideia de que “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”

na ideia de que **“ausência de saúde não é apenas presença de doença, mas a existência de mal-estar físico, mental e social”**, ou ainda que “ausência de saúde não apenas presença de doença, mas também risco para uma doença futura”. Será na categorização sistemática desse mal-estar e desse risco – que, por um lado, representam ausência, real ou potencial, de saúde, mas que, por outro lado, não constituem presença de doença – que a série dos DSM, a partir de 1980 se desenvolverá (RAMOS, 2014, p.213, destaque nosso).

Mais adiante, quando formos analisar os discursos sobre as abordagens em saúde mental na ESF, notaremos que os enunciados dos profissionais apontam para a hegemonia absoluta da abordagem medicamentosa no sofrimento psíquico, momento em que veremos quão poderosa é essa “aliança” psiquiatria-indústria farmacêutica, que Robert Whitaker denominou de espúria. No entanto, esse fenômeno é a faceta contemporânea de um fenômeno bem maior e mais complexo, de uma polissemia de que a medicalização é “o processo de transformar experiências

³⁷Conforme Soalheiro, Rabello e Mota (2017, p.216) “ao propor o termo *alienação mental*, Pinel retoma as ideias de Hipócrates, para que o alienado mental seria um indivíduo que se deixa dominar por paixões artificiais, tem a mente direcionada por impulsos subjetivos, distanciando-se da realidade”.

consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e prática afins (FREITAS; AMARANTE, 2015, p.14)³⁸.

Freitas e Amarante (2015) chamam a atenção não apenas para o fenômeno da “medicalização”, mas também para a “patologização” da vida, pois, apesar do Brasil ter avançado no processo de Reforma Psiquiátrica, com a constituição da RAPS, e deslocado, ao menos em parte, a assistência para o território (CAPS, UBS, por ex.), oferecendo mais abordagens psicossociais, e ter sucesso na diminuição de pessoas “tratadas” em hospitais psiquiátricos, vemos o “crescimento vertiginoso do número de pessoas que são diagnosticadas com algum transtorno mental e não conseguem deixar de ser pacientes (usuários) da assistência psiquiátrica” (FREITAS; AMARANTE, 2017, p.10).

Whitaker (2017, p.28), dissecando a chamada “epidemia de transtornos mentais”, alerta para o aspecto sutil dessa epidemia que, por meio dos manuais de psiquiatria - DSM e CID – a psiquiatria das últimas décadas “remoldou profundamente a nossa sociedade”, traçando uma fronteira entre o que é “normal” e o que não é.

Ao tempo em que os profissionais identificam o aumento da demanda por medicações psicotrópicas, num processo, ao que parece, de *fetichização*³⁹ do medicamento, percebem também que há um aumento do “espectro do sofrimento psíquico” em seus territórios de atuação. Logo, a busca pela medicação é socialmente construída e o sofrimento psíquico é perceptível pelos profissionais no encontro com o usuário.

O uso abusivo da medicação e sua busca é socialmente construída, principalmente por que “vivemos em uma época caracterizada pela ideia de que os problemas ora chamados de *problemas mentais* podem e devem ser curados por drogas” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p.15), sendo estimulada pela mídia (através de propagandas, comentários e entrevistas de especialistas, por exemplo) pela indústria farmacêutica, o próprio sistema e modelo de atenção à saúde e pela formação em saúde hegemonicamente atrelada a um modelo patologizante.

Nesse contexto, o “cuidado de si” de Sócrates, agora se resume ao consumo de “pílulas mágicas” para alívio das dores físicas e mentais, conforme Angell (2011, p.3) afirma:

³⁸O debate sobre medicalização perpassa todo nosso estudo, e não se refere à profissão médica especificamente, mesmo porque as demais profissões do campo da saúde exercem suas práticas de forma “medicalizante” e “patologizante”. Portanto, para maiores aprofundamentos sobre o tema, sugerimos *Medicalização em Psiquiatria*, de Fernando Freitas e Paulo Amarante (2015), na qual os autores exploram as “diversas facetas do fenômeno”, desde seus primórdios na Grécia antiga até a contemporaneidade.

³⁹Ao usarmos o termo *fetichização* estamos nos referindo ao que Marx (2011) chamou de o *caráter fetichista da mercadoria*. Voltaremos a essa discussão mais adiante.

A substituição da “terapia de conversa” pela das drogas como tratamento majoritário coincide com o surgimento, nas últimas quatro décadas, da teoria de que as doenças mentais são causadas por desequilíbrios químicos no cérebro, que podem ser corrigidos pelo uso de medicamentos. Essa teoria passou a ser amplamente aceita pela mídia e pelo público, bem como pelos médicos, depois que o Prozac chegou ao mercado, em 1987, e foi intensamente divulgado como um corretivo para a deficiência de serotonina no cérebro.

Compreendemos que a demanda em saúde mental apresenta-se como “socialmente construída” e se relaciona às características do próprio serviço de saúde (a Estratégia Saúde da Família), por ser um serviço aberto, com fortes vínculos com a população – sobretudo pelo papel dos ACS – e ser um ponto de atenção da saúde mental a partir da constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), possibilitando o atendimento de algumas dessas demandas no território, o que favorece um melhor acesso dos usuários e familiares.

Essa demanda pode ser caracterizada, a priori, por necessidade construída socialmente, conforme apontado por uma das médicas entrevistadas, em excerto trazido na próxima SD:

“(...) as vezes não tem diagnóstico, na verdade, eles tomam medicação, chegam lá com a receitinha que eles usam, mas não fazem ideia do que têm” (**Madalena**).

A “receitinha que eles usam” por um efeito de sentido já se tornou uma espécie de passaporte permanente, um tipo de “cartão fidelidade” que qualifica o usuário a ter acesso à medicação. Podemos considerar nessa SD, a exemplo de outras e de outros profissionais entrevistados, que já existe uma demanda socialmente (e historicamente) construída por medicamentos/drogas psicotrópicas.

Como uma panaceia para o alívio do sofrimento, é em busca do medicamento que essas pessoas, supostamente doentes ou em sofrimento, vão às unidades de saúde, mesmo sem estarem diagnósticos como doentes. Sem mesmo saber se o que sentem é doença/transtorno, buscam o alívio para sua necessidade, que pode ser desde insônia até a própria angústia do viver.

Se em tempos anteriores os manicômios representavam um lugar onde todo “desvio” poderia ser absorvido, constatamos que atualmente é através da medicação que toda “angústia, sofrimento” pode ser controlado, amenizado, aliviado, afinal temos “remédios” fornecidos pela ciência (e pela indústria farmacêutica) e indicados pela medicina, que podem acalmar a alma de qualquer pessoa, seja ela diagnosticada doente ou não. Nesse ponto, a ciência médica-psiquiátrica sucumbe à indústria farmacêutica, e essa assume a centralidade de todo o processo de cuidado em saúde mental, tornando-se indispensável à prática clínica.

“E são esses pacientes, às vezes, que ficam interrompendo o nosso dia a dia porque precisam de uma receita. Eu sempre gosto de deixar essa população bem cercada, bem cuidada, com atenção, de preferência, a cada dois ou três meses, para que eles não tenham que tá batendo na porta, interrompendo o fluxo desnecessariamente da unidade, (...) principalmente os que dependem de medicação pra dormir, ou então os que ficam violentos” (**Madalena**).

Vejamos nas próximas SD, extraídas de entrevista com médicas, um reforço ao que estamos considerando acima, bem como a construção sócio-histórica desta demanda por medicação:

“aqui na unidade o paciente é muito dependente de psicotrópico, da medicação, da prescrição. É daquele jeito, eles chegam aqui e dizem ‘doutora, eu não estou dormindo e minha vizinha me deu esse remédio, prescreva para mim” (**Glória**).

“Muitas vezes eles [usuários] estão usando a medicação da vizinha ou de um parente porque acham que o problema é igual” (**Das Dores**).

Nesses termos, observamos que a demanda em saúde mental na ESF precisa ser avaliada criteriosamente, sob pena de haver confusão entre o que é a demanda por cuidados em saúde mental propriamente dita, ou a demanda por medicações psicotrópicas, num verdadeiro “processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p.14) que são transferidas para problemas de ordem médica e assim, supostamente carecendo de medicamentos para sua satisfação ou alívio de tais experiência (ou sofrimento) num processo social de “medicalização da existência” ou “medicalização da vida cotidiana”.

Em busca de respostas para esse fenômeno de medicalização da vida, Freitas e Amarante (2015) se depararam inicialmente com duas respostas que merecem destaque: a primeira é a de que “a medicina e suas práticas discursivas afins adquirem o papel de significante-mestre a organizar nossas vidas, e que estamos ficando mais doentes em razão de causas inerentes à civilização, entre as quais o grande vilão seria o estresse”; e uma outra resposta estaria na própria medicina e suas práticas afins, como a psiquiatria por exemplo, que seriam as responsáveis pelo nosso adoecimento, “ao medicalizarem as experiências mais comuns e naturais da nossa existência” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p.13).

Portanto, discutir o fenômeno da medicalização no contexto da atenção básica e da ESF, “não consiste apenas em afirmar o fenômeno como um imperialismo biomédico que serve, além das lógicas de mercado, a um controle social”, conforme Soalheiro, Rabello e Mota (2017, p.212) afirmam, mas “devemos considerar também a participação ativa dos usuários, cada vez

mais instrumentalizados pela mídia e imersos em um acultura que tem na biomedicina um de seus pilares estruturantes na produção de subjetividades” (Id.).

Necessário salientar que, conforme Amarante (2015a, p.18), doença mental refere-se à “construção no âmbito do saber médico que busca apreender os fenômenos enquanto distúrbios, transtornos ou lesões, com etiologias definidas ou por definir, com cursos e terminações mais ou menos precisos ou passíveis de serem precisados”, e desse modo pode ser apresentada em forma de diagnóstico médico. Esse mesmo autor trata da necessidade de se “colocar a doença mental entre parênteses”, sem negá-la, mas como um movimento na construção de outros conhecimentos, ou também outras perspectivas de se observar e conhecer esse objeto.

O colocar a doença mental entre parênteses não é, portanto, a negação da loucura ou do sofrimento, mas um procedimento epistemológico de *suspender* o conceito de doença mental enquanto saber produzido pela psiquiatria. Assim, a doença mental entre parênteses é, a um só tempo, a ruptura com o saber psiquiátrico enquanto obstáculo epistemológico e a condição de possibilidade de uma relação da sociedade para com os sujeitos portadores de sofrimento (AMARANTE, 2015a, p.45, grifo do autor).

Essa tarefa proposta por Amarante sugere um olhar diferenciado também, e principalmente, no modo de se produzir conhecimento acerca da loucura e da doença mental, indo à busca do que seja o fenômeno em sua essência. Para isso, é necessária uma abordagem ontológica, no sentido que Souza (2016; 2020)⁴⁰ apresenta, e superando abordagens meramente gnosiológicas do fenômeno.⁴¹

Constantinidis e Andrade (2015), num estudo sobre demanda em saúde mental, constataram que “na visão de alguns desses profissionais, a medicalização para os usuários, seria forte demanda desses familiares e razão de vínculo com o CAPS”. Nessa perspectiva, a demanda de saúde mental na ESF deve ser sempre acolhida no sentido da integralidade, pois tem a função estratégica de reorientação das práticas e ações de saúde (GONDIM; SOALHEIRO, 2017, p.28).

O aumento da demanda em saúde mental na atenção básica à saúde tem despertado preocupação dos profissionais por presenciarem esse aumento no dia a dia dos serviços. O

⁴⁰Ver: Souza (2016) no artigo *A saúde na perspectiva da 'ontologia do ser social'* onde o autor discute com maior profundidade a abordagem ontológica da/na saúde. “Não obstante, a análise de qualquer particularidade social, isto é, de qualquer processo social (tomado como objeto), tem por base uma ontologia do ser social, de forma explícita ou não, reconhecidamente ou não. A saúde, concebida como processo social (seja na sua forma universal, seja em certos contextos), conseqüentemente pressupõe a resolução das questões gerais do ser social, o que explica o fato de muitos autores do campo da saúde coletiva terem buscado Marx como fonte básica” (SOUZA, 2016, p.342).

⁴¹Voltaremos a esse tema mais adiante ao passo que formos analisando os discursos dos sujeitos do nosso estudo. Por enquanto, retornemos à questão da demanda em saúde mental na ESF.

dizeres desses profissionais reforçam o que diversos estudos e reflexões vêm apontando já há algum tempo, sobretudo porque, na proposta da Reforma Psiquiátrica, o cuidado às pessoas com transtornos mentais comuns fica a cargo da atenção básica (AMARANTE, 1995; ALVES; GULJOR, 2005; PEREIRA; RIZZI; COSTA, 2008).

Em 2001, Alves já apresentava dois problemas a serem discutidos, o primeiro dizia respeito ao “formato como se organiza” a ESF, que tenderia a “repetir o tradicional modelo médico biológico”, o que o autor chamou de “desconfiança legítima” (p.173). O segundo problema levantado pelo autor é “a possibilidade de se criar uma demanda impossível de ser atendida”, pois ao se entrar “nas famílias, problemas psicológicos de toda ordem serão encontrados, e do ponto de vista ético, deverão ser atendidos” (ALVES, 2001, p.173).

A “questão social”⁴², enunciada pelos entrevistados como *vulnerabilidade social*, é abordada por Valla e Lacerda (2007, p.192) como agravante para o surgimento de problemas de saúde, com aumento de “problemas de saúde mental e agravos de natureza psicossocial”, sendo a desigualdade social, violência, precariedade do trabalho e das relações sociais importantes determinantes desses problemas.

Luz (2005) aponta que o aumento pela busca por atenção à saúde, nas últimas décadas, tem relação com a precarização do emprego e das relações de trabalho, a quebra de direitos sociais e de valores de solidariedade social, e a constatação de um mal-estar coletivo e difuso.

O médico sanitário italiano Giovanni Berlinguer, na obra *Psiquiatria y poder*, de 1972 já discutia a relação entre o “social” – *El ambiente como Peligro* (O ambiente como perigo) – e manifestações de sofrimento psíquico. Conforme Berlinguer (1972, p.53),

quanto menos possibilidades o indivíduo tem de dar uma resposta ao sistema no plano social, maior a probabilidade de que a resposta seja negativa e se manifeste, por exemplo, com neurose, insegurança, medo, ansiedade (Livre tradução nossa).⁴³

Inexoravelmente, todo processo saúde-doença tem componentes sócio-históricos e psicossociais, seja de que gênese, natureza, tipo, desenvolvimento etc., tenha esses componentes em maior ou menor grau. Em Souza, Silva e Silva (2013) e Souza (2016; 2020) encontramos uma crítica mais profunda, quando fazem uma abordagem ontológica da saúde e sua determinação social. Por ter sua base teórico-filosófica em Gyorgy Luckács a partir da sua obra “Ontologia do Ser Social”, e por procurarem desenvolver um caráter crítico acerca da

⁴²Para maiores aprofundamentos sugiro o livro *‘Questão Social’ em Alagoas: expressões da sociabilidade erguida sob o comando do capital*, organizado por Souza et al. (2016).

⁴³No original: “cuantas menos posibilidades tiene el individuo de dar una respuesta al sistema en el plano social, mayor es la probabilidad de que la respuesta sea negativa y se manifieste, por ejemplo, con una neurosis, inseguridad, temor, ansiedad”.

determinação social, tal abordagem se diferencia da determinação social da saúde discutida por Almeida-Filho (2010) e Nogueira (2010), entre outros autores.

Freud (1997, p.27) em suas reflexões sobre o mal-estar na civilização afirmou que “um grave sofrimento surge em nós caso o mundo externo nos deixe definhar, caso se recuse a satisfazer nossas necessidades”. Entendemos que nesse ponto, Freud converge com Marx quando esse afirmou que “a realidade se torna plenamente social” (2009, p.9). No trecho citado da obra de Freud, o autor refere que a satisfação dos instintos humanos seria equivalente à felicidade. Por sua vez, Marx se refere ao fato concreto de que “os indivíduos são dependentes das condições materiais da sua produção”, já que “ao produzirem os seus meios de subsistência, os homens produzem indiretamente a sua própria vida material” (2009, p.24-25). Ainda para Marx, “o modo como os homens produzem os seus meios de subsistência depende, em primeiro lugar, da natureza dos próprios meios de subsistência encontrados e a reproduzir” (Id.).

Ao discutir essa questão, Marx reforça que

esse modo de produção não deve ser considerado no seu mero aspecto de reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se já, isto sim, de uma forma determinada da atividade desses indivíduos, de uma forma determinada de exteriorizarem a sua vida, de um determinado modo de vida dos mesmos (2009, p.24).

Esse debate é complexo e profundo, do ponto de vista teórico, e não daremos conta aqui nesse estudo, mas queremos sinalizar que concordamos que as condições de vida, as condições materiais de existência e subsistência são determinantes para o sofrimento humano, seja ele físico, mental ou de qualquer outra natureza.

Em que pese os sentidos atribuídos ao aumento da demanda em saúde mental na ESF ter relação com expressões da “questão social” ligadas à vulnerabilidade social de pessoas, famílias e comunidade, os profissionais se veem “de mãos atadas” face às situações apresentadas, como identificamos na SD a seguir:

“É preocupante. Tem hora que a gente bota a mão na cabeça e faz ‘meu Deus, como a gente vai resolver isso aqui?!’ E cada dia aumenta mais, cada dia aumenta mais. Não sei se pela situação de pobreza, que realmente é grande e de vulnerabilidade social daqui...eu acredito que seja um dos fatores principais para esse aumento do número de casos” (**Das Dores**).

O cuidado em saúde mental e psiquiátrico em vários países foi analisado por Saraceno (2020), que chama a atenção para os determinantes sociais da saúde e sua influência na saúde mental das pessoas. Para o referido autor, “é urgente abordar a questão dos microdeterminantes sociais” (p.30), propondo intervenções mais profundas no cotidiano da vida das pessoas,

partindo do que chama de *microintervenção em microdeterminantes sociais*⁴⁴, porque segundo esse autor, mesmo que não se alcancem os determinantes macros, é possível agir em questões do cotidiano da vida e assim promover mudanças e cuidado mais amplo às pessoas. E ainda, “tudo isso não envolve uma intervenção macro em determinantes macrosociais, mas uma microintervenção em microdeterminantes sociais” (p.31), dessa forma melhorando a vida das pessoas no contexto local e imediato.

Do nosso ponto de vista, não há discordância no que Saraceno afirma, porém questionamos: até onde conseguiremos, enquanto sociedade, avançar na melhora da vida cotidiana e do cuidado prestado se não interferirmos nas bases fundamentais das vulnerabilidades sociais?

É preciso intervir no imediato da vida, contudo, sem abandonar uma visão mais ampla e profunda dessas vulnerabilidades, e suas raízes, de modo que, como diz Tonet (2009) à luz de uma concepção materialista da história,

a realidade social não é feita de partes autônomas, que possam ser compreendidas isoladamente. A realidade social é uma totalidade, ou seja, um conjunto de partes que, tendo o trabalho como sua matriz, vai se configurando ao longo do processo histórico-social. O que significa que nenhuma dessas partes pode ser compreendida sem que seja apreendida a sua relação com os outros momentos da realidade social (TONET, 2009, p.15).

Isso não significa que não devemos nos empenhar, enquanto sociedade, na superação de opressões e vulnerabilidades particulares, e específicas, como, por exemplo, das opressões de gênero, racismo, sexismo, e saúde mental. Pensar as expressões da “questão social” numa totalidade não nos impede de buscar conquistas em campos específicos; ao contrário, essas lutas específicas, se bem conduzidas, acumulam força e politizam os sujeitos, num processo de tomada de consciência para as problemáticas maiores e mais profundas, como a questão central do modelo atual de sociedade, que é a contradição capital-trabalho.

Ao trazermos essa discussão para a singularidade do campo da saúde e da saúde mental, compreendemos que as reformas sanitária e psiquiátrica representam lutas particulares que, em que pese todos os avanços, certamente inegáveis, mas com limites impostos pela própria dinâmica da sociedade de classes. Sobre esse ponto da nossa discussão, consideramos

⁴⁴Por exemplo, ser uma mulher negra em um subúrbio dos Estados Unidos, ser mãe solteira, pobre, com dois ou mais filhos com menos de 14 anos é um fator de risco para depressão grave centenas de vezes maior que o risco para uma mulher que não experimenta as mesmas condições... se é assim, o que os serviços psiquiátricos locais farão? Eles visitarão a senhora anunciando a boa notícia: temos, à sua disposição, psiquiatras que prescreverão antidepressivos, psicólogos que lhe oferecerão algumas entrevistas etc. Infelizmente, isso é o que acontece com frequência (SARACENO, 2020, p.31).

(...) que só com o entendimento da lógica da sociedade capitalista é que poderemos compreender os desdobramentos desta sociedade para a problemática da saúde. Ao contrário, a discussão torna-se rasa, imediata, superficial. Não adianta intervir na “ponta” (nas consequências) de um (determinado) problema conservando sua “base”. Em outras palavras, as conclusões trazidas por tais estudos apontam para a tendência de que a única coisa que pode ser feita é a reparação/amenização dos danos gestados na sociedade capitalista, como se o capital fosse passível de qualquer tipo de “controle” ou “freio” (SOUZA, SILVA e SILVA, 2013, p.46, grifos dos autores).

Os sentidos apresentados pelos profissionais atribuem o aumento da demanda em saúde mental às vulnerabilidades sociais, sob o prisma de uma Formação Discursiva dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Essa perspectiva é amplamente discutida, ensinada e difundida nas diferentes formações em saúde, mesmo não sendo o único prisma possível de se analisar. No entanto, e consoante Souza, Silva e Silva (2013, p.45), “não se pode discutir o que vem sendo designado como DSS sem a discussão sobre a ordem societária vigente, em suas bases fundantes e dinâmica”.

Essa formação discursiva é identificada nos enunciados e permeada pelo pré-construído no interdiscurso corrente desde o ambiente técnico-científico até parte do senso comum. Dizemos “parte” do senso comum, porque há outra parte que concebe a saúde-doença mental (ou o sofrimento psíquico) no campo da moral, da religiosidade ou simplesmente enquanto doença. Essa última concepção de doença mental, efeito da perspectiva biomédica, emerge de uma formação discursiva da psiquiatria tradicional, de caráter biologicista e por isso, mas não apenas, é classificatória e na contemporaneidade cada vez mais “patologizante” das experiências humanas.

Para Marx e Engels (2009, p.31), “a produção das ideias, das representações, da consciência está em princípio diretamente entrelaçada com a atividade material e o intercâmbio material dos homens, a linguagem da vida real”. Logo, as formações ideológicas, discursivas e assim, os discursos têm sua base na materialidade, nas condições de produção da vida, independente de sua natureza, seja discurso teológico, científico ou do senso comum.

Carvalho e Amarante (2000, p.44), ao resgatarem a história da loucura (FOUCAULT, 2014a), afirmam que entre o final século XVIII e início do XIX, especialmente na França, surgiu uma nova ideia da “experiência fundamental da loucura”, ou seja, “uma nova conceituação” que viria a ser a “doença mental”. Conforme os autores,

Ao discursar sobre a loucura e ao investir sobre o louco, a psiquiatria produz seu objeto na superfície do saber médico-psiquiátrico. A psiquiatria se constitui partindo da experiência médica moderna, da experiência clínica e, como tal, tem como categoria central de análise a “doença”, rótulo encobridor e objeto criado sobre o silêncio forçado à experiência trágica da loucura. O louco, de desrazoado à Idade Clássica e despossuído da razão no alienismo, vai se transformando, por sucessivos golpes de força, em “doente mental” (CARVALHO; AMARANTE, 2000, p.44).

Desde então, essa categorização da loucura enquanto doença mental é a formação discursiva dominante, e tendo “atravessado o tempo até os dias atuais, pode-se constatar uma tendência contemporânea na psicofarmacologia” (CARVALHO; AMARANTE, 2000, p.45). Para Amarante e Torre (2010, p.153, grifos dos autores),

A “doença mental”, como categoria de acusação, é um recurso amplamente utilizado para nomear a diferença e a diversidade de alguns ou para invalidar a atitude rebelde ou de luta de pessoas e sujeitos coletivos, como é o caso exemplar da denominação de “Loucas da Praça de Maio”, dada pelos militares às mães de desaparecidos da ditadura argentina (...), além de tantas outras formas de estigmatização, violências e constrangimentos.

Sem negá-la, mas no sentido de uma análise sócio-histórica, é notório o uso da categoria classificatória de doença, transtorno ou distúrbio com a finalidade de controle social, para além dos difundidos estudos científicos. Soalheiro e Mota (2014, p.69) afirmam que “no contexto de uma psicopatologia contemporânea, a redução das experiências de sofrimento psíquico a um sistema classificatório de transtornos mentais sob critérios instituídos criaria um campo propício para a medicalização e seus subprodutos”. Os autores apresentaram uma constituição histórica do desenvolvimento dos manuais de diagnósticos psiquiátricos, com foco no DSM⁴⁵.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, lançado pela Associação Americana de Psiquiatria e conhecido por sua sigla DSM, é um sistema de classificação de transtornos mentais que tem sido largamente utilizado na prática clínica por profissionais da psiquiatria e do campo da saúde mental. [...]. Apesar de responder bem às funções internas à psiquiatria designadas a ele, alguns aspectos deste manual fazem com que uma análise crítica do mesmo venha sendo feita pelo meio acadêmico e outros segmentos da sociedade envolvidos. Mas o fato de possuir confiabilidade na psiquiatria e representar uma ferramenta de referência não faz com que com que o manual fique restrito à função de um compêndio do saber psiquiátrico. Acaba sendo um instrumento adotado pelas políticas e pelos profissionais de saúde mental, no extremo, sendo utilizado como uma lista para configuração de diagnósticos. O que pode levar a uma substituição do exercício clínico, da escuta do paciente e da análise das particularidades de cada caso (SOALHEIRO; MOTA, 2014, p.74).

Todas as condições de produção discursiva no cuidado em saúde mental na ESF são mediadas (ou permeadas) por essas formações discursivas, amparadas em suas formações ideológicas, materializadas pelo desenvolvimento atual das forças produtivas, e o próprio desenvolvimento do capitalismo na contemporaneidade, que cria as condições para a medicalização social de forma universal, sendo a medicalização da saúde mental a singularidade desse processo de cuidado, imbricado numa situação cada vez mais “patologizante da vida cotidiana”, nos termos discutidos por Amarante (2000; 2007).

⁴⁵Para maior conhecimento acerca das origens e edições do DSM, sugerimos o livro *A criação de diagnóstico na psiquiatria contemporânea*, de Zorzaneli, Bezerra Jr e Costa (2014), com a contribuição de vários estudiosos da área e que nos apresentam um panorama amplo e historicamente situado sobre o tema.

Como nos diz Orlandi (2020, p.36), “todo dizer é ideologicamente marcado. É na língua que a ideologia se materializa. Nas palavras dos sujeitos” sendo que, “o discurso é o lugar do trabalho da língua e da ideologia”. Estando evidenciados os sentidos do cuidado em saúde mental na ESF envoltos num “referente social” com suas “fórmulas” (noções vindas de Courtine, 2014) de lidar com tais situações de saúde mental demandadas no contexto da ESF.

É necessário dizer que as críticas levantadas nesse estudo acerca do uso da medicação ou, a crítica aos processos de cuidado em saúde mental na ESF que buscam a classificação diagnóstica, de modo a conduzir as condutas e abordagem terapêutica de cada situação apresentada por indivíduos e famílias no território, não se propõe a criar maniqueísmos entre o uso ou não da medicação ou dos sistemas de classificação, nem tampouco demonizar qualquer área do conhecimento. Contudo, tais críticas ou questões aqui levantadas vão no sentido de aprofundarmos as reflexões e buscar ações que interfiram no rumo “medicalizante e “patologizante” em que os profissionais da Estratégia Saúde da Família e a RAPS estão imersos. Colocando em risco os avanços da reforma psiquiátrica, enquanto proposta civilizatória e humanizadora (YASUI, 2010). Como já discutimos, a ESF (e os CAPS) tem importância e responsabilidade fundamental no desenlace dessa problemática, por suas características territoriais.

Consideramos que o território não é apenas o espaço físico e geográfico, a área de abrangência das equipes de saúde da família, “mas sim como um espaço relacional, em constante construção e desconstrução, onde a vida pulsa” (COUTINHO et al., 2016, p.296). É no território que se expressam as determinações da saúde e da doença, tendo as equipes de SF de lidarem com tamanha problemática que, por vezes, foge ao seu olhar profissional.

Nesta perspectiva, não mais se admite, ou, passa a não fazer mais sentindo isolar o sujeito doente mental ou em sofrimento psíquico, mas, pelo contrário, torna-se imprescindível a construção de um cuidado compartilhado, que o integre à família, comunidade e às redes de apoio e sociais, respeitando as suas vontades e seus desejos, apoiando um devir e construindo junto com eles o cuidado no território. E em se tratando não da pessoa com doença ou transtorno mental diagnosticado, mas também da pessoa em situação de sofrimento psíquico, é necessária a qualificação do cuidado em saúde mental na ESF, com a inclusão e capacitação dos profissionais e equipes para uma abordagem mais ampla e que dê conta de uma atenção psicossocial, sob a pena de tornarmos a práxis do cuidado em saúde meramente medicalizador.

Sem entrar na apresentação de números ou dados empíricos que demonstrem esse aumento da demanda, analisamos, a partir das SD que há uma **crecente demanda em saúde mental na ESF**, um aumento da **procura** especificamente **por “receitas” de medicação**

psicotrópicas. Fato evidenciado pelos entrevistados e que corroboram com os estudos de Souza (2006), Silveira e Vieira (2009), entre outros na área.

Os estudos desenvolvidos sobre a temática ratificam o que também encontramos aqui, ao discutirem a demanda de saúde mental na ESF (GRYSCHER; PINTO, 2015; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012). Chama à atenção a **preocupação** dos profissionais com o aumento dessa demanda, mas também o **sentimento de impotência** dos mesmos, e do próprio serviço, constatação também feita no estudo de Gryscher e Pinto (2015), não obstante todo o seu esforço (e abnegação), para darem “conta” dessa demanda, tendo de lidar com uma, também crescente, cultura da automedicação e da busca pelo medicamento como alívio rápido de situações de sofrimento psíquico. Mesmo que tais situações sejam reconhecidas pelos profissionais como “vulnerabilidades sociais”, estão relacionadas às expressões da “questão social” e às determinações mais profundas do processo saúde-doença mental (para além dos determinantes sociais da saúde, os DSS), como as condições de produção material da vida. Então, o discurso apresentado pelos profissionais “nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante dos seus próprios olhos” (FOUCAULT, 2014b, p.46), e que os fazem sentir-se “no trabalho de enxugar gelo” (**Glória**). Dito de outra forma, o aumento do sofrimento mental tem sua natureza originária em situações concretas da vida, seja a crescente desigualdade social, o desemprego, a violência de todos os tipos, o desalento perante situações pessoais e familiares, uso abusivo de álcool e outras drogas, em outros termos, das condições materiais de produção da existência humana, e expresso nos discursos analisados.

6.2 ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ESF – no discurso, a singularidade do cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

(...) abandonar el cérebro em manos de expertos implica una renuncia a la personalidad propia y una acentuación de los caracteres opresivos de la sociedad.

Giovanni Berlinguer em “Psiquiatria y poder”, de 1972.

No Quadro abaixo, apresentamos os NDS acerca da abordagem em saúde mental na ESF destacados para nossa análise.

Quadro 10 – Núcleos Discursivos Significantes: Abordagem.

Eixo de Análise	Núcleos Discursivos Significantes
<p>Saúde Mental na ESF: impressões, abordagem, formação/capacitação e o instituído.</p>	<p>Médicos: durante a consulta de rotina (queixa do paciente); prescrição/transcrição; busca do diagnóstico; organização do cronograma para atender a demanda: um dia/horário para saúde mental; formação de grupo de usuários/familiares com transtorno ou em uso contínuo, prolongado e desregulado de medicação psicotrópica; controle dos “pacientes”; contexto social.</p> <p>Enfermeiros: organização do processo de trabalho para atender a demanda: um dia/horário para saúde mental/grupo de usuários e familiares; “enxugando gelo”; consulta (queixa do paciente ou familiar); conversa, apoio, encaminhamento para outros profissionais ou serviço de referência; prescrição/transcrição médica; integralidade/holística/consulta ampliada; escuta; acompanhamento.</p>

Por abordagem em saúde mental estamos nos referindo ao próprio processo de trabalho em saúde (cuidado em saúde para efeitos desse estudo), no caso aqui do trabalho na ESF, com a particularidade de uma abordagem voltada à saúde mental no território de abrangência da equipe de Saúde da Família, e mais especificamente a ação dos profissionais médicos e enfermeiros.

Conforme Orlandi (2007), não existe produção de sentidos se não houver gestos de interpretação, de modo que a interpretação sempre se faz presente “em toda e qualquer manifestação da linguagem” (p.9).

Como a linguagem tem uma relação necessária com os sentidos e, pois, com a interpretação, ela é sempre passível de equívoco. Dito de outro modo, os sentidos não se fecham, não são evidentes, embora pareçam ser. Além disso, eles jogam com a ausência, com os sentidos do não-sentido (Id.).

Nessa perspectiva, adentramos num dos eixos da análise que nos parece central para a elucidação do nosso objeto de estudo, qual seja, os sentidos do cuidado em saúde mental na ESF, mesmo que, conforme Orlandi (2007, p.10), “a questão dos sentidos é uma questão que não se fecha”, de modo que nossas análises não se fecham nelas, mas se abrem para outras. Iniciamos com a análise das SD extraídas dos enunciados dos profissionais médicos, em seguida os profissionais enfermeiros, de acordo com a ordem das entrevistas.

Merece destaque o encontro entre os profissionais e os sujeitos do cuidado, que são os usuários das Unidades de Saúde da Família (USF)⁴⁶, nos momentos das consultas, sejam elas realizadas no espaço físico das unidades, em domicílio através das visitas domiciliares, ou em qualquer outro espaço ou ambiente inserido no território de abrangência das eqSF. É nesse encontro que se torna possível o cuidado em ato, o encontro entre os sujeitos cuidadores e os sujeitos que requerem o cuidado, e que devem ocorrer, como nos diz Merhy (2002; 2007, p.29/30), “no terreno das tecnologias leves e leve-duras, e que se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho”.

Colocamos em relevo esse momento singular do encontro entre os profissionais e os usuários, que é a **consulta** médica ou de enfermagem⁴⁷, enquanto momento de escuta, de trocas, de empatia, adquirindo importância fundamental no processo de cuidado em saúde mental na ESF. É no momento da consulta que os profissionais exercem o “trabalho vivo em ato”. Para Merhy (2007, p.57),

Quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção dos atos de cuidar, estabelece-se entre eles um espaço interseçor [sic] que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato.

É nesse encontro, na “micropolítica do processo de trabalho”, consonante com Merhy, onde consideramos que sempre existe abertura para a criatividade do profissional da saúde,

⁴⁶De acordo com as normatizações recentes, as Unidades de Saúde composta por equipes de Saúde da Família (eqSF) são denominadas de Unidade de Saúde da Família. Ficando a nomenclatura UBS – Unidade Básica de Saúde – para as unidades de saúde com equipes de Atenção Básica/Primária, sem eqSF, nos moldes das equipes de saúde tradicionais, sem Estratégia Saúde da Família, conseqüentemente também sem a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Então, doravante utilizaremos o termo Unidade de Saúde da Família (USF), visto que nosso estudo limitou-se a analisar os discursos *dos* profissionais da ESF.

⁴⁷A consulta de Enfermagem na ESF é uma atribuição prevista na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006; 2011; 2017; 2019). II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; (BRASIL, 2019, p.37).

estando o trabalho vivo em ato atravessado por formações discursivas variadas, e trazendo em si a possibilidade da “criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser ‘explorada’ para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas” (MERHY, 2007, p.61, grifo do autor), como veremos mais adiante alguns exemplos de “criatividade” dos profissionais, para além do instituído, na promoção de ações de cuidado em saúde mental nas Unidades de Saúde da Família (USF) junto aos usuários e comunidade.

A consulta é também o momento no qual o profissional exerce a clínica⁴⁸, “que se dá no encontro entre dois sujeitos singulares” (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015, p.13) um profissional e um usuário. Atualmente, a clínica não é uma prática exclusiva da categoria médica, e faz parte da *práxis* das demais profissões da saúde, cada uma a exercendo conforme as especificidades de cada área e campo do conhecimento. Na consulta se exerce a clínica.

É também durante a consulta que o profissional assume seu “lugar de fala” através do discurso técnico-científico, constituindo um momento no qual a “**relação de forças**” se instaura. Para Orlandi (2020, p. 37), segundo a noção de relação de forças “podemos dizer que o lugar a partir do qual fala o sujeito é constitutivo do que ele diz”.

Como nossa sociedade é constituída por relações hierarquizadas, são relações de força, sustentadas no poder desses diferentes lugares, que se fazem valer na “comunicação”. A fala do professor vale (significa) mais do que a do aluno (p.37, grifo da autora).

Dessa forma, e imbuída da dimensão técnico-científica, o discurso terapêutico dos profissionais de saúde teria mais valor, mais significado, do que o do usuário/paciente. Constatar isso não quer dizer que estamos de acordo, pois a proposta que buscamos é justamente a horizontalização das relações, respeitando o lugar de fala e a posição de cada sujeito, buscando a interação, troca de afetos e a produção de cuidados que atendam às suas reais necessidades e, numa relação dialógica, com/entre os sujeitos se discuta o real caráter dessas necessidades.

Entendemos, com base em Pêcheux (2014) e Orlandi (2020, p.38), que é no momento da consulta em que se permite “ao sujeito passar da situação (empírica) para a posição (discursiva)”, e o profissional assume a posição de sujeito-profissional (sujeito cuidador), inscrevendo-se num discurso técnico-científico que lhe dá legitimidade. Para Orlandi, “o que

⁴⁸Etimologicamente, a palavra **Clínica** corresponde à “prática médica à beira do leito”. Nesse estudo, não adentraremos na conceituação e historicização da clínica, assim, para aprofundamentos, sugerimos a obra de BEDRIKON e CAMPOS (2015) *História da Clínica e a Atenção Básica*, na qual são discutidas as origens da Clínica, desde a Grécia antiga chegando até os nossos dias, com o que os autores chamaram de “A clínica oficial para a Atenção Básica”. Dizemos “oficial” por se tratar de uma clínica institucionalizada pelas políticas de saúde, portanto, pelo Estado.

significa no discurso são essas posições. E elas significam em relação ao contexto sócio-histórico e à memória (o saber discursivo, o *já-dito*)”.

Retomando Pêcheux (2014, p.198), uma vez que não existe prática ou discurso sem sujeito, “os indivíduos são interpelados em sujeitos falantes (em sujeitos de *seu* discurso) por formações discursivas que representam ‘na linguagem’ as formações ideológicas que lhes são correspondentes”. Pêcheux especifica também que “a interpelação do indivíduo em sujeito de seu discurso se realiza pela identificação (do sujeito) com a formação discursiva que o domina”, e que “essa interpelação supõe necessariamente um *desdobramento*, constitutivo de sujeito do discurso”, que o torna o “sujeito da enunciação”, atribuindo-lhe “o encargo pelos conteúdos colocados”. Nesse sentido, o sujeito-profissional assume a posição de um “sujeito universal, sujeito da ciência” (PÊCHEUX, 2014, p.198).

Ressaltemos que esse *desdobramento* corresponde, a rigor, à relação entre o pré-construído (o “sempre-já aí” da interpelação ideológica que fornece-impõe a “realidade” e seu “sentido” sob a formada universalidade – o “mundo das coisas”) e articulação ou efeito-transverso (que constitui o sujeito em sua relação com o sentido, isto é, representa no interdiscurso aquilo que determina a dominação da forma-sujeito) (Id.).

Entendemos que, ao assumir a forma sujeito-profissional, o indivíduo em seu processo de formação e durante todo o seu trabalho (cuidados em saúde) vai absorvendo e reproduzindo seus “referentes sociais” (“referentes científicos” da sua área) contidos nas formações ideológicas e discursivas. Desse modo, pela interpelação ideológica, o interdiscurso vai conferindo hegemonia e se materializando em sua *práxis* profissional.

Vejamos as SD extraídas das entrevistas com profissionais médicos e enfermeiros, quando instados a falar *como são abordadas as situações de saúde mental? Como você identifica, acolhe e acompanha as situações de saúde mental?*

(...) geralmente é **em uma consulta, uma consulta normal**. Faz a anamnese, **tenta diagnosticar que tipo de doença a pessoa tem**. E sendo uma doença tipo, esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão, aí imediatamente, que é protocolo, você manda para o especialista (**Paulo Honório**, destaque nosso).

Quando chega a queixa, às vezes a gente inicia o diagnóstico, consegue iniciar alguns tratamentos, pede exames e quando o resultado é negativo já podemos iniciar um tratamento, uma “dosezinha” mais tranquila, com medicação mais simples. E aí, se der certo, o psiquiatra aprimora o tratamento, ou troca as medicações. A gente tenta fazer o acompanhamento, se aquela medicação está adequada (**Madalena**).

Conforme enunciado na SD anteriormente, é na consulta, no exercício da clínica, que se tenta, inicialmente “buscar a doença presente no doente” (BEDRIKOW;CAMPOS, 2015, p.159), e no que também foi constatado por Soalheiro e Mota (2014, p.68), há “um permanente esforço científico de evidenciar as psicopatologias como produtos de alterações fisiológicas e/ou anatômicas”, alinhando-se a uma Formação Discursiva da psiquiatria tradicional/biológica, amparada no modelo biomédico, fundamentado na ciência positivista, que autoriza e legitima a *práxis* profissional, não apenas do médico, mas todas as categorias da saúde.

A formulação de diagnósticos, sejam médicos, de enfermagem ou de outra categoria profissional, é uma tarefa difícil e complexa, que envolve muitos fatores, indo de aspectos do próprio profissional (experiência, formação, capacidade de entendimento da situação etc.), aos aspectos institucionais e sociais. Em se tratando dos profissionais enfermeiros, nas práticas de enfermagem também há uma perspectiva de uniformização/padronização, como “efeito dos processos de modelização que se projetam no âmbito internacional” (ERICSON, 2019, p.33).

No processo de cuidado em saúde mental na ESF também ocorrem trocas importantes entre profissionais da ESF e o CAPS, possibilitando, mesmo no terreno biomédico, um cuidado singular à saúde mental com todas as limitações possíveis de uma atenção tipicamente de natureza queixa-conduta, na qual a conduta majoritariamente adotada e socialmente construída é medicamentosa, identificada na SD abaixo, de uma das médicas entrevistadas:

“Se eu estiver segura para resolver o problema eu prescrevo a medicação ou faço um paliativo até ele passar por um psiquiatra. Geralmente eu faço uma cartinha, um encaminhamento com urgência e peço para um psiquiatra do CAPS fazer a primeira consulta, fazer a medicação para o paciente, para eu poder **ir manejando ele aqui**” (Glória, destaque nosso).

Percebe-se que há um interesse do profissional em acolher a demanda e dar uma resolutividade, dentro das possibilidades técnico-científicas disponíveis, e fazer as devidas interações com os serviços da rede de atenção.

“Quem tem diagnóstico, que usa medicação, (...) a gente envia eles para um primeiro atendimento com um psiquiatra, após esse primeiro atendimento com psiquiatra, nós ficamos fazendo o controle dessa medicação e da saúde do paciente” (Das Dores).

Num primeiro momento, em que chega a demanda à eqSF, os profissionais (individual ou coletivamente) devem garantir e qualificar o acesso das pessoas às UBS, com acolhimento e escuta da demanda. A Estratégia Saúde da Família, bem como a ABS/APS, “tem como um

de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental” (BRASIL, 2013, p.19).

Por mais que a pergunta seja sobre as “situações de saúde mental”, num sentido quase que automático, o profissional questionado, logo se refere à doença ou transtorno mental, no intuito de produção de um diagnóstico ou classificação que dê conta da situação apresentada, seja o profissional médico ou mesmo o profissional de enfermagem (com o diagnóstico de enfermagem), evidenciado nas SD dos enfermeiros (abaixo), com uma abordagem que tem sua fronteira limítrofe na medicação.

“eu vi uma situação que merecia uma avaliação, fazia um encaminhamento, ou ligava diretamente para a psicóloga e ela intervia. Quando percebia que o caso era sério, e poderia haver necessidade de medicação, eu já passava para a médica e para psicóloga já interagir também, uma questão multidisciplinar” (**Fabiano**).

O tempo verbal no passado, na SD do enfermeiro **Fabiano** (acima) refere-se ao fato de que, no momento da entrevista, e por alguns meses, a equipe de SF esteve sem os profissionais do NASF, o que prejudicou o desenvolvimento dos trabalhos da equipe e conseqüentemente no cuidado às pessoas, famílias e comunidade do território da ESF.

Em outra SD, a profissional afirma que sua abordagem envolve também o cronograma de trabalho na unidade de saúde:

“Tem um dia que eu coloco a marcação para quem é da saúde mental, que tem alguma patologia que já é acompanhada pelo psiquiatra, ou usa algum psicotrópico, e que necessita [da medicação]” (**Madalena**).

Entendemos que a inserção da “saúde mental” no cronograma do profissional, ou da equipe, é uma iniciativa (tentativa) de prestar alguma assistência às pessoas que demandam esse cuidado (singular), a despeito de qualquer exigência formal/oficial ou mesmo recomendação - como é recorrente em se tratando de saúde mental - (BRASIL, 2013; 2015). As iniciativas individuais dos profissionais ou das equipes de SF expressão o que Akerman e Feuerwerker (2009) falam quando se referem a autonomia dos profissionais no interior dos serviços de saúde,

O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de autogoverno, que disputam a orientação do dia-a-dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Este também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários) (p.177).

Essa atitude dos profissionais sinaliza para a necessidade de intervenção numa problemática cada vez mais constante nos serviços. Contudo, há uma necessidade/demanda por medicação que desperta os profissionais, conforme a SD a seguir:

“eu vejo muito que o pessoal aqui usa a mesma medicação muito tempo, e às vezes eles estão descompensados, quando a gente chega em consulta e vai conversar, [vemos que] não está tão bem” (**Madalena**).

Além do uso contínuo, por vezes abusivo e desregulado (do ponto de vista do manejo da medicação, acompanhamento, avaliação etc.), vem ocorrendo um fenômeno que podemos, de certo modo, chamar de dependência da medicação psicotrópica por parte dos usuários da ESF e que fazem uso dessas medicações, com ou sem precisa indicação médica. Tal fenômeno está no não-dito, naquilo que não se encontra na ordem do dizível, num efeito de “interdição”. Foucault (2014b) apresenta a noção de interdição, quando, na sua obra “A ordem do discurso”, afirma que numa sociedade de classes, como a nossa, e submetida ao capital com todas as suas mediações, existem vários mecanismos de silenciamento do dizer.

Para Foucault (2014b, p.9),

Em uma sociedade como a nossa, conhecemos, é certo, procedimentos de exclusão. O mais evidente, o mais familiar também, é a interdição. Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa.

De acordo com a literatura científica (que precisa ser melhor estudada no contexto atual, sobretudo pós-pandemia da Covid-19), tem havido uma verdadeira “dependência coletiva” das medicações psicotrópicas. Futuros estudos podem elucidar melhor essa dedução. No entanto, Coelho et al. (2014), ao discutirem o uso abusivo de benzodiazepínicos, afirmam que o “efeito da medicação propõe ao sujeito uma ação imediata sobre seu sofrimento, algo mágico e do campo do controle, o que traz uma autonomia sobre os seus sintomas” trazendo ao usuário uma aparente “sensação de segurança que o efeito do fármaco pode acarretar para a pessoa que passa a controlar seu uso” (p.311).

Conforme Jorge et al. (2003, p.102), apesar dos efeitos adversos, as drogas psicotrópicas têm vantagens em relação à outras terapias orgânicas. No entanto, para esses mesmos autores, “a psicofarmacoterapia é basicamente empírica, uma vez que o mecanismo biológico dos transtornos mentais não está bem estabelecido”, restando a abordagem da sintomatologia e não etiológica do problema/situação apresentada pelo sujeito-usuário (paciente).

Não há um emprego relacionado diretamente ao diagnóstico estabelecido, até porque esse processo isoladamente não identifica a etiologia da doença, sendo principalmente

sindrômico. Os psicofármacos, como quaisquer outros medicamentos, podem ser responsáveis por malefícios à saúde quando utilizados de forma inadequada. [...] Idealmente, seu uso deve ser realizado de maneira criteriosa em relação aos inúmeros problemas que podem advir de seu uso indiscriminado (JORGE et al., 2003, p.104).

Talvez, um dos principais problemas do uso contínuo e inadequado de medicações psicotrópicas seja, fundamentalmente, a dependência da droga, que além de possíveis efeitos colaterais no corpo do indivíduo, acarreta problemas de comportamento face à dependência. Na SD a seguir, um dos enfermeiros entrevistados aponta o que dizemos:

“o que mais a gente observa aqui é que, quando as pessoas se veem sem a medicação, ou se deparam com a possibilidade de ficar sem [o medicamento] ficaram agressivas, ou até mesmo com a possibilidade da gente diminuir a quantidade” (**Fabiano**).

Essas outras SD são emblemáticas, tanto de enfermeira quanto de médica, ao trazerem a situação de dependência do uso da medicação, e a automedicação em que a população atendida na ESF se encontra:

“os médicos fazem as transcrições das receitas dos pacientes que usam medicação controlada, que vêm ao posto [de saúde] de tempos em tempos buscar a receita, por não ter vaga no psiquiatra, então o médico acaba fazendo a transcrição, porque senão fizer é pior. É briga mesmo” (**Vitória**).

“(...) que muitas vezes está usando medicação da vizinha porque acha que o problema é igual, a gente procura orientar, que não é assim!” (**Das Dores**).

Outra SD é também reveladora do quão é problemática a medicalização do sofrimento:

“[...] na minha área tem pessoas que tomam psicotrópicos há muitos anos, e na maioria das vezes essas pessoas não tem uma reavaliação do psiquiatra, para ver se a medicação precisa ser mudada, não tem um acompanhamento e **eles estão tomando a mesma medicação durante muitos anos** sem ter uma reavaliação” (**Luísa**, destaque nosso).

O caso dos medicamentos tranquilizantes (benzodiazepínicos) é simbólico porque “tornaram-se os mais populares da atualidade, sendo que a quantidade anual de suas prescrições corresponde a aproximadamente metade de todos os psicofármacos utilizados no planeta” (JORGE et al., 2003, p.116). A literatura psiquiátrica (ou psicopatológica) também afirma a problemática da dependência, mesmo que de maneira sutil, afinal, é difícil e por vezes antiético negar ou omitir as informações sobre os efeitos nocivos do uso contínuo de medicações, sobretudo as psicotrópicas.

Ficamos apenas com o caso dos benzodiazepínicos, como uma situação modelar da problemática da medicalização e da dependência, mas muitos outros psicofármacos são de uso comum e rotineiro entre a população, como vemos na SD abaixo:

“São os medicamentos tranquilizantes, é a Fluoxetina, o Diazepam, o Clonazepam, enfim, toda a família do PAM, o que mais a gente observa aqui é que as pessoas, fazem uso contínuo” (**Fabiano**).

Nunes Filho, Bueno e Nardi (2005, p. 86), estudiosos e médicos psiquiatras, ao discutirem o abuso de substâncias afirmam que “todos os compostos benzodiazepínicos podem provocar síndrome de abstinência”, podendo ser agravada se estiver “associada ao tempo de uso do medicamento”. Esses mesmos autores alertam que esses medicamentos, “como qualquer outra, só devem ser utilizados em indicações específicas, com prescrição médica, e por tempo limitado” (Idem).

Nas condições apresentadas pelos profissionais da ESF, torna-se difícil haver um acompanhamento que possa promover uma terapêutica medicamentosa segura para a pessoa que faz uso contínuo, ou mesmo que necessite fazer uso da medicação em alguma situação, ou até mesmo por um determinado período. Propostas como a da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)⁴⁹, discutidas por Santos et al. (2020), ainda estão muito distantes da realidade dos nossos serviços de saúde, principalmente na ESF. Provavelmente, no contexto dos CAPS, essa proposta da GAM seja mais viável de ser implementada.

Essa dificuldade no acompanhamento não é igual em todas as camadas sociais, pois “enquanto para a elite existem os divãs, os consultórios, a relação terapeuta-cliente personalizada, as técnicas mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as ‘consultas’ de cinco minutos” (BEZERRA Jr, 2001, p.137). O que nos parece bastante atual, conforme demonstrado em algumas SD:

“O ruim é que não tem às vezes contrarreferência pra dizer qual foi o diagnóstico, o que foi que ele indicou... E quando eles voltam pra gente, eles voltam apenas com a receita” (**Madalena**).

“Às vezes no serviço, quando a gente atende muito rápido, não consegue conversar bem com o paciente pra fazer essa descoberta. (...) quando eu chego, geralmente, vejo o número de pacientes que usam medicação controlada, que é a população que necessita de um olhar especial” (**Glória**).

⁴⁹De acordo com Onocko-Campos et al. (2013), “o contexto de utilização pouco crítica dos medicamentos nos tratamentos em saúde mental, bem como o valor simbólico da medicação para aqueles que a utilizam” (p.2890), fez surgir na década de 1990 a partir de movimentos sociais da saúde mental, em Quebec, Canadá “uma nova abordagem de intervenção denominada Gestão Autônoma da Medicação (GAM)”, que teve inicialmente como foco o questionamento da medicação objetivando a sua retirada (p.2891).

“(...) aqui na unidade, esse acompanhamento deixa a desejar. Eles [os usuários] passam pouco pela médica ou só quando há necessidade, a demanda daqui é grande, e não tem uma reavaliação sistemática, o acompanhamento não é sistemático” (**Luísa**).

A médica refere-se à dificuldade no sistema de “referência e contrarreferência”, ainda estruturante das ações no contexto da ESF nos municípios⁵⁰, carecendo de articulação com outros serviços. Por sua vez, a enfermeira lamenta a falta de um acompanhamento, sobretudo das pessoas que usam medicações. O que demonstra, mais uma vez, além da problemática da demanda crescente, a dificuldade em praticar um cuidado mais humanizado (repito, mesmo no terreno biomédico), “onde as fias, o descaso, a falta de condições materiais transforma o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação de sofrimento” (BEZERRA Jr, 2001, p.137).

Para o profissional médico da ESF, o sentido do cuidado em saúde mental tem o diagnóstico e a prescrição da medicação e em algumas situações o manejo medicamentoso como centrais:

“A gente consegue iniciar alguns tratamentos por aqui. E se a paciente, daqui vai para médico [especialista], a gente já colheu o benefício, então ele só vai ajustar alguma coisa que seja melhor para o perfil dela, porque [os psiquiatras] eles dominam melhor” (**Madalena**).

“(...) a gente trabalha com aqueles **pacientes mais controlados, compensados, fazendo controle de medicação**. Nos transtornos leves a gente consegue diagnosticar, ansiedade... e quando a gente suspeita de alguma coisa mais séria que precisa de um acompanhamento de um psiquiatra, existe o encaminhamento para o CRIA” (**Das Dores**, destaque nosso).⁵¹

Os chamados pacientes mais controlados são aqueles em que a medicação “fez efeito”, porque existem aqueles descompensados, sem controle, em que o psicofármaco não causou o efeito desejado:

“A gente vê por aqui alguns efeitos colaterais da medicação, às vezes tem grupo que aquela medicação não pega bem. Então a gente, que não é especialista, falha às vezes nisso” (**Madalena**).

⁵⁰Com a última PNAB (2019): A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade: a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS; b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; c. Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

⁵¹Refere-se ao Centro de Referência Integrada de Arapiraca (CRIA), que é o serviço de referência municipal para as especialidades, inclusive psiquiatria, que faz o trabalho ambulatorial para saúde mental, contando também com os psiquiatras do CAPS.

Para os profissionais enfermeiros, que não são prescritores de medicação, os sentidos do cuidado em saúde mental relacionam-se mais com a organização do serviço, acolhimento, escuta, formação de grupos de pacientes e familiares, educação em saúde. No limite, em algumas situações e de acordo com a realidade local, podem ser “autorizados” com base em protocolos a transcrever medicações, inclusive psicotrópicas⁵².

No Brasil, os enfermeiros não exercem a função de “prescritores de medicamentos”, exceto quando amparados em protocolos estabelecidos, no mais, no máximo fazem transcrição de medicações, assim mesmo em grande medida “oficiosamente” e em substituição à ausência de profissionais médicos no serviço. No entanto, no Sistema Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido, desde 1992, os enfermeiros podem se especializar e assim tornarem-se “prescritores” de medicamentos, conforme demonstrou o estudo de Toso, Filippou e Giovanela (2016).

Nesse estudo, foi demonstrado que, com a ampliação da prática clínica dos enfermeiros da APS “resultou em melhor acesso aos serviços, em consultas com maior tempo de duração, na comunicação mais eficiente e na melhora na adesão ao tratamento”. Já para os enfermeiros, o estudo aponta que “há a conquista de um status profissional de maior respeito, com ampliação do corpo de conhecimentos da profissão”. E, para o NHS, “traduziu-se em economia de custos, por ser mais vantajoso no âmbito do custo efetivo, somado ao fato de que, socialmente, o trabalho do enfermeiro tem remuneração menor. Ao mesmo tempo, ampliou-se o atendimento, o que é um objetivo em época de orçamentos mais contingenciados como vivenciados atualmente” (TOSO; FILIPPON; GILVANILLA, 2016, p.189). A nosso ver, tornar os enfermeiros “prescritores” aumenta, ainda mais, o acesso da população aos medicamentos (um verdadeiro deleite para a indústria farmacêutica) e pode gerar ainda mais medicalização da saúde e da própria profissão de enfermagem.

Vejamos a SD a seguir:

“A gente fornece as receitas controladas, faz os encaminhamentos para quem necessita, faz as marcações para psiquiatra, para quem tá atrasado. Escuta a demanda desse usuário que, independente dele ter o acesso como um todo, às vezes tem uma dificuldade em acesso a uns exames, dificuldade em acesso à psiquiatria ou à psicologia, ou qualquer que seja a dificuldade. É um momento também que a gente faz acolhimento de forma geral” (**João Valério**).

Entendemos que, quando o profissional enuncia que “fornece as receitas controladas” pode representar a transcrição da receita médica pelo profissional enfermeiro, podendo fazer

⁵²Essa é uma questão para outro estudo e que não vamos adentrar aqui.

parte de acordos (internos e informais) entre os profissionais, não estando amparados por protocolos instituídos (como orientado na PNAB), essa atitude pode, por um lado, atender à demanda do usuário e, por outro, trazer complicações éticas aos profissionais. Além dos aspectos organizativos do processo de cuidado, os enfermeiros também buscam exercer a assistência de enfermagem baseados em seu escopo de conhecimentos, habilidades e competências, e nesse sentido também exercem a clínica durante suas consultas.

“Hoje eu atendi uma usuária do grupo de hipertensos e diabéticos, mas, quando ela chegou aqui, ela trouxe à tona várias situações que envolviam a questão familiar, o relacionamento, e até o surgimento de indícios de uma situação de depressão, e que fazia uso de medicação controlada. Ela não tinha ainda se aberto nessa situação, até pelo próprio estigma, o preconceito com as questões psíquicas” (**João Valério**).

“Eu procuro **direcionar a consulta de uma forma mais ampla**, e que às vezes o paciente vem com uma queixa, mas essa queixa está atrelada a outras, aí eu sempre procuro **olhar o indivíduo inserido na realidade**, procuro saber a relação de pais, de esposo, mais ou menos assim nesse sentido, mas eu acho que pode melhor. **A gente tenta atender o paciente de uma forma mais holística**, eu acho que isso já é um meio de perceber alguma doença mental, algum transtorno” (**Luísa**, destaque nosso).

Essa “forma mais holística” é incentivada desde a graduação, porém parece que “olhar o indivíduo inserido na realidade”, apesar de necessário e fundamental, mostra-se como um modo “complementar” ou mesmo “mais qualificado ou humanizado” de prestar assistência, visto que ao fim e ao cabo, o indivíduo será submetido à medicação psicotrópica, salvo raras exceções.

Buscando ampliar nosso escopo de análise, consideramos que o dispositivo que pode potencializar as ações de saúde mental na ESF é o NASF. Nos enunciados dos profissionais, a referência ao NASF e à necessidade do matriciamento foi enfatizada, o que nos leva a fazer algumas considerações ao tempo em que reflete a relação estabelecida entre as equipes da ESF e outros dispositivos/serviços da rede.

6.2.1 NASF, Apoio Matricial e o cuidado em saúde mental na ESF

Momentos políticos conjunturais exercem grande, senão fundamental, influência no desenrolar cotidiano, na operacionalização das políticas, ações e serviços de saúde. Nos discursos *dos* profissionais, as mudanças ocorridas no último período, seja local ou nacional,

trazem prejuízos à assistência prestada no âmbito da ESF. É o caso do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que teve alterações em sua estrutura e operacionalização desde as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica em 2017.⁵³

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade. (BRASIL, 2013, p.20).

“A gente tinha o NASF, tínhamos né?! Então assim, no momento, nós nos encontramos sem apoio por parte desses profissionais, que eram uma referência que a gente tinha, uma questão multidisciplinar. Hoje, diante da demanda, eu não tenho tanta condição de dar um suporte que realmente precisa aqui” (**Fabiano**).

A retirada das equipes do NASF, por conta de um processo seletivo no município, deixou as equipes de Saúde da Família sem o apoio dos profissionais por um período de tempo considerável, e que atingiu diretamente o trabalho dos profissionais da ESF, deixando-os sem essa interlocução com os profissionais essenciais no cuidado em saúde mental, como psicólogos e assistentes sociais, a exemplo do que apresentam as SD a seguir:

“Aqui a gente tinha a equipe do NASF, tinha uma psicóloga, então quando eu percebia alguma coisa, quando o paciente (...) relatava alguma coisa, às vezes eu encaminhava para ela, que fazia a avaliação, e aí a depender do que ela visse, ela encaminhava para outros níveis de atenção” (**Marina**).

“dependendo da situação a princípio, e a gente identificar se o problema pode ser suavizado ou sanado pelo psicólogo, mas no momento a gente tá sem o psicólogo” (**Luísa**).

Durante o processo das entrevistas, os profissionais lamentaram e reclamaram da “retirada” das equipes do NASF, da ausência do apoio dessas equipes que já estava incorporado nas ações e no cotidiano do trabalho na ESF. O NASF foi criado no contexto do Pacto pela Saúde (2006), “a fim de ampliar a atuação da Estratégia e Saúde da Família (ESF) e oferecer suporte técnico-pedagógico e assistencial aos profissionais” das equipes de Saúde da Família (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019, p.3), tem papel fundamental, sobretudo, na

⁵³Ver: NOTA TÉCNICA nº 3/2020 DESF/SAPS/MS que trata do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Quando foi instituído em 2008, o NASF tinha a nomenclatura de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, todavia a portaria nº 2.436 de 2017 alterou a nomenclatura e suprimiu a noção de “apoio”. Essa mudança não foi apenas semântica, pois também pretende alterar o processo de trabalho do Núcleo, passando de uma perspectiva de apoio mesmo ao trabalho das eqSF, de matriciamento para um trabalho assistencial.

constituição do Apoio Matricial (ou Matriciamento) às equipes de saúde da família, como bem discutido em diversos estudos (MELO et al, 2018b; TESSER, 2017; CAMPOS, DOMITTI, 2007; CAMPOS, 1999).

No Quadro 4 deste estudo, são apontados alguns estudos que tratam do Matriciamento das equipes de SF, principalmente às ações de saúde mental. Entre eles, destacamos a conclusão do estudo de Gryscek e Pinto (2015), em que os autores constataram que o Apoio Matricial “permite a inserção de profissionais de SM na AB numa proposta de trabalho conjunto, primando pela educação e integralidade no cuidado em SM, envolvendo profissionais da ESF, da SM, usuários, comunidade e gestores” (p.3260).

A próxima SD sintetiza bem essa ausência das equipes do NASF, sobretudo, do profissional psicólogo, ao tempo em que essa síntese também é reveladora do cuidado em saúde mental na ESF:

“A gente faz o medicamentoso, tem o grupo aqui na unidade e o encaminhando para os psicólogos, que é o grande entrave no nosso serviço” (**Das Dores**).

A ausência ou desestruturação das equipes do NASF nas unidades de saúde prejudica ou interrompe um dos eixos centrais da atuação junto às eqSF, qual seja a de matriciamento, ou a de implementar o Apoio Matricial (AM). E, para as ações (individuais e coletivas) de saúde mental no território de abrangência da ESF, a equipe do NASF é fundamental e pode se configurar em um potente dispositivo para fortalecer práticas menos medicalizantes, educação em saúde na comunidade, educação permanente com as eqSF, entre outras possibilidades advindas da implantação do NASF no território.

Os discursos dos profissionais aqui apresentados corroboram o estudo de Hirde (2015), que também entrevistou profissionais, havendo um consenso de que o Apoio Matricial (AM) qualifica as intervenções em saúde mental. Melo et al. (2018) falam sobre a, digamos, empolgação com a criação e implantação dos NASF. Para os autores, o processo de implantação do NASF “foi acompanhado, por um lado, de certo otimismo gerado pela perspectiva de fortalecimento da AB e incorporação de novas práticas e, de outro, pela dificuldade de traduzir a sua lógica de trabalho, centralmente calcada na noção de Apoio Matricial (AM)” (p.329).

As SD a seguir tratam do NASF e da interação com as eqSF, contribuindo com nossa discussão:

“tinha um matriciamento que vinha aqui na unidade esclarecer algumas situações” (**Fabiano**).

“Quando tinha a psicóloga do NASF, a gente encaminhava, ela acompanhava o paciente, encaminhava ao psiquiatra. Agora a gente tá desfalcado” (**Luísa**).

Numa busca pela integralidade da atenção à saúde e não apenas no medicamento, apesar desse ser central nesse processo, com vimos discutindo até o momento, alguns importantes indicativos de uma atenção psicossocial aparecem nos discursos, mesmo que ainda incipientes, com a formação de grupos de usuários e familiares de saúde mental, fortalecendo também a proposta do trabalho coletivo, como é princípio do trabalho em saúde, em saúde mental e na Estratégia Saúde da Família.

Conforme Nunes, Jucá e Valentim (2007), as ações de saúde mental na Atenção Básica ainda são incipientes e quando existem, requerem dos profissionais da ESF “sensibilização específica” por não estarem “familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e linguagem” (p.2377). Sendo assim, as equipes do NASF, através da construção do apoio matricial às eqSF, tornam-se fundamentais para o cuidado em saúde mental nesse ponto da RAPS, possibilitando o permanente diálogo e a aproximação dos profissionais da ESF com outros sentidos do cuidado, que não apenas a medicalização como central no processo de cuidar.

Após analisarmos os discursos sobre a abordagem individual dos profissionais, veremos algumas iniciativas do ponto de vista do trabalho coletivo e o envolvimento da equipe nas ações de saúde mental desenvolvidas na ESF.

6.2.2 O trabalho coletivo no cuidado em saúde mental na ESF

Iniciativas importantes que vêm ganhando espaço (e tempo) nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família são as organizações dos cronogramas de atendimento à população e a formação de grupos com usuários e familiares, para dar conta da demanda:

“(...) tem um dia que é exclusivo, um período exclusivo para ver as medicações, para renovar as receitas, para ver, se o paciente está ruim, e encaminhando quando necessário” (**Glória**).

A mesma profissional médica é enfática a respeito do estabelecimento de dia ou horário para atendimento das demandas de saúde,

“(...) a gente tem um momento, mas na realidade, saúde mental você vê toda hora e todo o instante, não adianta você querer separar um dia na semana para isso porque não existe, você atende o paciente todos os dias, todos os dias vem alguém com a demanda de saúde mental, mas no geral eu acredito que o apoio que tem dentro de saúde mental é bom” (**Glória**).

Outras SD demonstram que os profissionais procuram de ir além do que está estabelecido como áreas prioritárias da ESF e incorpora a atenção à saúde mental em seus processos de trabalho/cuidado, vejamos:

“Tem um dia que eu coloco a marcação para quem é da saúde mental, que tem alguma patologia que já é acompanhada pelo psiquiatra, ou usa algum psicotrópico, e que necessita. Então, esse dia de saúde mental é muito voltado para isso, para tentar acolher os meus pacientes da saúde mental; ter um dia que eles possam vir, geralmente à tarde, que é o horário mais calmo da unidade” (**Madalena**).

Diante da demanda cada vez mais crescente por “saúde mental” (ou pelo medicamento), os profissionais procuram organizar seus cronogramas de trabalho na UBS para atender as pessoas que a buscam, ao tempo em que há um *já-dito* que associa agitação, irritabilidade ou mesmo agressividade aos pacientes da saúde mental. Esse *já-dito* é própria de um interdiscurso que reforça o estigma e preconceito à loucura e ao louco ainda muito presente em nosso meio social e profissional.

Entendemos que inserir ações de saúde mental no cronograma de atividades das equipes de Saúde da Família é uma atitude importante para a ampliação dessas atividades, como formação de grupos, por exemplo, mas é preciso que haja preparo e diálogo entre os profissionais, com o envolvimento dos profissionais da RAPS, NASF-AB, para que os grupos formados nas UBS não se limitem a transferir para as ações coletivas a mesma centralidade na patologia e no medicamento que se dá na consulta individual.

Essa SD de outra médica traz outras finalidades da formação do grupo de saúde mental na unidade:

“A gente vinculou [a entrega da receita médica], porque eles vinham muito fora do horário, não tinha uma rotina de transcrição de medicação, para gente fazer o controle dessas medicações. Então a gente vinculou a entrega da receita à presença deles no grupo. E foi uma coisa que funcionou e está dando muito certo. Todo mês a gente atende, só cresce, só cresce cada vez mais, esse mês a gente já conseguiu que viessem mais de 50 pessoas. Então, tá dando certo” (**Das Dores**).

Esse discurso incorpora dois sentidos, um de indução do usuário a participar das atividades de promoção de saúde desenvolvidas na UBS, e outro sentido de “controle” daqueles que têm diagnósticos psiquiátricos e/ou fazem uso de medicação “controlada”, situando a droga farmacológica e a prática dos profissionais de saúde em estratégias de controle da assistida. É um movimento de, pelo menos, duas características: a de aproximação da população com o

serviço, num sentido positivo de buscar o empoderamento dos sujeitos - amparada no interdiscurso da promoção da saúde -, mas também tem a característica de “cercar” e disciplinar os sujeitos, podendo suprimir sua autonomia. Essa dupla característica é percebida também na SD seguinte:

“E são esses pacientes às vezes que ficam interrompendo o nosso dia a dia porque precisa de uma receita. Eu sempre gosto de deixar essa população bem cercada, bem cuidada, com atenção, de preferência, a cada dois ou três meses, para quê eles não tenham que tá batendo na porta, interrompendo o fluxo desnecessariamente da unidade, (...) principalmente os que dependem de medicação pra dormir, ou então os que ficam violentos” (**Madalena**).

A SD apresenta de maneira marcante o discurso do *controle*, contudo, amparado também numa Formação Discursiva de cuidado, atenção, zelo, o que nos remete à discussão realizada anteriormente acerca do trabalho e do cuidado em saúde. No entanto, no contexto singular da abordagem do profissional da ESF, a expressão *controle* nos discursos denota um interdiscurso (pré-construído) herdado das origens da psiquiatria, de uma ordem disciplinar sobre os corpos agressivos, violentos, desarrazoados, enfim, reforçando um estigma ainda bastante presente em nosso meio.

Novamente, os discursos apresentam efeitos de sentido do cuidado em saúde mental centrado na medicação. A medicação psicotrópica cumpre um papel que não é o da cura, tal qual os antibióticos e quimioterápicos – esses com uma função objetiva de conter infecções eliminando bactérias, por exemplo -, sendo dirigida à sintomatologia (JORGE, 2003; 2014).

Dentro das condições de trabalho e formação dos profissionais, há uma intencionalidade em produzir um cuidado em saúde mental que consiga dar resposta às demandas apresentadas pelos usuários da ESF. Na próxima SD, visualizamos essa intencionalidade:

“Às vezes a gente inicia o diagnóstico, faz a exclusão de Taquicardia, pode ser um hipotireoidismo. Às vezes a gente faz a triagem com exames; quando dá tudo negativo, já pode iniciar um tratamento – uma ‘dosezinha’ tranquila, com medicação mais simples, que aí, se não der certo, o psiquiatra aprimora o tratamento, ou troca as medicações” (**Madalena**).

É notório o interesse do profissional em iniciar um diagnóstico, excluir outros fatores, outras doenças, e assim prosseguir com os “primeiros cuidados” antes da avaliação do especialista. Soalheiro e Mota (2014, p.66) ressaltam a “progressiva multiplicação das suas categorias diagnósticas como indicação de uma possível apropriação do sofrimento psíquico pelo viés da medicalização”. Na concepção de Freitas e Amarante (2015, p.33),

Para que a indústria farmacêutica tenha êxito na expansão de seus negócios é imprescindível a *criação* de novos doentes. E para que esses novos doentes sejam criados é imperioso o papel do médico. Porém, sua presença não está limitada à relação dual com o paciente, na medida em que o médico é o intermediário, por excelência, entre a indústria farmacêutica e o doente – ou seja, o indivíduo, o conjunto de indivíduos agrupados segundo as categorias de diagnósticos e a sociedade com ou um todo.

Por medicalização entendemos, com base em Soalheiro e Mota (2014, p.67), “um processo ativo de tornar passíveis de diagnóstico, tratamento e prevenção alguns eventos e condições até então considerados pertinentes e próprios da existência humana”, e também que, não obstante a polissemia, a medicalização é “o processo de transformar experiências indesejadas ou perturbadoras em objetos da saúde” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p.14). Freitas e Amarante alertam para o fato de que “a medicalização está de tal forma incorporada em nossas vidas que podemos até considera-la nossa *segunda natureza*” (Idem, p.27).

Para Dassoler e Palombini (2020, p.280), “a popularização da psicofarmacologia é respaldada pelo seu efeito imediato e por ser, de alguma maneira, acessível à população, circunstâncias que resultam no descrédito dos dispositivos clínicos regidos pela escuta e pela palavra”, o que expressa uma necessidade urgente em ressignificar e valorizar as práticas não medicamentosas no cuidado à saúde mental, com ampliação das estratégias de cuidado pelas equipes de saúde em abordagens psicossociais.

Concordamos com Souza (2020, p. 183), que é preciso “romper com a formulação de saúde presa às meras manifestações biológicas do corpo individual”, sendo necessário ampliarmos significativamente essas formulações avançando para propostas mais integradoras da abordagem em saúde e da saúde mental.

Ao que nos parece, a medida em que os profissionais de saúde médicos, que são prescritores de medicação psicotrópicas, buscam enquadrar a sintomatologia apresentada pelos indivíduos nos sistemas de classificação (CID, DSM ou outro) construindo o diagnóstico, surge um novo “consumidor de medicamentos”, que será incluído numa “lista de usuários de medicação psicotrópica”, como é verificado nessa SD de uma das enfermeiras:

“Na minha área a gente fez o livro de pacientes que fazem uso de psicotrópicos, de saúde mental” (**Vitória**).

Outra SD também é significativa para revelar o quanto os sentidos do cuidado em saúde mental na ESF são influenciados pela medicação:

“Os pacientes de saúde mental mesmo, com algum distúrbio psicológico, alguma doença mental, não são tantos, em número, mas os usuários de medicação controlada são inúmeros” (**Marina**).

“(…) tem uma pasta com todos os usuários, **uma pasta de receitas**. Então a gente conhece todos os pacientes da área (...). Essa pasta é dividida por agente de saúde, então você abre lá e tem todos os usuários de saúde mental naquela pasta. Então assim, a gente conhece e sabe quem são todos os nossos pacientes, e quem usa medicação, aí toda vez que eles vão ao especialista e mudam a medicação, o agente de saúde está lá na visita, então sempre pega a receita nova, faz a cópia, traz pra cá, ou então eles mesmo quando, saem do especialista, já passam por aqui pra mostrar a receita nova e a gente fazer a mudança no prontuário deles”. (**Marina**, destaque nosso).

A enfermagem tem essa característica em seu processo de trabalho, de organizar o cuidado, ocupando um “espaço de entremeio na relação homem-homem, enfermeiro-paciente” (SILVA; SILVA, 2014, p.75), fundamental para o desenvolvimento do processo de cuidar de toda a equipe (e entre a equipe) e da articulação com os demais serviços e redes de atenção à saúde. Como previsto na PNAB em todas as suas edições, desde a primeira em 2006 até a última em 2019, as atribuições do profissional enfermeiro na ESF, inclui entre outras tantas atividades: “Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor” (BRASIL, 2019, p.37), em todos os níveis de gestão do SUS (federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal), sempre observadas as disposições legais da profissão.

A enfermagem desenvolve um papel fundamental no trabalho em APS, não apenas no Brasil, com o modelo da ESF, mas também em outras partes do mundo, como foi demonstrado no trabalho de Toso, Filippon, Giovanella (2016), que estudaram a atuação das enfermeiras no sistema nacional de saúde inglês (NHS).

O estudo identificou algumas ações desempenhadas pelos enfermeiros do NHS chamadas de “funções ampliadas”: consultas, diagnóstico e terapêutica medicamentosa, gestão de casos e acompanhamento de condições crônicas. Excetuando-se o que se refere ao “diagnóstico de doenças e terapêutica medicamentosa”, os enfermeiros da ESF, aqui no Brasil, também realizam as demais funções relatadas no estudo desenvolvido com enfermeiras do Reino Unido. Funções essas já incorporadas em sua prática na Atenção Básica, embora não necessariamente com a denominação de “funções ampliadas”, tendo em vista as próprias características do modelo de APS adotado em nosso país, e que, como já dissemos anteriormente, até o diagnóstico e terapêutica medicamentosa estabelecido em protocolos, como por exemplo as condições crônicas e algumas doenças infecciosas: tuberculose,

hanseníase, abordagem sindrômica das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), entre outras, são atribuições do profissional enfermeiro.

Essa “ampliação” das funções do enfermeiro, sobretudo no contexto da APS, remete a um processo de “medicalização” da profissão de enfermagem, no qual o enfermeiro da APS/ESF realiza alguns “atos médicos”, ao tempo em que se ampliam as funções dos profissionais enfermeiros, possibilitando a prescrição/transcrição de medicações psicotrópicas, amplia-se também o acesso dos usuários àquele demandado “prescritor”.

No limite, a cada novo diagnóstico se cria mais um consumidor, que pode vir a ser temporário (raro) ou permanente (comum), tornando a droga o bem a ser perseguido pelas pessoas nas consultas médicas e também de enfermagem, ao passo que os enfermeiros da ESF podem “agilizar” as “receitas” com os médicos da unidade de saúde, e em alguns casos – com base em protocolos locais – até fazerem as transcrições das receitas médicas.

Conforme Soalheiro e Mota (2014, p.81),

o discurso técnico e de medicalização assumem um sentido mítico, onde a crença num suposto poder ilimitado da ciência produziria a medicalização da e na sociedade, uma vez que comportamentos e acontecimentos da vida cotidiana agora se tornariam passíveis de tratamento, cura e prevenção. Uma visão fantasiosa da realidade, onde a doença e a necessidade de remédios seriam permanentemente fabricadas.

Para essas autoras, “os psicofármacos, tornados bens de consumo, passam a ser vistos como uma panaceia para todos os males do espírito, suprimindo as variações de humor, a tristeza, e todo tipo de sentimento agora considerados inadequados” (p.81), constituindo o que vimos chamando do fetiche do medicamento, nos termos definidos por Marx (2011).

6.2.3 A forma-mercadoria-medicamento: O *fetichismo* da medicação

Se tomarmos a medicação como um produto do trabalho humano, como uma mercadoria que, como qualquer outro produto do mercado, precisa ser comercializado, começamos a compreender como esse processo de medicalização, cada vez mais ascendente da vida social, e em particular da saúde, ganha outra dimensão após o desenvolvimento das drogas psicotrópicas. Não pretendemos aprofundar essa discussão aqui, por entendermos que, mesmo de forma superficial, já vimos discutindo durante esse estudo. No entanto, não podemos nos furtar de levantar mais uma questão a respeito da medicalização da saúde mental, que pouco se discute entre os diversos estudiosos da área, que é o medicamento enquanto uma mercadoria, o significado que lhe é atribuído e a centralidade que os psicofármacos têm nos processos de

trabalho na ESF, tanto pelos profissionais (nos discursos) quanto pela população (na demanda, por exemplo).

Sem desconsiderar seus efeitos bio-químicos-farmacológicos no organismo e no comportamento humano, faz-se necessário analisar a medicação psicotrópica enquanto um produto do mercado, uma mercadoria, para a partir de aí entender melhor o “encanto” que produz e assim teremos uma maior aproximação com os sentidos do cuidado em saúde mental na ESF. Poucas são as vozes que questionam o modelo biomédico-psiquiátrico, entre elas, Freitas e Amarante (2015, p.80)⁵⁴ fazem crítica da “teoria do desequilíbrio químico” e mesmo aos efeitos dos psicotrópicos no cérebro.

Buscamos em Marx algumas pistas fundamentais para o entendimento da mercadoria como produto e o fetichismo que causa a busca por ela como uma “pílula mágica” que vai aliviar o sofrimento.

A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa que, por meio de suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de um tipo qualquer. A natureza dessas necessidades – se, por exemplo, elas provêm do estômago ou da imaginação – não altera em nada a questão. Tampouco se trata aqui de como a coisa satisfaz a necessidade humana, se diretamente, como meio de subsistência, isto é, como objeto de fruição, ou indiretamente, como meio de produção. (MARX, 2011, p.157).

A mercadoria-medicamento satisfaz às necessidades dos seus usuários (terapêuticas ou imaginárias), por isso a demanda é crescente, considerando que, de acordo com Marx, “a utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso” (2011, p.158). De acordo com ele, “o valor de uso se efetiva apenas no uso ou no consumo. Os valores de uso formam o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social desta” (Id.).

As mercadorias vêm ao mundo na forma de valores de uso ou corpos de mercadorias, como ferro, linho, trigo etc. Essa é sua forma natural originária. Porém, elas só são mercadorias porque são algo duplo: objetos úteis e, ao mesmo tempo, suportes de valor. Por isso, elas só aparecem como mercadorias ou só possuem a forma de mercadorias na medida em que possuem esta dupla forma: a forma natural e a forma de valor (MARX, 2011, p.172).

A mercadoria-medicamento é produto do trabalho humano (químicos, biólogos, farmacêuticos, médicos etc.), pensado e executado conforme a intencionalidade para a qual foi criado, se bem que em muitos casos a “descoberta” de algumas drogas psicoativas/psicotrópicas aconteceu quase que por um acaso da ciência, que Whitaker (2017) chamou de tropeços, então podemos considerar que foram alguns “tropeços” da ciência que fizeram surgir as “pílulas mágicas da psiquiatria”. O autor faz uma imersão na origem dos medicamentos psicotrópicos

⁵⁴A teoria do desequilíbrio da dopamina veio após o início da constatação de que um dos efeitos dos psicotrópicos era justamente o de *bloquear* o sistema dopaminérgico. Essa constatação fez que com a psiquiatria biológica desse “um salto lógico” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p.80).

(torozina, em 1940; prometazina, 1946; clorpromazina, 1951; meprobamato, 1955; iproniazida, em 1957; entre outros) e afirma que “foram essas drogas que desencadearam a revolução psicofarmacológica” (p.69), daí num curto tempo “a psiquiatria ganhou novos medicamentos para acalmar os pacientes agitados e maníacos nos manicômios, para a ansiedade e para a depressão” (Id.)⁵⁵.

Dessa forma, segundo Whitaker (2017), surgiram as primeiras drogas psiquiátricas e, conseqüentemente, um amplo mercado consumidor, tendo inicialmente uma clientela restrita aos pacientes internos em hospitais psiquiátricos/manicômios, mas que ampliou de forma exponencial o seu público alvo, e hoje vem abarcando toda e qualquer pessoa, com ou sem diagnóstico psiquiátrico.

Para Marx (2011), “o produto do trabalho é, em todas as condições sociais, objeto de uso, mas o produto do trabalho só é transformado em mercadoria numa época historicamente determinada de desenvolvimento” (p.192). No entanto, os trabalhos privados só atuam efetivamente como elos do trabalho social total por meio das relações que a troca estabelece entre os produtos do trabalho e, por meio destes, também entre os produtores. (p.207).

Para a população e também para os profissionais, o medicamento tem seu valor de uso, que, por seus efeitos gera uma grande demanda, haja vista a alta procura por esse produto enunciada pelos entrevistados, estando embutido nele o seu valor de troca, que se efetiva através das consultas, prescrições médicas e recomendações do uso. Essas, por sua vez, se fazem amparadas “cientificamente” com base nos “referentes sociais” como já discutimos. Ainda para Marx (2011),

uma mercadoria aparenta ser, à primeira vista, uma coisa óbvia, trivial. Sua análise resulta em que ela é uma coisa muito intrincada, plena de sutilezas metafísicas e melindres teológicos. Quando é valor de uso, nela não há nada de misterioso, quer eu a considere do ponto de vista de que satisfaz necessidades humanas por meio de suas propriedades, quer do ponto de vista de que ela só recebe essas propriedades como produto do trabalho humano (p.204).

Já sabemos, com base em Marx, o que é a mercadoria e que a mesma tem seu valor de uso por sua utilidade, o que produz um fetiche. No que trata o nosso estudo, trata-se de um “feitiço” que coloca a medicação no centro do processo de cuidar, adquirindo um sentido mágico, milagroso e de alienação, pois “a alienação da forma original da mercadoria se

⁵⁵“Mas nenhuma dessas drogas foi desenvolvida depois de os cientistas identificarem algum processo patológico ou anormalidade cerebral que pudesse causar esses sintomas. Elas provieram das pesquisas pós-Segunda Guerra Mundial para encontrar pílulas mágicas contra doenças infecciosas, quando os pesquisadores, durante esse processo, tropeçaram em compostos que afetavam o sistema nervoso central de maneira desconhecida” (WHITAKER, 2017, p.69).

consoma mediante a venda da mercadoria, isto é, no momento em que seu valor de uso atrai efetivamente o ouro que, em seu preço, era apenas representado” (MARX, 2011, p.246).

Para Franco e Merhy,

o usuário forma uma imagem que coloca no procedimento toda expectativa de ser cuidado e protegido, quando na realidade, este é um recurso limitado pois ele é apenas uma parte de um complexo processo produtivo da saúde e sua eficácia é dependente das muitas ações outras que são desenvolvidas em uma dada “linha do cuidado” que se processa no interior dos serviços de saúde e esta é determinada por processos sociais, técnicos e de subjetivação, sobretudo a capacidade em estabelecer relações interseçoras [sic] (2005, p.3).

Freitas e Amarante (2015) e Whitaker (2017) alertam para o que vêm chamando de uma verdadeira “epidemia das drogas psiquiátricas”, sendo considerado “um dos aspectos mais relevantes da medicalização do homem contemporâneo”, expressando “a aliança entre a medicina e a indústria farmacológica e que, ocorre, sobretudo, a partir da década de 1950” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p.33).

Até mesmo a abordagem psicossocial na saúde mental, também objeto da Reforma Psiquiátrica (RP), não consegue sozinha superar a hegemonia da abordagem medicamento-centrada, e vem sendo paulatinamente, não obstante os avanços da RP, secundarizada e tomada como complementar a terapêutica medicamentosa. Se bem que, conforme os discursos analisados, parece não haver uma terapêutica medicamentosa, mas um simples processo de busca da receita-consulta-dispensação da medicação, constituindo-se, dessa forma, como um ciclo do cuidado em saúde mental na ESF centrado, quase que exclusivamente, na medicação psicotrópica.

A abordagem para o cuidado em saúde mental na ESF, apresentada no intradiscorso dos profissionais **está imbricada com a medicação psicotrópica**, e permeada pelo interdiscorso biomédico/psiquiátrico (mesmo apresentando elementos de uma atenção psicossocial), criando efeitos de sentido do cuidado, produzidos sob formações discursivas, que impõem uma centralidade na medicalização (e especificamente do medicamento) - do processo de escuta da queixa à implementação da conduta -, e em particular, da “psiquiatrização/patologização”, usando a expressão de Freitas e Amarante (2015).

Ao retomarmos o estudo Brêda e Augusto (2001), realizado em Maceió/AL, afirmamos que em Arapiraca/AL, o cuidado em saúde mental na ESF vem sendo “medicalizado e fragmentado”, e a hospitalização sendo substituída pela “ambulatorialização”, que em síntese nos mostra que, de 2001 até os dias atuais, não houve grandes mudanças na abordagem dos profissionais às situações de saúde mental demandadas na ESF. Dito de outra forma, o sentido

do cuidado em saúde mental estaria representado pelo ato de diagnosticar e medicalizar ambulatorialmente.

Trazendo novamente o pensamento de Marx para nossa reflexão, a mercadoria-medicamento “Talvez [a mercadoria] seja o produto de um novo modo de trabalho, que se destina à satisfação de uma necessidade recém-surgida ou pretende ela própria engendrar uma nova necessidade” (p.243). Podemos então dizer que, no processo de medicalização da saúde mental, várias mercadorias-tratamento surgiram e foram substituídas por outras, até chegarmos ao ponto atual em que a mercadoria-medicamento é ponto central do cuidado em saúde mental, e chegou também à ESF.

Marx (2011, p.245) afirma que “o produto satisfaz hoje uma necessidade social. Amanhã é possível que ele seja total ou parcialmente deslocado por outro tipo de produto semelhante”. Esse deslocamento dos modos de lidar com a loucura/doença mental ocorreu com as formas de “tratamento” anteriores ao uso da medicação psicotrópica, ficando a pergunta: conseguiremos construir outras maneiras de cuidar da saúde mental das pessoas que não seja determinada hegemonicamente pela mercadoria-medicação? Pensamos que sim, mas que, para isso, faz-se necessário resgatar a radicalidade da Reforma Psiquiátrica (e da Reforma Sanitária), e mais que isso, é preciso haver uma tomada de consciência social a respeito das condições de produção da nossa própria existência enquanto humanidade.

Que possamos produzir um cuidado, cuja matéria prima seja a clínica (com altas doses de acolhimento, escuta qualificada, muito afeto, empatia e autonomia) para os seus consumidores que a ESF, a RAPS, todos que construíram e constroem a Reforma Psiquiátrica (e defendem sua luta e seu legado) e a Atenção Psicossocial possamos ser produtores e consumidores do cuidado efetivamente humano, que produza autonomia, liberdade, verdadeira qualidade de vida, e bem viver.

A seguir daremos continuidade às nossas análises tendo a formação e capacitação dos profissionais como eixo de análise.

6.3 FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PARA ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: aprender a classificar, aprender a controlar

Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo.

Michel Foucault, em *A ordem do discurso* (1970).

Tomamos para efeito da nossa análise uma perspectiva mais ampla da educação, não restrita apenas aos processos formativos regulares (graduação, p. ex.), a que todos e todas têm o direito, assim como temos o direito à saúde. Ambos os direitos sociais, garantidos na Constituição Federal de 1988, através de políticas construídas na luta social, como foi e ainda é o caso das reformas sanitária e psiquiátrica. Estamos tomando a educação como instrumento permanente de qualificação do sujeito para o trabalho, aqui particularmente, o trabalho em saúde, e na singularidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

De acordo com Foucault (2014b, p.62), “a formação regular do discurso pode integrar, sob certas condições e até certo ponto, os procedimentos de controle”, sendo o que acontece “quando uma disciplina toma forma e estatuto de discurso científico”, no caso em questão, a loucura e o sofrimento psíquico tomados como objeto das ciências médicas, que têm forte tendência, histórico e socialmente construída com a necessidade de se equiparar às ciências naturais.

Sabemos que o profissional que atua na ESF deve ter uma formação generalista, orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da Saúde, particularmente para os cursos de Enfermagem e Medicina, sendo “o parâmetro oficial para a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos” (CAVALCANTI, 2017, p.15) desses cursos, de modo que, “as atuais diretrizes se propõem a construir um perfil acadêmico e profissional sob uma orientação, a nosso ver específica” (Idem), visando a formação, no caso da Enfermagem, de um profissional enfermeiro “crítico reflexivo, dotado de habilidades e competências, cidadão e que promova as políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS)” (p.15), e na especificidade da APS/ESF, dar conta da diversidade das demandas em seu território de abrangência das eqSF. No entanto, para Cavalcanti (2017, p.15), posicionamento ao qual nos filiamos, as Diretrizes Curriculares Nacionais “atende[m] a uma forma específica de reprodução sociometabólica” do capital⁵⁶.

⁵⁶Para aprofundar a discussão acerca da formação e do trabalho dos profissionais enfermeiros/as, ver Cavalcanti (2017) *A formação em Enfermagem no Brasil e as imposições do capital em crise*, e mais recentemente, também do mesmo autor, *O discurso de formação das trabalhadoras enfermeiras no Brasil: a afirmação da farsa em sua*

Consideramos que os sujeitos do nosso estudo participaram de processos formativos em saúde mental ao longo de suas formações, desde a graduação, passando por cursos de pós graduação, até as experiências de educação continuada, permanente ou em serviço, já como profissionais da ESF. Foucault (2014b), em sua obra *A ordem do Discurso*, afirma que “todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo” (p.41), de modo que os processos educacionais/formativos não são neutros, assim como a ciência não é neutra, com seus modelos engendrados a partir das condições de produção dos discursos, suas formações ideológicas e discursivas.

No quadro a seguir, apresentamos os NDS identificados nos enunciados dos sujeitos, quando indagados se receberam ou recebem alguma formação para o cuidado em saúde mental na ESF.

Quadro 11 – Núcleos Discursivos Significantes: formação e capacitação profissional para abordagem da saúde mental na ESF.

Eixo de Análise	Núcleos Discursivos Significantes
<p>Saúde Mental na ESF: impressões, abordagem, formação/capacitação e o instituído.</p>	<p>Médicos: durante a graduação; preparado para o primeiro atendimento; atualizações e capacitações pontuais; educação continuada; carência de formação mais específica e direcionada.</p> <p>Enfermeiros: capacitações pontuais; reuniões sobre o tema; necessidade de capacitação; encontros de educação permanente</p>

A formação dos profissionais é condizente com uma FD de um ensino preponderantemente biomédico (sintomatologia, patologia, terapêutica medicamentosa, p. ex.), contendo também importantes elementos de um campo mais amplo que se aproxima de uma perspectiva da integralidade, envolvendo questões da saúde coletiva mesmo nos marcos dos DSS e com elementos jurídico-políticos das reformas sanitária e psiquiátrica. Esses elementos são basicamente a legislação, os princípios do SUS, organização e serviços das redes de atenção à saúde como a RAPS.

As sequências discursivas a seguir acompanham esse percurso:

negação (2020) fruto da sua tese de doutoramento. E ainda, *O processo de formação do enfermeiro brasileiro face às imposições do modelo neoliberal*, de Cavalcanti e Silva (2013). Nessas três obras os autores aprofundam questões da formação, do trabalho e da precarização desse último na contemporaneidade, sem deixar de analisar a constituição sócio histórica desses processos.

“Todo mês a gente [médicos da ESF] tem aulas com diversos temas, inclusive saúde mental. Vêm psiquiatras e eles nos dão aula” (**Paulo Honório**).

“Arapiraca tem um estímulo muito grande para os médicos em termos de educação. Todo mês chamam os médicos para atualização de algum assunto que seja necessário, **para gente aprender o fluxograma do município**. Chamam um profissional especializado para comentar. Esse ano [2019] eles fizeram uma parceria com o CRM [Conselho Regional de Medicina], teve uma jornada, veio o psiquiatra, veio o neurologista, foram abordados diversos temas que são pontos-chave da Atenção Primária. E nessas reuniões que a própria Secretaria de Saúde faz da educação continuada, se escolhe: cirurgia, a ginecologia, **às vezes o tema é saúde mental**” (**Madalena**, destaque nosso).

“Eu tive essa base na faculdade, **na graduação**, mas **só na graduação**. Pelo menos aqui no município **a gente tem uma educação continuada, que também abrange saúde mental**, não é só saúde mental, mas também abrange saúde mental, nós temos, os profissionais têm um grupo de WhatsApp com os psiquiatras porque aí facilita o encaminhamento” (**Glória**, destaque nosso).

“A gente faz alguns treinamentos, algumas capacitações, mas assim, nunca fiz nenhum curso nessa área não” (**Das Dores**).

Ora, mesmo havendo algum tipo de “capacitação” a respeito da saúde mental na ESF, essa “capacitação” além de formalista, é pontual e, digamos, conservadora na abordagem, pela interpelação do discurso médico-psiquiatra com todas as mediações contidas no discurso hegemônico na atenção em saúde mental. Processos formativos dessa natureza terminam “tratando a doença como um *dado* e não como um *produto*”, como disse Basaglia (2015, p.23), em que o central da capacitação é orientação e atualização com os especialistas, normalmente em torno dos transtornos mentais, dos tratamentos medicamentosos, do sistema de referência e contra referência, dos fluxos para encaminhamento dos usuários, e assim por diante. E em tempos (ou na Era) das redes sociais, os grupos de mensagens se transformam em uma potente ferramenta de comunicação entre os profissionais. É uma novidade do nosso tempo, exercendo um papel de apoio mais rápido e diretamente com o especialista (a um toque ou deslizar de tela), contrastando com o moroso e obsoleto “encaminhamento”, mesmo que esse seja o modo “oficial”, institucional, para referenciar o usuário aos outros níveis de atenção.

As SD dos profissionais enfermeiros não diferem dos enunciados apresentados pelos profissionais médicos:

“Não! Vez ou outra a gente tem capacitações. O CAPS já promoveu algumas atualizações, **tinha** um matriciamento que vinha à unidade esclarecer algumas situações. Então assim, a gente

tem, vou dizer que uma capacitação real, não. A gente tem algumas vezes **reuniões que esclarecem o fluxo** e tal. Específico de saúde mental, não” (**Fabiano**, destaque nosso).

“os enfermeiros e médicos deveriam ser capacitados nessa área também” (**Vitória**).

“Eu já participei **uma vez de um seminário relacionado à saúde mental**, principalmente para gente **entender a Rede, como referenciar o paciente**. Inclusive o CAPS também esteve aqui para fazer esse trabalho com a gente” (**Marina**, destaque nosso).

“Não, só os encontros que são marcados pela secretaria de saúde que existe a Educação Permanente, uma vez por mês com todos os enfermeiros. Através desses encontros sempre surgem assim, saúde mental e a abrange várias áreas: saúde da mulher, saúde mental, saúde do idoso” (**Luísa**).

Em grande medida, a formação dos profissionais da ESF (a educação continuada/em serviço) posterior à graduação, limita-se basicamente às áreas prioritárias do Ministério da Saúde (MS), com ênfase nas condições/doenças crônicas (HAS, DM, por exemplo), doenças endêmicas, epidêmicas/surtos, e grupos etários prioritários (crianças, gestantes, adultos e idosos, com certa preocupação com planejamento familiar, saúde da mulher, prevenção do câncer de mama e colo uterino), ficando a saúde mental sendo “percebida” como transversal em toda a assistência, porém essa dita “transversalidade” da saúde mental termina por ser sinônimo de “encaminhamento” para outro serviço ou profissional e, sendo passível de considerarmos uma negligência institucional.

Conforme Amarante (2015b, p.69), “os sujeitos que trabalham em saúde mental poderiam receber, em sua formação, reflexões mais amplas, mais problematizadoras, sobre a complexidade da experiência humana”, mesmo posteriormente a graduação, nos processos formativos voltados aos profissionais da ESF.

Ao trazerem a “bagagem” de conhecimentos da graduação, os profissionais não se sentem tão seguros, se compararmos a outras áreas também específicas. As possibilidades de ampliação dos seus conhecimentos não ocorrem nos momentos pontuais de “formações” (entre aspas mesmo) e a relação formação-assistência a partir das iniciativas oportunizadas/oferecidas pela gestão municipal (SMS, Coordenação da APS, RAPS) se mostra insuficiente para “capacitar” os profissionais para uma efetiva intervenção psicossocial em seus territórios, sobretudo, quando não há as equipes do NASF para apoiar o trabalho das eqSF, o que prejudica iniciativas como o Matriciamento.

No estudo de Matias, Riscado e Oliveira (*no prelo*), foi analisado o processo ensino-aprendizagem em saúde mental em duas instituições públicas de ensino superior de Alagoas,

identificando ferramentas e metodologias utilizadas pelos docentes desses cursos. Os autores concluíram que nessas instituições, o ensino tem sido pautado por estratégias que buscam formar o discente na perspectiva da Política Nacional de Saúde mental, nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira e procuram articular conhecimentos tanto do campo psiquiátrico quanto do campo da atenção psicossocial. Por sua vez, Villela et al. (2013) investigaram o ensino de saúde mental na graduação e na análise dos currículos encontraram prioritariamente conteúdos sobre a história da psiquiatria, políticas de saúde, doenças/transtornos mentais e redes de apoio.

Para Luckesi (2007), a educação se constituirá enquanto possibilidade transformadora da sociedade ao incorporar pressupostos e conceitos que fundamentem seus trajetos, transformando ideias pré-concebidas e pré-existentes, para reconstruí-las. No entanto, o filósofo húngaro István Mészáros (2008) em sua obra que *A educação para além do capital* afirma:

Poucos negariam hoje que os processos educacionais e os processos sociais mais abrangentes de reprodução estão intimamente ligados. Conseqüentemente, uma reformulação significativa da educação é inconcebível sem a correspondente transformação do quadro social no qual as práticas educacionais da sociedade deve cumprir as suas vitais e historicamente importantes funções de mudança (p.25).

Temos pleno acordo com o que Mészáros apresenta, e entendemos que todo e qualquer processo educativo/formativo, inclusive as modalidades de educação continuada/permanente ou em serviço, voltadas aos profissionais da ESF, não podem se omitir de abordar a problemática das questões/vulnerabilidades sociais e suas raízes, saindo da superficialidade, que às vezes parecem se limitar a atribuir tais problemáticas aos DSS, sem discutir suas reais determinações sociais.

Entendemos que a seleção dos conteúdos programáticos a serem ensinados é de grande importância para que a formação se caracterize como ferramenta transformadora da *práxis* dos profissionais, necessitando de pressupostos e conceitos do campo da Saúde Mental que fundamentem e orientem os seus caminhos. Para Villela et al. (2013), o currículo que privilegia o ensino centrado na doença e que predominou, e ainda predomina, no mundo, é um modo de conceber a saúde mental no qual todo sofrimento psíquico é classificado e “enquadrado” nos manuais diagnósticos e num modo de existir meramente biológico.

De acordo com Basaglia (2015, p.25), “operar visando à transformação, requer a ruptura da objetividade, o resgate da história, dos vínculos, das relações, a conquista dos direitos perdidos ou nunca garantidos; e, sobretudo, a recomposição da globalidade das necessidades”. Construir essa ruptura faz necessário, e resgatar a perspectiva mais profunda do ideário da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, sob a pena desses processos formativos serem mero

reprodutores de formações discursivas médico-psiquiatra, secundarizando outras questões que envolvem o cuidado.

Ao analisarmos os enunciados dos profissionais, observamos que as concepções e práticas do cuidado em saúde mental no âmbito da ESF são interpeladas por formações discursivas predominantemente do modelo biomédico, com alguma valorização do campo psicossocial, ainda que incipiente. Isto reforça a necessidade de alteração nos currículos da graduação dos cursos da área da saúde e, no ensino da Saúde Mental seja dado destaque também para outras abordagens no campo da atenção psicossocial, visto que as concepções do modelo psiquiátrico biológico são hegemônicas no ensino da graduação e nos processos formativos, como na educação continuada aos profissionais.

Concordamos com Amarante (2015b) quando considera que a formação dos trabalhadores em saúde mental (e aqui incluídos também os profissionais da APS/ESF) “precisa compor outras histórias epistemológicas, outras concepções de modelos de atenção, as histórias e trajetórias das experiências internacionais, para que seja possível saber avaliar serviços, sistemas e redes” (p.74). Para o referido autor,

atuar em redes, em territórios, em comunidades; construir redes não apenas de assistência psiquiátrica, ou de saúde mental, ou de atenção psicossocial, mas de saúde, de outros recursos e dispositivos públicos, sociais, etc. É preciso saber lidar com as famílias, mas não como “parentes”, como “cuidadores”, mas como agentes sociais, como sujeitos políticos (AMARANTE, 2015b, p.75, grifos do autor).

Algumas propostas apresentadas por Amarante (2015b), no sentido de uma formação em Saúde Mental, são dirigidas aos formuladores de políticas estatais e governamentais: “democratizar o apoio aos programas de formação”, com editais para cursos com multiprofissionais, transdisciplinares, “para programas que se voltem à formação em práticas territoriais e comunitárias” (p.76). O autor também questiona “por que não começarmos com programas de formação intensiva no território?”, já que a problemática envolvendo a saúde/doença mental e o sofrimento psíquico são de alta demanda na ESF, e sendo a APS/ESF a base do SUS, e estando a Saúde Mental como uma das áreas, ditas prioritárias da PNAB.

Entendemos, então, que é necessário alterar a maneira como os órgãos gestores do SUS, em particular da ESF e da RAPS, remodelando significativamente os processos formativos com os profissionais da rede de serviços⁵⁷, visto que os momentos disponibilizados para

⁵⁷Conforme a PNAB (2017) “XIX.- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as

“capacitação” dos profissionais se limitam a reuniões para conhecimento da rede, orientar os profissionais sobre o fluxo dos usuários e, esporadicamente são discutidos temas relacionados à Saúde Mental e mesmo assim restritos aos aspectos psicopatológicos, ou seja, reforçando ainda mais o modelo biomédico-psiquiátrico-biologicista e a medicalização do sofrimento psíquico.

Na PNAB de 2019, permanece ressaltado que as Unidades de Saúde da Família (USF), bem como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), “são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS” (BRASL, 2019, p.2). No entanto, salvo em raríssimas exceções e de forma pontual e descontínua, como dito pelos profissionais (e também silenciados, mas estando nos interdiscursos), essas unidades de saúde são muito pouco usadas para a formação/capacitação dos profissionais e equipes. Quando as equipes do NASF não são desmontadas e desestruturadas, esses momentos de capacitação das equipes aparecem com mais frequência.

Além do mais, é imprescindível que haja uma maior articulação e envolvimento dos profissionais dos demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS): Atenção Básica/ESF, RAPS, serviços ambulatoriais e hospitalares. Também, e principalmente, os processos formativos devem contar com educação em serviço que envolva toda a eqSF e a comunidade (usuários, familiares, lideranças comunitárias etc.) para a ampliação do conhecimento e alteração das práxis profissional medicalizante, como pudemos analisar nos discursos e que se mostram dominantes, tanto no ensino como nas práticas dos profissionais.

6.4 O *INSTITUÍDO* como norma, recomendação, orientação

Ao optarmos pelo uso do termo *instituído* estamos nos referimos ao que existe de formalizado pela gestão local do SUS ou mesmo pelas recomendações, documentos oficiais, orientações, protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas oriundos do Ministério da Saúde e secretarias estadual e municipal de saúde. Dessa forma, é preciso não confundirmos com a institucionalização da pessoa em sofrimento psíquico ou com uma “doença” mental, como

práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores” (BRASIL, 2017, p.28).

ocorreu (e ainda ocorre) no período anterior a Reforma Psiquiátrica, que fez surgir o termo *desinstitucionalização*⁵⁸.

Numa perspectiva dialética, estamos aqui pensando não naquela instituição da loucura/doença mental objeto de crítica do movimento pela Reforma Psiquiátrica, que gerou a luta pela desinstitucionalização do louco/doente, mas em ferramentas/dispositivos que, num processo de organização e amplificação do trabalho em saúde e do cuidado em saúde mental na ESF, podem ser considerados potencializadores de uma atenção psicossocial de caráter emancipadora do sujeito, seja profissional ou usuário, sempre passível de avaliação, mudanças e melhorias das práticas de cuidado, e possibilidades de uma controle social por parte da população atendida.

Para Soalheiro e Martins (2017), “na saúde mental, o conceito de (des)institucionalização tem sido muito importante na construção de um novo modo de pensar e tratar o sofrimento psíquico e a experiência da loucura” (p.36), sendo essa uma palavra carregada de complexidade, que nesse campo é utilizada para designar “um conjunto de estratégias para desconstruir saberes e práticas que estariam institucionalizadas e produzindo novas institucionalizações” (Id.).

Através do “instituído”, buscamos conhecer o que existe para pensar o grau de institucionalização do cuidado em saúde mental na ESF e a partir desse ponto analisar aquilo que consideramos que deve ser institucionalizado ou não para melhorar o cuidado (protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, normas e rotinas, fluxo dos usuários na rede, entre outros), sendo assim um movimento dialético de tese-antítese-síntese.

Devemos atentar para o que Akerman e Feuerwerker (2009) afirmam acerca do trabalho em saúde, considerando que “o trabalho em saúde não é completamente controlável”, principalmente por que “se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização”, e por isso “ele está sujeito aos desígnios do trabalhador em questão” (p.177).

Cada trabalhador — e cada usuário — tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, ou de acordo com seus interesses (AKERMAN; FEUERWERKER, 2009, p.177).

Essa noção de uma incontornabilidade total, no sentido do não aprisionamento, do trabalho em saúde, para Merhy (2007) se assemelha ao trabalho em educação, por ser centrado no “trabalho vivo” e “não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto” (p.48).

⁵⁸Ver: *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*, organizado por Pinheiro, Guljor, Gomes e Mattos (2007).

No quadro seguinte, apresentamos os NDS do que os profissionais enunciam como instituído.

Quadro 12 – Núcleos Discursivos Significantes: o instituído para a saúde mental na ESF.

Eixo de Análise	Núcleos Discursivos Significantes
Saúde Mental na ESF: impressões, abordagem, formação/capacitação e o instituído .	Médicos: fluxograma; encaminhamento; ficha; grupo de whatsapp; ausência de protocolo clínico; Enfermeiros: encaminhamento; referência e contrareferência; “papelinho de encaminhamento”, fluxograma; ausência de protocolo; fluxos internos;

A partir dos NDS, apresentamos as SD pelos profissionais.

“Tem um protocolo, o protocolo aqui do município. A gente não pode medicar. A gente pode fazer uma hipótese diagnóstica para encaminhar ao psiquiatra, mas a gente não pode fechar diagnóstico, a gente pode ter uma hipótese, se for algo sobre pensão, ou alguma doença psiquiátrica, encaminhado automaticamente para o psiquiatra” (**Paulo Honório**).

A SD acima expõe as contradições constitutivas no/do discurso. Uma primeira contradição se refere à existência de um protocolo municipal, o que não foi constatado em outros discursos, demonstrando desconhecimento ou confusão entre o que seja um protocolo clínico, por exemplo, e uma normatização de caráter gerencial para organizar o fluxo do usuário na rede. Já a segunda contradição é a de que o profissional médico “não pode medicar”, quando não há esse impedimento ético-legal. Certamente, o profissional se refere à terapêutica (ou tratamento) farmacológica singular da psiquiatria, que a partir da classificação diagnóstica se inicia a medicação psicotrópica, preferindo assim encaminhar ao especialista para que faça tanto a confirmação diagnóstica quanto o tratamento psiquiátrico.

A SD também aponta para um *não-dito* que é a insegurança do profissional em iniciar a terapêutica medicamentosa, demonstrando que, mesmo a formação/capacitação dos profissionais sendo interpelada pela formação discursiva biomédica-psiquiátrica, mostra-se insuficiente para que esse profissional se sinta seguro e confiante para prescrever o uso da medicação. Não obstante, esse mesmo profissional ter enunciado em outros momentos que “a gente passa”, “mantém as medicações”. No vocabulário médico, “manter” a medicação é prescrever ou transcrevê-la, para que o usuário possa ter acesso, seja através do fornecimento pela rede pública ou por compra direta feita pelo usuário/familiar em farmácias e drogarias privadas. Entretanto, a SD a seguir reforça a medicalização dos comportamentos e sofrimentos, vejamos:

“Faz a anamnese, tenta diagnosticar que tipo de doença a pessoa tem. **E sendo uma doença tipo, esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão, aí imediatamente, que é protocolo, você manda para o especialista**” (Paulo Honório, destaque nosso).

Quando se trata de uma sintomatologia que pode indicar um adoecimento (ou mesmo uma doença “já instalada”) e que, necessariamente, numa abordagem médica e psiquiátrica tradicional, ou biologicista, o profissional não se sente seguro ou habilitado para iniciar a terapêutica medicamentosa, ao tempo em que não “sendo uma doença” (Paulo Honório) o profissional não se sente constrangido, não enuncia insegurança ou qualquer dilema em medicar aquilo que não é da ordem (a princípio) do orgânico/biológico/físico: “a gente passa”, “mantém as medicações”. Aqui é evidenciado o “equivoco” no discurso biomédico. Silva (2015, p.72) entende que “a contradição está posta de modo constitutivo no discurso, e se coloca no lapso, na falha”. Nas palavras de Orlandi, “como a linguagem tem uma relação necessária com os sentidos e, pois, com a interpretação, ela é sempre passível de equivoco. Dito de outro modo, os sentidos não se fecham, não são evidentes, embora pareçam ser. Além disso, eles jogam com a ausência, com os sentidos do não-sentido” (ORLANDI, 2007, p.9).

É através do lapso acima apontado que podemos afirmar os limites do modelo biomédico-psiquiátrico para atender às reais necessidades (e não às socialmente construídas) humanas, verdadeiramente humanas. O discurso aqui analisado e os sentidos daí produzidos são a expressão contemporânea da medicalização do social, nos termos já discutidos nesse trabalho. Repetindo: não há dificuldade em prescrever medicamento para a “não doença”, mas não convém prescrever a medicação psicotrópica para “a doença” e para o doente. Isso ratifica o que vimos analisando e corrobora o estudo de Soalheiro et al. (2016), realizado no município do Rio de Janeiro, nos territórios de Manginhos e Complexo do Alemão. Conforme os referidos autores,

devemos sempre considerar o fato de que, na nossa sociedade, haveria uma exigência de bem-estar constante que procura evitar a qualquer custo uma visão da dor e do sofrimento associados às adversidades da existência. Pelo contrário, há uma difusão da medicalização dos comportamentos aderida a uma crença quase absoluta em um certo discurso técnico/científico que faz propaganda enganosa de substâncias que prometem muito, desde a tão desejada perda de peso até uma felicidade plena. Assim, o discurso medicalizante assume enormes proporções, difundindo a expectativa de que comportamentos e acontecimentos da vida que trazem sofrimento agora seriam passíveis de tratamento, cura e prevenção (SOALHEIRO et al., 2016, p.158).

Os profissionais da ESF precisam atentar para o fato de que, “muitas pessoas chegam aos serviços da Atenção Básica com queixas de sintomas (...) para os quais não encontramos

explicação médica” (BRASIL, 2013, p.141), e essas queixas podem ser muito constantes e persistentes, levando o profissional a um enorme esforço para tentar classificar/diagnosticar a “doença” existente por trás do quadro sintomático. Diante de situações dessa natureza, a recomendação do Ministério da Saúde é a de acolher a pessoa em seu sofrimento, buscando alternativas ao alívio em conjunto, profissional/equipe e usuário/família.

Contudo, talvez o que exista por trás de tais queixas seja um sofrimento muito grande. E a pessoa que sofre não está conseguindo associar a sua situação de sofrimento aos sintomas que está produzindo. Nesse sentido, cabe ao profissional da Atenção Básica trabalhar no sentido de ajudar a pessoa a perceber que existe o sofrimento – que muitas vezes não é nem mesmo reconhecido por ela – e acolher esse sofrimento com uma postura de empatia e solidariedade, construindo em conjunto com a pessoa um projeto simples que vise ao cuidado da pessoa em sofrimento (BRASIL, 2013, p.141).

Num primeiro momento, a “recomendação”, digamos institucional, não é a abordagem medicamentosa, e sim numa perspectiva psicossocial, compreendendo que o órgão de gestão nacional do SUS é o Ministério e que os demais níveis de gestão do sistema de saúde têm a autonomia de acatar ou não, e até mesmo de produzir suas próprias normas. Esse documento do Ministério da Saúde, o Caderno de Atenção Básica nº 34, voltado à atenção em saúde mental na ESF pode ser um modelo para construção de ferramentas municipais, adaptado às realidades locais.

Retornando ao enunciado apresentado pelo médico da ESF nas SD, é possível analisar que uma das facetas do fenômeno da medicalização social parecer ser propriamente esse, medicar inclusive aquilo que não é para ser, *a priori*, medicado. E assim, a medicação psicotrópica em sua forma-mercadoria amplia ainda mais seu mercado consumidor, expandindo o mercado da psiquiatria e da indústria farmacêutica de forma ilimitada, “na medicação em que são inúmeras as experiências humanas que podem ser convertidas em doenças mentais” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p.105).

Chama a atenção o fato de que o profissional médico (**Paulo Honório**), apesar da interpelação do discurso psiquiátrico, foi o único entre os profissionais médicos que enfatizou a necessidade de uma interação com outros profissionais, como psicólogos, e outras terapêuticas além do medicamentoso.

“Eu acho que seria necessário, em cada unidade, ter psicólogo para responder a sua área. A gente precisa de uma associação entre um acompanhamento psiquiátrico e um acompanhamento psicoterapêutico” (**Paulo Honório**).

Nessa SD é demonstrado que há espaço para a produção de outros dizeres, de outras formações discursivas (FD), para além das formações discursivas biomédicas-psiquiátricas, abrindo espaço para formações discursivas da atenção psicossocial. A centralidade na formação discursiva da psiquiatria biologicista (biomédica-psiquiátrica) pode ser considerada como uma memória discursiva estabilizada. Amaral (2005, p.34, apud SILVA, 2015) afirma que

a estabilização da memória discursiva no interior das FD não implica, no entanto, uma permanência de seus elementos constitutivos (como o já-dito, o pré-construído), mas está sempre sujeita aos processos discursivos de outras FD, o que possibilita a “produção de novos sentidos atribuídos a uma palavra em relação aos sentidos já existentes, constituindo-se uma inesgotável relação entre discursos que representam uma ou mais formações ideológicas (p.122).

Podemos inferir que toda FD é um território discursivo em disputa e que elas não são estáticas. No entanto, precisa haver tensão para que o sujeito possa movimentar-se de uma FD a outra. No caso da nossa pesquisa, esse movimento se dá no questionamento do próprio modelo biomédico-psiquiátrico, de modo que haja um deslocamento dos sentidos (e da práxis) para o modo psicossocial. Ainda sobre as SD em análise, é possível inferir que, “apesar de instaurar uma nova posição-sujeito” (SILVA, 2015, p.122), o profissional não foi capaz de romper, ainda, com a formação discursiva dominante, como é constatado na sequência abaixo:

“As vezes falta medicação ou não tem a medicação ideal. A gente passa, mas quando o paciente precisa de uma medicação, muitas vezes não tem, ou quando tem não é a quantidade necessária”
(**Paulo Honório**).

Considerando toda a complexidade do processo de Reforma Psiquiátrica e a incorporação de novos saberes, dos dispositivos da RAPS, e da organização da APS/ESF, observamos que há uma “convivência” contraditória das duas formações discursiva (psiquiátrica e psicossocial), logicamente predominando a FD psiquiátrica. Mas, devemos atentar para a possibilidade, caso o processo da Reforma Psiquiátrica seja estagnado, de o modelo psiquiátrico e sua vertente mais medicalizadora se ampliar ainda mais, e o modo psicossocial ser mantido sempre secundarizado, como uma abordagem complementar, supletiva. O que parece ser a discursividade apresentada pelo profissional ao propor, “associação entre um acompanhamento psiquiátrico e um acompanhamento psicoterapêutico”
(**Paulo Honório**).

Vejamos outras SD acerca do que consideramos como “instituído”.

“A gente recebe, às vezes, o fluxograma nessas reuniões. As vezes, nessas reuniões de capacitação, quando se aborda, por exemplo, a saúde mental, eles já dão um **fluxogramazinho** para você ter um maior conhecimento da rede local” (**Madalena**).

“A gente meio que fica tendo conhecimento do serviço. E aqui tem o CAPS que dar acompanhamento a esses pacientes, dependendo da patologia, ele é acompanhado dentro desses CAPS. Mas, eu não tenho muita dificuldade em relação a encaminhamentos internos em termos de saúde mental. Nunca precisei me desesperar por causa de um paciente estar desassistido ou violento e não resolvera. Esses encaminhamentos, esse fluxograma interno pra aquele paciente que tá precisando, tá funcionando” (**Madalena**).

Dentro do que é instituído, principalmente em termos de sistema de referência não se tem “muita dificuldade”, até porque o CAPS é um serviço aberto, de base territorial e comunitária (apesar de existirem apenas 2 CAPS no município), dispositivo estruturante da RAPS, conquista do processo de reforma psiquiátrica e mantém essa articulação com a APS/ESF.

“Todo um encaminhamento segue um padrão de uma folha que tem aqui, é a ficha de encaminhamento que a gente faz para fazer a referência e a contra referência. E tem um grupo de WhatsApp com os psiquiatras, porque aí facilita o encaminhamento” (**Glória**).

Não instituído formalmente, o grupo de WhatsApp cumpre esse papel dentro de uma informalidade resolutiva, ou seja, que se demonstra mais eficaz do que o que há de formal. Mas o que existe de instituído, ficha de encaminhamento, não se mostra eficaz o suficiente, aumentando filas de esperas, sem retorno por parte dos serviços especializados, sujeito a interferências políticas e favoritismos pessoais, por exemplo.

A SD a seguir desvenda o “instituído” na realidade do município:

“A gente usa muito os grupos de WhatsApp. Então um manda mensagem para o outro e todo mundo se junta e todo mundo se ajuda, aqui a gente não está tendo problema em relação à saúde mental não” (**Das Dores**).

“O fluxo é apenas para os encaminhamentos. Tem a rede de referência que a gente sabe qual é: CRIA, e os CAPS AD e o CAPS Transtorno e a marcação é feita pelo sistema via internet, é o que nós temos. Mas assim, um protocolo de tratamento ainda não existe. Eu não conheço” (**Das Dores**).

Essas SD são autoexplicativas do “instituído” no/para o serviço, revelando também a importância dos meios de comunicação recentes, a informatização de procedimentos

administrativos menos burocratizados. A forma das coisas instituídas pode alterar rapidamente, mas é preciso atentar para o conteúdo, como: a ampliação das equipes, tanto nos serviços da RAPS como da ESF; incorporação de outras práticas e abordagens para além da terapêutica medicamentosa; implantação efetiva das equipes de matriciamento, como NASF e Apoio Matricial; entre outras que citaremos nas nossas recomendações.

Vejam os que enunciam os profissionais enfermeiros:

“A gente só faz o encaminhando se for para retorno, que é mais rápido, para o CRIA que recebe aqueles que já são acompanhados. Se for marcação para primeira vez tem que passar por avaliação médica, e se o médico achar por bem passa a medicação, e já tenta fazer um controle, uma intervenção e encaminha ao psiquiatra para uma avaliação contínua. Só diante de situações de urgências, é que encaminhamos ao CAPS, que a gente tem acesso direto. E em relação a protocolo medicamentoso não tem. Seguimos pela necessidade pelos psicotrópicos, aí vai da avaliação médica, a gente não tem um protocolo específico” (**Fabiano**).

“A gente não tem um fluxograma organizado de como direcionar esse paciente. Existe até um fluxo, mas a gente não tem a resposta que precisa. Existe o contato com o coordenador do CAPS, que a gente liga e encaminha, e existe o sistema de marcação, e tem aquele papelzinho de encaminhamento normal, que a gente conta a história do paciente e encaminha” (**Vitória**).

“recentemente eles vieram aqui e a gente pôde conversar e então houve uma integração melhor. Agora tem um grupo [de WhatsApp] que, quando tem esses pacientes de casos mais graves, a gente já entra em contato, eles recebem o paciente. A gente não tem problema não. Se a gente recebe um paciente muito grave, a gente se sentia de mãos atada. Existe o fluxograma, mas a demanda é enorme, então não é no tempo que a gente gostaria de resolver o problema do paciente” (**Marina**).

“um protocolo ou fluxo não existe. A orientação que temos é, quando identificado pode passar pela psicóloga como uma avaliação ou por mim, se a gente identificar passa pela médica e ela realiza a conduta, passa a medicação ou algum tratamento e dependendo do caso encaminha para psiquiatra” (**Luísa**).

“A gente tem alguns fluxos, mas eles não estão amarrados ainda em protocolos. Foi lançado há pouco tempo um guia de fluxos construído pelo município, mas esse guia não tem sido puxado, reforçado, foi divulgado em um dado momento, mas está esquecido. Então a gente não segue necessariamente esse fluxo, a gente constrói os nossos próprios fluxos dentro da unidade, então se tem uma situação de saúde mental, a gente construiu o fluxo para unidade: do acolhimento ao atendimento com o enfermeiro, médico ou assistente social, e direcionamento ao CRAS, CAPS, ao NASF, na psicologia, mas a gente estava sem a nossa psicóloga, que foi removida do NASF e a gente ficou quase dois anos sem psicólogo” (**João Valério**).

O que é evidenciado nas SD sobre o “instituído” é que, apesar da demanda crescente e preocupante, bem como das orientações e recomendações da PNAB e da RAPS visando a integração desses dois campos (atenção básica e saúde mental), não há uma indução consistente e efetiva que promova essa integração para além do que historicamente já acontece entre a ESF e os demais serviços, limitando-se ao tradicional e burocrático “encaminhamento”, com incorporação de outras estratégias de superação da lentidão e morosidade, infelizmente já costumeira nos serviços de saúde.

Um dispositivo potente para desenvolver e fortalecer as práticas de cuidado em saúde mental na ESF é especificamente o Apoio Matricial (AM). Por sua potencialidade, o AM pode contribuir consideravelmente para o cuidado, e a partir dele, porém independente dele, pode evoluir para a constituição de várias outras “ferramentas” que podem ser instituídas no contexto da ESF e da RAPS, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Tanto o AM quanto o PTS são “recomendações” do próprio Ministério da Saúde, no sentido de ampliação da clínica ou de uma “clínica ampliada”, nos termos discutidos por Campos (2009), e outrora incorporados pelo Ministério da Saúde em vários documentos e recomendações, conforme visto no Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 34 - Saúde Mental.

O exercício de uma clínica ampliada pressupõe a utilização de dispositivos como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), de maneira a deslocar-se do sintoma e da doença para o sofrimento e o contexto em que estes aparecem. A operacionalização da clínica ampliada e a utilização do PTS desvelam a dimensão do trabalho vivo e criativo em saúde, que não exclui, mas supera, com suas linhas de fuga, a lógica programática e a protocolização estereotipada das ações de saúde (BRASIL, 2013, p.55).

Alguns estudos (PAULON; NEVES, 2013; IGLESIAS; AVELLAR, 2014; GRYSCHER; PINTO, 2015; HIRDES, 2015) revelam que em muitos locais, o Apoio Matricial já é um dispositivo institucionalizado e uma prática instituída nos serviços e incorporada pelos profissionais, inclusive sendo realizado com equipes próprias para tal função, além da própria equipe do NASF, que dá apoio às equipes de SF em diversas ações e não apenas na Saúde Mental.

No município de Arapiraca, a presença de profissionais psicólogos e assistentes sociais é uma realidade desde a implantação do então PSF, mesmo que não em todas as UBS e apesar de realizarem o atendimento clínico e individual, não trabalham na perspectiva do matriciamento, atuando como um suporte junto às eqSF, além das equipes do NASF (quando há).

Apesar da existência do Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 34 - Saúde Mental, publicado pelo Ministério da Saúde em 2013, o mesmo não foi mencionado pelos profissionais.

Por ser uma publicação governamental, o referido CAB tem suas limitações, no entanto, demonstra uma intencionalidade do governo e da gestão ministerial da época em aprimorar o trabalho das eqSF na interface com o cuidado em saúde mental no território, entendendo que “a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica” (BRASIL, 2013, p.11).

O Caderno de Atenção Básica para Saúde Mental⁵⁹ apresenta e discute alguns elementos que consideramos essenciais para, digamos, começar a pautar a temática com mais frequência pelos profissionais e equipes, além de colocar a Saúde Mental na agenda de trabalho no cotidiano das eqSF, discutindo questões como: “as principais demandas em saúde mental, os fatores de proteção e de risco em saúde mental, os planos de intervenção e os métodos de acompanhamento dos casos”, na intenção de “exemplificar possibilidades de atuação para as equipes e profissionais de Saúde da Atenção Básica” (p.11).

Mesmo não tendo formação e capacitação específica para atuar na Saúde Mental, nem ao menos atentarem às recomendações contidas no CAB, e interpeladas pelo interdiscurso dos DSS, é sabido que as eqSF não intervêm diretamente nos determinantes sociais da saúde (muito menos nas determinações mais profundas), mas através do NASF (quando há) e da relação com os CAPS, da Assistência Social (CRAS, CREAS), entre outras articulações intersetoriais possíveis no território (Justiça – MP; Conselho Tutelar; segurança pública – PM; Bombeiros), os profissionais com suas equipes buscam iniciativas necessárias para essa intervenção, porém limitadas do ponto de vista da resolução efetiva das problemáticas encontradas nas famílias e na comunidade.

Faz-se necessário acentuar que a instituição de normas, recomendações ou orientações, formalizando e regulamentando ações, procedimentos, encaminhamentos, protocolos e diretrizes terapêuticas, enfim, criando o que chamamos de “instituído”, pode ser um elemento de qualificação da prática profissional, sobretudo, se esse “instituído” for construído democraticamente e coletivamente, num processo que envolva os gestores e gerentes do SUS, os profissionais e trabalhadores, as redes de atenção à saúde, as entidades representativas de classe (associações e sindicatos dos trabalhadores, por ex.) e conselhos profissionais (COREn,

⁵⁹Ao atentar para ações de saúde mental que possam ser realizadas no próprio contexto do território das equipes, pretendemos chamar a atenção para o fato de que a saúde mental não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de Saúde. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013).

CRM, por ex.), instância do Controle Social (Conselhos de Saúde), instituições de ensino como escolas técnicas da saúde, faculdades, Universidades, além dos principais interessados na melhoria da atenção à saúde e no cuidado em saúde mental que são os usuários, familiares e comunidade (associação de moradores, fóruns de usuários, movimentos sociais da saúde e da saúde mental, etc.), contanto que o usuário e o profissional/trabalhador tenha voz nesse processo, e mais ainda, que sua voz seja ouvida e respeitada.

Logicamente que aqui nos referimos à construção coletiva e democrática do “instituído” chamando os atores aqui citados para essa construção, mas não necessariamente tudo que for ser instituído precisaria convocar todos, cabendo o bom senso, bem como evitar o “democratismo” ou mesmo a participação de muitos, mas de forma meramente figurativa. Então, consideramos que as “coisas instituídas” podem tanto servir para melhorar a qualidade da assistência à saúde de forma geral, como o cuidado em saúde mental na ESF em particular, quando favorecer a participação popular e o controle social das políticas e programas de saúde/saúde mental, e também um maior envolvimento responsabilização dos profissionais e eqSF.

O “instituído” também pode ser um instrumento de avaliação das práticas e dos serviços, podendo ser constantemente monitorado e periodicamente avaliado, o que pode evitar certa acomodação e um aprisionamento das práticas ao próprio instituído, ou cair num formalismo e burocratismo do cuidado. Referindo-nos aqui ao “instituído” enquanto um elemento gerencial e do cuidado, para não ser confundido com a normatização no sentido do controle exercido através dos Aparelhos Ideológicos do Estado (AIE), nos termos althusserianos.

Ao analisar os eixos do nosso estudo, através dos intradiscursos (o dito) e dos interdiscursos (o não-dito, mas sempre lá), consideramos o intradiscurso como “um efeito do interdiscurso sobre ele mesmo” (CAVALCANTI, 2020, p.52), enquanto pressuposto à interpretação. De fato, “a interpretação está presente em toda e qualquer manifestação da linguagem. Não há sentido sem interpretação. (...) os sentidos não se fecham, não são evidentes, embora pareçam ser. Além disso, eles jogam com a ausência, com os sentidos do não-sentido” (ORLANDI, 2007, p.9). Ainda para Orlandi (2007), “o gesto da interpretação se dá porque o espaço simbólico é marcado pela incompletude, pela relação com o silêncio. A interpretação é o vestígio do possível. É o lugar próprio da ideologia e é ‘materializada’ pela história” (p.18, grifo da autora).

A partir de agora, passamos a expor, de forma mais descritiva⁶⁰, o que os profissionais consideram como fatores potencializadores e aquilo que eles consideram com limitadores do cuidado em saúde mental na ESF, e finalizamos com o que consideram como um “cuidado adequado” e apresentamos as suas recomendações.

6.5 POTENCIALIDADES e LIMITAÇÕES para o cuidado em saúde mental na ESF

Ao serem indagados acerca do que consideram como potencialidades e limitações para o cuidado em saúde mental na ESF, os profissionais enunciaram, ora certa indignação imposta pelas condições de trabalho, ora certo orgulho dos colegas de trabalho, da equipe. Por condições de trabalho, referimos desde a disponibilidade de um transporte para as equipes realizarem visitas domiciliares, passando por falta de medicações, rotatividade dos profissionais do NASF, inexistência de Apoio Matricial (apesar do município já ter iniciado em momentos anteriores), morosidade nos sistemas de referência e contrarreferência, ausência de capacitação aos profissionais da ESF, falta de apoio da gestão, entre outros que veremos nos enunciados apresentados pelo sujeitos da pesquisa.

6.5.1 Potencialidades

Vejamos o que os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família, consideram como fatores potencializadores desse cuidado, no sentido de fortalecer suas práticas:

“O que fortalece? Sinceramente?!?! Eu acredito que pouca coisa, só basicamente, os profissionais que atuam, somente, que se dedicam e que tem esse vínculo com a comunidade”
(Paulo Honório).

Para esse profissional, a atuação dos profissionais e o vínculo que mantém com a comunidade são os fatores que fortalecem o cuidado, demonstrando a capilaridade da ESF e a apropriação dos seus princípios e atributos pelos profissionais e equipes, seguindo o que diz a PNAB, ao definir o que é uma “População Adstrita”, alvo de intervenções das equipes de Saúde da Família. De acordo com a PNAB, essa é a população que está

⁶⁰Apresentamos os enunciados dos sujeitos de maneira descritiva, logo, sem aprofundar nos Núcleos Discursivos Significantes (NDS), por considerarmos que o pressuposto central do estudo foi discutido e confirmado nas análises dos NDS e das SD analisadas até este ponto do nosso estudo.

presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado (BRASIL, 2019, p.23).

“Eu acho que **os grupos, se a gente conseguir organizar**, como o CAPS realiza, favorece um trabalho multidisciplinar, envolvendo outros profissionais, e é uma coisa que poderia ser feita também *in loco*, aqui no posto. Não precisava o paciente ir ao CAPS para ter uma atividade multidisciplinar e grupal que ajude na interação social e que a gente sabe que é importantíssimo para o bem estar do paciente. Isso poderia acontecer às vezes em grupos, seja dentro da unidade, se tiver espaço, seja uma igreja, uma associação, onde a gente se aproxime e interaja com os familiares, que precisam também de um fortalecimento grande às vezes, de um apoio grande da gente. **Eu acho que esses grupos, existindo dentro da unidade, seria uma atividade muito fortalecedora da saúde mental.** Outra coisa que fortalece é **esse momento que eu reservo para essas pessoas**, dando acesso, é um momento que realmente eles têm direito e é mais fácil remarcação. **Eu tô facilitando a entrada dentro do posto reservando aquele horário pra eles.** Eu acho que ajuda bastante. Então assim, o paciente não fica muito tempo lá naquela patologia descompensada, ou no início da doença dele, que às vezes não teve diagnóstico, fica sofrendo. A gente tenta pegar logo esse paciente e **tem um horário específico** pra tentar abarcar eles, às vezes a gente consegue priorizar melhor o paciente que vem naquele dia, o paciente que não gosta de ficar em público porque não gosta de esperar” (Madalena, destaque nosso).

A extensão desse enunciado, constituindo como um relato, foi proposital para conhecermos um pouco mais daquilo que já deveria ser rotina nos serviços de Atenção Básica, com ou sem ESF, no entanto, a fragmentação geral e compartimentação do cuidado em saúde em áreas específicas, além da ausência de formações ofertada aos profissionais, contribuem para que o grupo e o “dia de saúde mental” tornem-se novidades na equipe, acionadas mediante a alta demanda. Não apenas a demanda leva os profissionais e equipe a incluir as ações de saúde mental em suas rotinas de trabalho, mas de forma mais ampla, consideramos que o próprio processo de Reforma Psiquiátrica e a instituição da RAPS vem despertando o interesse e a necessidade dos profissionais em prestar um cuidado em saúde mental em seu território, mesmo que essas ações não sejam estimuladas o quanto deveriam e estejam majoritariamente voltadas à medicalização (manutenção de medicações, com certo manejo; marcação de consultas com psiquiatras etc.).

“O que fortalece esse trabalho é o apoio desse grupo [de troca de mensagens]. Se vai ser preciso dar um socorro, precisar de uma opinião, você tem um profissional que você possa ligar, que você possa fazer um encaminhamento de urgência para atender necessidade de um paciente, eu acho que isso daí é o que fortalece, assim, a rede de atenção básica em relação a saúde mental. Esse apoio que fortalece, realmente ele é muito necessário. O NASF tinha a psicóloga e ela é muito importante, é uma pena que mesmo com o NASF, mesmo com o grupo de apoio ainda é

pouco para a quantidade de demanda que tem na unidade, é muita demanda para pouco profissional em relação a saúde mental” (**Glória**).

A presença do NASF e a constituição de grupos de “saúde mental” nas UBS denota que a ESF possui singularidades potencializadoras do cuidado, ao mesmo tempo em que a ausência do NASF e a inexistência de grupos se mostra como uma fragilidade. A ausência do NASF, mesmo que temporária, reforça que a conjuntura e contextos políticos influenciam sobremaneira o trabalho das equipes.

Em se tratando de uma equipe na qual, por iniciativa própria dos profissionais, tem grupo de usuários organizado e com funcionamento regular, a médica da UBS afirma:

“Nossa equipe é completa [eqSF], temos a presença do CRAS na comunidade, e que tem os psicólogos do CRAS e também tinha o NASF. Então é uma rede muito boa que a gente tem. Sempre, uma vez por mês a gente tem reunião de grupo, intersetorial, tudo bem amarradinho” (**Das Dores**).

A equipe de Saúde da Família da médica **Das Dores** e do enfermeiro **João Valério** incorporaram as ações de saúde mental em suas rotinas de trabalho, demonstrando a responsabilização e envolvimento de toda a equipe na complexidade do campo da “saúde mental”, além de buscarem desenvolver o grupo numa perspectiva intersetorial e multidisciplinar. Cabe lembrar que essa iniciativa partiu dos próprios profissionais, sem o devido apoio da gestão, mas em consonância com as recomendações das políticas de atenção básica e de saúde mental. É aqui que reside o caráter autônomo do trabalho na ESF, ou seja, a despeito de estímulos por parte da gestão, independente de ser instituída em normas, a equipe busca prestar o cuidado com base na realidade local, o que demonstra tanto um grau significativo de independência quando a apropriação dos princípios e diretrizes das políticas de saúde.

Ainda sobre as potencialidades expressas pelos profissionais, vejamos o que dizem os profissionais enfermeiros:

“tem um horário que a gente se reúne semanalmente para passar as situações, de um todo, mas cada uma queira dizer que sofre mais [risos], enfim, mas aí a gente se reúne, eu com os ACS, para discutir não só situações de saúde mental, mas referente a todos os problemas que a gente pode tentar intervir. Então a nossa potencialidade é a vontade, vontade de trabalhar e empenho que a gente tem” (**Fabiano**).

“Eu acho que a gente tem que trabalhar primeiro os nossos profissionais, porque muitos já estão assim no limite, principalmente os profissionais de saúde, com uma carga emocional muito

grande, que precisa ser trabalhado para eles estarem bem de saúde mental para poder cuidar dos outros. E capacitar! Capacitar todo mundo, desde agente de saúde à recepção” (**Vitória**).

As potencialidades referidas se amalgamam com as limitações e as dificuldades numa espécie de catarse, na qual ao se referir ao que há de positivo e potente remete-se àquilo que pode e deve ser melhorado.

“Eu acho que é o fortalece nosso trabalho é a **integração da equipe** e o **vínculo com a comunidade**, porque quando a gente se depara com um caso, a integração da equipe, de cada um ajudar, de ir atrás, pedir para o agente de saúde ir na casa, ver como o paciente está, se a medicação está fazendo efeito, se o paciente está melhor, e como está a convivência da família (**Marina**).

“Nós temos profissionais engajados, temos uma rede que é territorial, que existe mas precisa de ser fortalecida. Aqui na minha comunidade tem um grupo de pessoas que lutam pela saúde mental da nossa comunidade; tem muitas pessoas que estão favoráveis à causa, então isso é uma potencialidade” (**João Valério**).

A integração da equipe, o vínculo com a comunidade e os serviços de base comunitária (ESF, CAPS, CRAS) são potencialidades existentes no interior do território e, mesmo que atravessados por conjunturas políticas e contextos econômicos, havendo o “engajamento” das equipes, podem ser alteradas as estruturas engessadas (falta de apoio, deficiências logísticas, desmotivações, p. ex.) presentes em grande parte dos serviços, além do que, quando se pode contar com o envolvimento legítimo, consciente e coletivo da comunidade, acontece o fortalecimento do cuidado em saúde mental na ESF.

6.5.2 Limitações

Os profissionais médicos e enfermeiros reforçaram em seus enunciados a característica de um cuidado em saúde mental centrado na lógica psiquiátrica convencional, mesmo contanto com a presença do discurso psicossocial. Porém, o central no cuidado seria, para esses profissionais, o reforço na psiquiatria, numa evidente concepção de que os profissionais não se sentem seguros em desenvolver o cuidado em saúde mental de forma independente do saber especializado, seja da psiquiatria seja da psicologia.

“As dificuldades aqui são que às vezes falta medicação, não tem a medicação ideal. A gente tinha o NASF, mas foi tirado. Quando tinha o NASF era bom, tinha psicólogo, tinha terapia, a

terapeuta ocupacional. Hoje não tem, então [o usuário] vai para o CRIA e tem que esperar uma fila imensa. Eu não vejo essa integração muito fragmentada” (**Paulo Honório**).

“A limitação atual é porque a equipe está desassistida, e as urgências meio que pega o profissional para demandas urgentes e aí a gente sai um pouquinho dessa promoção que a gente poderia estar organizando, a promoção e prevenção. As atividades grupais meio que foram canceladas” (**Madalena**).

“Infelizmente nós temos muitas limitações. Eu acho que, como um todo, o município tem uma dificuldade em ter um *feedback* com o profissional psiquiatra, em todo o município tem poucos psiquiatras para uma demanda grande de pacientes e esse *feedback* de referência e contrarreferência, eu acho que é deficiente, acho que poderia ser melhor, para não ficar ninguém desassistido, poderia ser melhor” (**Glória**).

As limitações impostas por contextos políticos (retirada do NASF) e da organização das redes e serviços (falhas na referência e contrarreferência, grande demanda, insuficiência de medicações psicotrópicas, entre outras) emergem como sendo os principais obstáculos do cuidado para os médicos da ESF. Vejamos as limitações do ponto de vista dos profissionais enfermeiros:

“O que fortalece? Eu vou dizer o que enfraquece, justamente essa falta de profissionais que a gente poderia delegar essas atividades. Devido a nossa rotina, muitas vezes a gente precisa de um suporte. O CRAS para que chegue numa família que tenha um paciente com distúrbio, e que chegue junto e faça um trabalho, a gente não pode contar, infelizmente, aí tentamos intervir nessa situação e muitas vezes não dá, pela quantidade que a gente tem aqui, mas a gente tenta. Vontade a gente tem, a gente comunica” (**Fabiano**).

Ao ser indagado a respeito das “potencialidades”, o profissional enfermeiro já adiantou as dificuldades/limitações. Em tom de certa indignação e lamento, o desabafo do profissional é emblemático a respeito de como o cuidado em saúde mental é secundarizado, e por vezes o próprio profissional da ESF, além de não se achar competente para prestar esse cuidado, termina por tentar se desresponsabilizar dessa tarefa, delegando-a aqueles que ele considera com a competência para tal. Se em algumas unidades de saúde os profissionais contam e elogiam a articulação com outros setores, como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) do SUAS, que conta com psicólogos e assistentes sociais, em outras unidades, essa articulação parece ser inexpressiva, o que denota um caráter fragmentado e seletivo também das políticas do SUAS com as do SUS.

“As dificuldades que eu vejo seria o NASF [ausência], mas que a gente está esperando chegar. Porque haveria psicólogos e outros profissionais para organizar grupos de saúde mental e trabalhar melhor. E eu acho que o aumento de profissionais na rede especializada, tanto de psicólogos como de psiquiatras pra acompanhar esses pacientes, além da capacitação de todos os profissionais” (**Vitória**).

“Aqui na unidade eu não vejo muita dificuldade, assim, de receber ou de orientar o paciente, ou de fazer o atendimento necessário. Mas eu acho que a qualificação mesmo, **melhorar a qualificação profissional**. Com o NASF a gente tinha livre acesso, a hora que a gente precisasse. Eu acho que existe uma **escassez de profissionais para atender a demanda** que existe. Então acredito que nem eles conseguem dar suporte, não tem capacidade de atender a quantidade de pessoas que Arapiraca tem no momento em espera, porque a lista do CRIA que tem psiquiatra, psicólogo, é uma fila gigantesca. Da última vez, hoje o rapaz da marcação disse que tinha 100 pessoas em espera só daqui da unidade, mas há um uns meses atrás eram 500 pessoas que tinha em espera” (**Marina**, destaque nosso).

“Atualmente a gente está sem NASF e isso limita muito nosso trabalho. A grande quantidade de pacientes que fazem uso de psicotrópicos também limita. A população ser muito grande também é uma limitação” (**Luísa**).

A ausência do NASF agudizou as dificuldades na prestação do cuidado em saúde mental na ESF, conforme exposto em diversos enunciados, complementado pela baixa capacitação dos profissionais e equipes, e da elevada demanda socialmente construída, principalmente em busca da medicação psicotrópica.

6.6 RECOMENDAÇÕES para um “cuidado adequado”

Nas recomendações para aquilo que os profissionais consideram como um “cuidado adequado” à saúde mental a ser prestado pela ESF da sua população adstrita, os enunciados se entrelaçam com o que consideram potencialidades e dificuldades. Mais uma vez nos deteremos a apresentar descritivamente os enunciados, considerando que a opção por uma apresentação descritiva, nesse momento, se deve ao fato de considerarmos que os discursos analisados não se constituem como “dados” e sim no desafio do entrecruzamento de três caminhos: “o do acontecimento, o da estrutura e o da tensão entre descrição e interpretação na Análise de Discurso” (ORLANDI, 2015, p.9). Conforme Orlandi (2020), nessa forma de análise não se objetiva a exaustividade, que a autora chama de horizontal, “ou seja, em extensão, nem a completude ou a exaustividade em relação ao objeto empírico” (p.60). Ainda para a referida autora,

A exaustividade almejada – que chamamos vertical – deve ser considerada em relação aos objetivos da análise e à sua temática. Essa exaustividade vertical, em profundidade, leva a consequências teóricas relevantes e não trata os “dados” como meras ilustrações. Trata de “fatos” da linguagem com sua memória, sua espessura semântica, sua “materialidade linguístico-discursiva” (ORLANDI, 2020, p.61, grifos da autora).

Atentemos para as recomendações dos profissionais:

“Acho que deveria ter **mais profissionais trabalhando na psiquiatria**, com especialidades, por exemplo em **psiquiatria infantil**, a gente sente falta, e uma integração entre psiquiatria, CAPS, psicoterapeuta, uma maior integração, por que aqui é muito fragmentada. Psiquiatria, remédio e pronto, mas **não tem um acompanhamento dentro do sistema**, precisa de uma **terapia complementar que pode ser feito no CAPS ou em algum lugar**”. Acho que essa é a maior recomendação em termo de doenças psiquiátricas, que é ter uma integração, porque o trabalho não se resume apenas a remédio, o tratamento é um acompanhamento, também com a família e com outros profissionais, a medicação é apenas um dos tratamentos” (Médico, **Paulo Honório**).

“Eu acho que o cuidado adequado é você **reconhecer a patologia rápido**, porque a gente é porta de entrada. **Não podemos fechar as portas quando um paciente chega aqui chorando, ou pedindo a consulta**. A gente é porta de entrada. **A gente não pode retardar esse reconhecimento**. Então ter sensibilidade, ver se a gente pode fazer esses **diagnósticos diferenciais rápidos**, para ver se é mental ou se tem alguma patologia metabólica, infecciosa, e aí direcionar para não sobrecarregar, tanto o paciente como nós aqui. Porque a gente é que é a porta de entrada para receber essas pessoas, senão o psiquiatra só vai receber quando a pessoa tentar suicídio em casa. Se não vier pela gente só vai receber quando a pessoa deixou de se alimentar, perdeu vinte quilos, e algum familiar brigou com a pessoa, e por aí vai. “Primeiramente **melhorar a contrarreferência**, porque às vezes a gente encaminha um paciente por não saber lidar bem com a patologia dele, e não recebemos a contrarreferência, nem mandam nenhuma receita. E **implantar o matriciamento** também, assim o psiquiatra poderia vir aqui [na unidade] discutir os casos com a equipe, fazer uma comunicação melhor, às vezes no grupo ou com o matriciamento, discutir os casos mais importantes dentro da unidade” (Médica, **Madalena**).

“Eu acho que teria que fazer um esquema do paciente, para ter uma **revisão do tratamento medicamentoso periodicamente**, digamos assim, de 6 em 6 meses cada paciente deve passar por um profissional psiquiatra para ser reavaliado tanto o estado de saúde dele quanto as medicações em si, porque como tem uma demanda muito grande de paciente para poucos profissionais muita gente acaba usando por muito tempo com as mesmas medicações, a gente reavalia, mas às vezes a gente tem que voltar atrás. Então, a gente não pode fazer muita coisa em relação a isso, a gente tenta conversar ao máximo, tenta diminuir dosagem, tenta manejar, mas eu acho que um profissional psiquiatra seria bem importante se tivesse condições de,

periodicamente, marcar os pacientes um retorno com os especialistas, nisso a gente tem um déficit” (Médica, **Glória**).

“Fazer os **grupos de apoio também com os familiares**, além de tratar o paciente tratar também a família, por que a gente percebe que o adoecimento é da família, não é só de um paciente. O paciente com transtorno mental numa casa adoce a família inteira. Então falta isso ainda. E assim, eu no momento, não me sinto capacitada a tentar fazer isso, sabe? Precisaria estudar um pouquinho mais sobre esse assunto para entrar nessa área, porque você ver famílias aqui que são totalmente sem estrutura emocional nenhuma. Fortalecimento do vínculo da família com o paciente, com a comunidade, com a unidade. **Aumentar a oferta da psiquiatria** que ainda é pouca, **os ambulatórios de psiquiatria**, e melhorar também a questão da **psicologia**, que a gente fica buscando maneiras de resolver isso e não vem, porque cada dia é mais e mais e está aumentando o número de pessoas que precisam, o adoecimento mental está aumentando, e o mal do século é a doença, hoje são as doenças da alma. Seria uma valorização maior para as doenças mentais. Pensar com carinho maior nessa área, que ainda está muito relegada, deixada de lado” (Médica, **Das Dores**).

A médica **Das Dores** enfatiza a criação de grupos de apoio aos familiares tendo em vista que na UBS dela já é desenvolvido um grupo, permanente e regular, com os usuários de “saúde mental”, de modo que a equipe pretende avançar com a constituição de um grupo específico com as famílias. Essas recomendações, por mais “boa vontade” que tenham, circulam em torno ou no interior de modelo biomédico-psiquiátrico-medicamentoso, e expressam, a exemplo dos demais enunciados, as formações discursivas e ideológicas do “referencial científico-social” dos modos de cuidar em saúde tanto de forma geral quando a singularidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

Vejamos agora as recomendações dos profissionais enfermeiros:

“Primeiro a gente tinha que **mudar toda uma cultura, uma cultura de utilização de medicação**. Tem que ser uma coisa feita, uma meta a ser atingida. Segundo, a gente tem que ter um respaldo maior, mediante o poder público, para casos de violência e abandono, que temos muitos. O principal problema dos transtornos mentais é a condução, a condução dessa e o **apoio familiar**, e aqui é complicado, muitas vezes precisamos do poder público e não tivemos acesso, e quando tivemos com muito tempo depois, correndo o risco de haver um dano maior para esse paciente, então a gente fica sem uma avaliação, porque avaliar a gente avalia, mas a gente fica refém de muitas situações e de outros níveis, que poderiam está intervindo, como o Ministério Público, o CRAS, por exemplo, para que essa família, esse paciente tivesse um apoio maior. A gente tem uma situação de total abandono aqui. Então são tantos fatores, por exemplo, o CRAS e outros serviços deixarem de ser um “cabide de emprego”, que realmente **colocassem profissionais que de fato tivessem uma continuidade**. A gente até brinca aqui dizendo que “toda semana a gente tem um psicólogo diferente, e a gente ainda tem que fazer uns 10 relatórios, e aí eu pergunto: você estava aqui a semana passada? Não. Então toma aqui o relatório, na outra semana outro relatório” (Enfermeiro, **Fabiano**).

Essa recomendação do enfermeiro **Fabiano** usa da ironia ao falar de uma situação que a princípio pode ser engraçada, mas que representa uma tragédia (a tragédia da desarticulação das políticas públicas) de como os serviços públicos são usados para fins de garantir bases eleitorais, por exemplo, de modo a manter certos “feudos políticos” através da oferta de empregos que, de acordo com a conjuntura política local, regional ou até nacional, os profissionais são substituídos sem “aviso prévio”, abruptamente, prejudicando ações em andamento nos serviços e sobretudo aos usuários e famílias que tem suas vidas, dores e sofrimentos colocadas num jogo de poderes que não enxergam além dos interesses imediatos de seus mandatários.

“**Capacitação** para toda equipe e a **sensibilização desses profissionais** – tentar sensibilizar para um olhar mais cuidadoso e uma escuta qualificada, também para a demanda espontânea, porque às vezes eles vêm e querem uma prescrição de medicação, ou às vezes eles estão suscetíveis e querem só conversar, que não tivesse essa parte de cronograma, que tivesse uma porta de entrada para essa demanda espontânea: ele precisou, ele vem e é atendido, nem que fosse para uma escuta. Uma **organização do serviço** de melhor forma e que a gente pudesse contar com essa **referência** e tivesse a **contrarreferência**, o que a gente não tem – muitas vezes a gente manda, ele é atendido lá pelo psiquiatra, passa medicação, mas você não tem a contrarreferência para poder acompanhar mais de perto aqui na unidade” (Enfermeira, **Vitória**).

“Eu acho que o paciente de saúde mental necessita de uma **atenção maior**, porque hoje a saúde mental é uma área que demanda um maior cuidado, **uma maior estratégia, de uma rede consolidada, mais ferramentas, mais pessoas para poder atender**, porque existe a Rede, ela funciona, mas não tem muita gente para atender, não tem muitos profissionais capacitados para atender. Eu acho que para melhorar, seria necessário, principalmente, **formar grupo com os cuidadores, com os familiares** desses pacientes de saúde mental. Seria interessante. Inclusive a gente já pensa e agora estou pensando aqui em fazer um trabalho assim, com os cuidadores, com familiares e com os pacientes, um grupo que a gente pudesse conversar com todos. Eu sei que o atendimento deve ser individualizado, mas o atendimento em grupo também é muito importante, para debater algumas questões, conversar, interagir, ter atividades diferentes com eles, e não só a transcrição da medicação, porque acho que a saúde mental vai bem além disso” (Enfermeira, **Marina**).

“Seria necessário um **grupo específico na unidade**, um espaço reservado para eles, para trocar experiências e principalmente a participação de outros profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Eu acho que seria interessante inserir um terapeuta ocupacional, que nem o NASF tem, também seria interessante **inserir outros profissionais para atender melhor esses pacientes**. Eu recomendaria que pudesse **existir um turno de atendimento para os pacientes psiquiátricos**. A gente tentou implantar aqui, há algum tempo atrás, mas não deu

certo por causa do cronograma local mesmo, mas eu acho que seria interessante se eles passarem pela médica também, e terem um grupo mensal e que eles pudessem participar, para trocar ideias, desenvolver atividades que possam ajuda-los” (Enfermeira, **Luísa**).

“Hoje o que a gente precisa é de **pessoas qualificadas para acolher**, então eu acho que a palavra de ouro é o **acolhimento**. Se a gente acolhe, mesmo que a gente não faça nada, só por acolher por si só, a gente já dá uma resposta a esse usuário que é, muitas vezes, fragilizado. Então eu acho que esse é um ponto, e é importante. **A qualificação deve existir – individual, por categoria e por território**. Ela tem que acontecer, não adianta, eu sozinho não dou conta da minha comunidade; eu preciso que o meu território e minha equipe estejam falando a mesma língua comigo, e identifiquem os casos, e encaminhem os casos, a gente discute os casos juntos. Porque uma pessoa que sofre qualquer doença de ordem psíquica, não tem como ser trabalhada sozinha com a saúde; ela tem que ser trabalhada com a Assistência, com a Educação, ela precisa ser trabalhada com a própria família. Então ainda é um caminho que a gente precisa ter. Para a gente cuidar, a gente precisa disso: acolher e ouvir, ter a escuta ativa, ouvir e direcionar para aquilo que a gente tem na Rede, porque só em ouvir já estamos cuidando. A gente precisa do apoio multi, inter, transdisciplinar. A política precisa ser fortalecida em âmbito nacional. Precisamos de um **investimento para dentro das Unidades de Saúde da Família**. A equipe “mínima” tem que **avançar para uma equipe multiprofissional** com mais profissionais que possam acolher, porque a rede é muito pequena. Precisa **fortalecer os programas e as iniciativas exitosas** para que mais profissionais possam ter acesso à qualificação e ter acesso a outras formas de acolher. É preciso fortalecer a RAPS – ela não está fortalecida ainda, a gente não tem centros como a gente imagina. A gente ainda não conseguiu eliminar os manicômios, a gente precisa reduzir, a gente precisa fortalecer as residências terapêuticas. Precisamos ter **CAPS em quantidade suficiente**. A gente precisa de um financiamento específico para Atenção Básica e, dentro desse financiamento deve está englobada a questão da saúde mental, suas ações” (Enfermeiro, **João Valério**).

Por fim, nos chamou a atenção a recomendação do enfermeiro **João Valério**:

“Aqui temos um CRAS, a comunidade possui uma creche, uma escola, tem uns projetos do Pró-Jovem, serviço de convivência e temos vínculos com a comunidade. Então assim, a gente precisa fortalecer isso porque ter isso já é uma potencialidade, mas ela precisa ser fortalecida. Eu acho que a gente precisa ainda avançar em relação aos cursos de qualificação para Atenção Básica” (**João Valério**).

Nessa recomendação, o enfermeiro **João Valério** é o que poderemos chamar de “pé no chão”, ou seja, não faz recomendações radicais, ousadas ou mirabolantes, mas propõe que seja feito o “dever de casa”, fortalecendo as políticas e serviços já existentes, ampliando as ações intersetoriais, o que demonstra uma compreensão do que pode e deve ser feito para melhorar, minimamente que seja, a assistência emergindo do próprio território, principalmente se houver maior envolvimento da comunidade e melhor capacitação da equipe.

No geral, podemos sistematizar as recomendações dos profissionais em dois blocos, de acordo com as formações discursivas da psiquiatria biologicista e da atenção psicossocial, destacadas (em negrito) nos enunciados apresentados, desde o aumento de psiquiatras e formas de manejar o uso das medicações, até a implantação de outras formas de acolher e lidar com as demandas em saúde mental, como o matriciamento, ampliação e valorização das equipes, dos profissionais e fortalecimento das redes de atenção à saúde. Nessas recomendações, a qualificação profissional e o trabalho intersetorial são enfatizados.

Diante disso, e já nos encaminhando para uma (in)conclusão, é fundamental dizer que os sentidos atribuídos pelos profissionais não caberiam nos limites do que discutimos ao longo desse trabalho, os quadros não comportariam todos os Núcleos Discursivos Significantes, e as sequências discursivas, não obstante nosso esforço em apreender os nexos do nosso objeto de estudo, por si só carregam as limitações da pesquisa e do pesquisador, sobretudo no contexto político e sanitário em que o estudo aconteceu. Além do desafio de uma aproximação inicial com a Análise de Discurso, e da própria complexidade do objeto e da temática.

A conjuntura política em que o Brasil se encontra, desde a ascensão conservadora (e reacionária) que ganhou forma em 2013 e vem se estendendo até os dias de hoje, desde as propostas ultraliberais de desmonte do Estado brasileiro, até o flerte com o autoritarismo, além do contexto sanitário que a humanidade se embrenhou com o surgimento do novo coronavírus, causando a pandemia da Covid-19, e pondo toda a humanidade de joelhos face a um inimigo invisível, concorreram com o desenvolvimento desse estudo, e por vezes, como é possível averiguar nos discursos analisados, influenciaram nos limites e possibilidades do estudo. Ao dizer isso, queremos enfatizar que a complexidade do nosso objeto não cabe nessas páginas, carecendo de outras retomadas, na direção do conhecimento sobre o objeto e a problemática suscitadas nesse estudo.

Fazer a aproximação entre essas três áreas do conhecimento: Atenção Básica, Saúde Mental e Análise de Discurso, não é tarefa fácil, muito pelo contrário, e mesmo que tenha havido um hercúleo esforço, tanto as condições contextuais e conjunturais acima apresentadas, quanto as condições objetivas que envolveram a pesquisa e o pesquisador, mesmo assim e se assim não fosse, não tínhamos a pretensão de esgotar nossas análises nem as possibilidades de desvendamento do nosso objeto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS e uma conclusão inconclusa

Nossas considerações finais não finalizam nesse estudo, pelo contrário, abrem outras e novas possibilidades de avanços na discussão dessa temática. Retornando ao nosso pressuposto central, consideramos que os sentidos do trabalho e do cuidado em saúde mental desenvolvidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) são interpelados pelas formações discursivas e ideológicas dos modelos de cuidado biomédico, psiquiátrico e da racionalidade científica positivista, estando submetido, em todas as instâncias, à contradição capital-trabalho, e às condições de produção (CP) material (da vida e da existência) e os discurso *dos* sujeitos estão submetidos a essa contradição. Particularmente no campo da Saúde Mental, a interpelação ideológica é materializada no/pelo discurso e “referente científico” da psiquiatria biologicista, de natureza classificatória e medicamentosa, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, com o desenvolvimento das medicações psicotrópicas.

A interpelação ideológica do discurso biomédico-psiquiátrico se expressa no aumento da demanda crescente pelo consumo (por vezes abusiva) das medicações psicotrópicas, através de uma práxis de cuidado classificatório e medicamentoso, constituindo o que chamamos aqui de *fetichismo* da medicação em sua forma mercadoria-medicamento. Ao passo que esta, ao ser transformada em objeto de consumo na forma-mercadoria, está inexoravelmente submetida à lógica de mercado na sociedade capitalista e, por seu turno, também às determinações mais profundas da contradição capital-trabalho. Nessa perspectiva, a superação dessa lógica, no sentido de atribuir ao medicamento o devido valor que lhe é próprio, qual seja, seu valor de uso terapêutico, pondo em questão até mesmo o efetivo potencial terapêutico de tais medicações.

Dessa forma, transpor a lógica de cuidado em saúde mental altamente medicalizado só será possível com a superação da base material da sociedade. Dito de outra forma, é fundamental transpor o modo de produção baseado na exploração da força de trabalho humana, na exploração do homem pelo homem, superando a contradição capital-trabalho, nos termos de Marx. Desse modo, será possível a humanidade ultrapassar a forma de trabalho assalariado, construindo uma sociedade baseada no trabalho associado, promovendo uma profunda mudança na racionalidade científica, o que só será possível num longo prazo, tendo em vista as atuais condições subjetivas para essa superação.

No entanto, num momento mais imediato é preciso haver alterações no direcionamento do papel do Estado, num viés progressista democrático e popular, com indução estatal na formulação, implantação, implementação e operacionalização das políticas econômicas e sociais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde

(8.080 e 8.142 de 1990), sendo capazes de enfrentar a problemática da enorme e crescente desigualdade social que assola o nosso país e o mundo. É preciso também investir na defesa e no fortalecimento do SUS, da APS/ESF, da política de saúde mental, RAPS, NASF e demais políticas setoriais (educação, seguridade social, habitação, transporte, alimentação/nutrição, agricultura, segurança pública, etc.), além de uma ampla e profunda regulamentação da produção, distribuição e comércio das medicações psicotrópicas.

A medicação psicotrópica em sua forma-mercadoria é constituída pelo conjunto das relações sociais (econômicas, políticas, científicas, culturais, educativas e mercadológicas), sendo a medicação um produto dessas relações. É na forma-mercadoria-medicação que reside sua contradição fundamental, qual seja, sua dupla utilidade: como elemento terapêutico e como instrumento de controle das emoções, desejos e comportamentos. Essa dupla utilidade cria e intensifica – vide a crise da sociedade atual – o seu fetichismo, expandindo e solidificando um amplo mercado consumidor a ser explorado pelo Complexo Médico-Acadêmico-Industrial (CMAI), agora não mais restrito ao “doente mental”, ao louco, mas a uma infinidade de possibilidades de medicalizar o sofrimento psíquico e o comportamento inadaptado, e até mesmo os comportamentos humanos de forma geral, sejam eles desviantes/anormais, ou para melhorar a “performance” do sujeito/usuário.

Compreendemos que a medicalização do cuidado em saúde mental na contemporaneidade é submetida e interpelada pela totalidade das relações sociais, nelas incluídas as condições de produção e as condições de produção dos discursos (CPD) dominantes. Outrossim, a loucura na contemporaneidade é agenciada e classificada como doença/transtorno mental, existente antes mesmo da sociedade burguesa/capitalista, e em cada época histórica (e os discursos sobre) ganhou outros sentidos a partir da realidade social e das condições de produção materiais da vida na sociedade burguesa.

Contudo, a medicalização enquanto processo social adquire outros significados com o advento das medicações psicotrópicas ao serem transformadas em mercadorias pela indústria farmacêutica e vendidas como se tivessem efeitos “milagrosos” à população em geral, (in)dependente das classes sociais a que pertençam, sendo que para a classe trabalhadora/popular os efeitos sociais são ainda mais graves, visto que a classe média e as elites (classe dominante) têm acesso ao que há de mais avançado em termos de psicoterapias, terapêuticas medicamentosas com manejo individualizado das medicações, além do acesso as medicações de última geração, das clínicas e *spa* para aliviar os stress da vida, podendo contar, *a priori*, com melhor e maior acompanhamento por parte dos profissionais psiquiatras,

psicólogos, psicanalistas, outros profissionais da saúde, enfim, com os mais “renomados” profissionais da *psi*.

Dito de outra forma, aos “ricos” os divãs e aos “pobres” às unidades de saúde e os CAPS. A classe popular, que é o público majoritariamente atendido nas UBS, conta com profissionais sem a devida formação e capacitação para o atendimento das pessoas (conforme demonstrado nesse estudo), tendo de enfrentar uma verdadeira maratona de filas de espera, entre o atendimento na UBS (nessas, geralmente mais acessível por suas características territoriais), os especialistas e outros serviços públicos, ausência de protocolos e diretrizes terapêuticas que possa aperfeiçoar o cuidado prestado pelos profissionais, medicações padronizadas, prescritas e transcritas quase que de forma aleatória aos usuários, sob a pena de agressões, violências e constrangimento dos profissionais pelos próprios usuário, como expresso nos discursos dos sujeitos desse estudo. Ainda mais, e talvez acima de tudo, a classe popular é alvo de todas as mazelas do capitalismo (desde sempre inclusive em formas sociais anteriores ao capitalismo), expressas naquilo que os profissionais concebem com “vulnerabilidades sociais”, e que para nós é a “questão social” nos termos que apresentamos nesse estudo.

Os efeitos de sentidos sobre o “tratamento” da loucura se movem das formações imaginárias e discursivas de segregação/controlado - das correntes rompidas por Pinel no final do século XVIII e das paredes frias, desumanas e desalmadas dos hospícios e manicômios psiquiátricos, parcialmente desmontadas pelo movimento de reforma psiquiátrica – para as formações imaginárias e discursivas da medicação psicotrópica e do seu “poder supremo” de suplantar o sofrimento mental. Agora não há agressividade, angústia, insônia, psicose e neurose que não cesse pelo mítico poder das “pílulas mágicas” (WHITAKER, 2017; FREITAS; AMARANTE, 2015), fortemente amparadas nos discursos da racionalidade científica, especificamente no discurso médico-psiquiátrico hegemônico.

As concepções dos profissionais acerca do trabalho na ESF estão relacionadas com as formações discursivas dos Cuidados Primários à Saúde da OMS, da Medicina de Família e Comunidade e das propostas de organização da APS a partir da Estratégia Saúde da Família, e os discursos revelam que a ideia de que a ESF tem a prevenção como centro do trabalho ainda é bastante presente, e de que seria um serviço de saúde voltado às comunidades mais carentes. Esses discursos aliam-se a uma “concepção de APS seletiva e focalizada” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As motivações para trabalhar na ESF diferem entre os sujeitos médicos e enfermeiros. Para os primeiros, as motivações se inserem em formações discursivas religiosas e de compaixão pelo outro, estando muito relacionadas com a vontade de atender populações mais

pobres e ajudar quem mais precisa dos serviços públicos de saúde. Para alguns médicos, trabalhar na ESF não foi a primeira escolha, pois pretendiam se especializar em outras áreas da medicina, porém, ao ingressarem na AB aprenderam a gostar do serviço. Já para os profissionais enfermeiros, além das formações discursivas religiosas e de caridade, há também motivações relacionadas ao ingresso no mercado de trabalho da profissão através da ESF que oferece melhor remuneração e certo grau de autonomia profissional.

Respondendo aos objetivos do nosso estudo, os sentidos do cuidado em saúde mental na ESF analisados a partir dos discursos dos profissionais estão estreitamente imbricados com a medicação psicotrópica e permeado pelo interdiscurso biomédico/psiquiátrico, apesar de também carregar formações discursivas da atenção psicossocial, criando efeitos de sentidos do cuidado produzidos sob as formações discursivas da reforma psiquiátrica, porém impõem uma centralidade na medicalização (e especificamente do medicamento) baseado na busca pelo diagnóstico e da queixa (ou demanda) dos usuários da ESF.

As relações estabelecidas entre a ESF e a RAPS são formalizadas nos moldes tradicionais: encaminhamento, referência e contrarreferência, reuniões esporádicas e pontuais. No entanto, a partir do uso dos novos meios de comunicação, principalmente através de aplicativos de mensagens, como o WhatsApp, essas relações tornam-se “mais próximas e efetivas”, e mesmo de maneira informal cumprem um papel que as tradicionais “fichas de encaminhamentos” não dão conta, agilizando contatos entre os profissionais da ESF e outros serviços como CAPS e CRIA, proporcionando que esses profissionais possam sanar suas dúvidas, encaminhar os usuários, garantindo maior segurança e confiança por estarem em “contato direto” com os especialistas. Com a desestruturação das equipes do NASF, os profissionais enunciam que as dificuldades para o cuidado em saúde mental aumentaram, o que prejudica prática dos profissionais e equipes e contribuem, ainda mais, para a fragmentação do cuidado e reforço da perspectiva medicalizante do cuidado.

Em se tratando do que chamamos de “instituído”, o município não apresenta nenhum documento oficial que contenha normas, protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, fluxos e nem fluxograma, exceto as convencionais normas e rotinas próprias dos programas e dos serviços, como sistema de referências e contrarreferência (com sua “ficha de encaminhamento”, sistema de marcação de consultas, alimentação dos sistemas de informação em saúde, enfim, o que já vem “instituído” via MS ou pela Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU-AL). E os momentos de capacitação das equipes se limitam à discussão e apresentação dos serviços da rede, orientação de como e para onde os profissionais da ESF devem encaminhar os usuários.

Sobre a formação e capacitação dos profissionais da ESF, os mesmos afirmam não terem formação para atuar na saúde mental e nem lhes são oferecidos qualquer tipo de “curso, treinamento, capacitação ou atualização” por parte do município, gerando insegurança dos profissionais em lidar com as demandas de saúde mental no território. Além do mais, quando são convidados ou convocados a participarem de processos formativos, essas se limitam a questões de organização do serviço, apresentação de algumas “normas” e novos serviços, e os temas relacionados à saúde mental são apresentados de forma esporádica e pontual, sem aprofundamento e sem promover mudanças na *práxis* profissional. As formações são baseadas em educação continuada, estando ausentes processos mais regulares de educação permanente ou em serviço. A formação oriunda da graduação (enfermagem e medicina) reproduzem o discurso técnico-científico psiquiátrico.

A ausência de processos formativos permanentes e dialógicos que envolvam outros saberes e práticas, sobretudo do campo da atenção psicossocial, se constitui como uma limitação para o cuidado em saúde mental na ESF. Tanto os processos formativos dos profissionais quanto os que existem instituídos, além de reforçar e reproduzir o modelo biomédico-psiquiátrico tradicional, terminam por reduzir a atuação profissional a reprodutores de saberes dos especialistas (nesse caso, dos psiquiatras e psicólogos), simplificando o processo de cuidar em saúde mental na ESF ao diagnóstico e medicamento psicotrópico, com algumas iniciativas dos profissionais e equipes tentando o manejo da medicação, formação de grupos de usuários, envolvimento de outros serviços/dispositivos da rede (CAPS, NASF) e buscando apoio intersetorial quando necessário, principalmente no SUAS, através do CRAS e CREAS, também dos órgãos de justiça ou segurança pública.

As potencialidades do cuidado em saúde mental na ESF apresentadas nos discursos são, principalmente, o vínculo com a comunidade, as iniciativas dos profissionais que demonstram vontade e compromisso em melhorar a atenção à população, a criação de grupos com os usuários (ainda que incipiente e em poucas unidades), a inclusão de “ações de saúde mental” no cronograma dos profissionais e equipes tentando construir uma rotina de atendimento, porém ainda centrados na medicação psicotrópica, o trabalho interdisciplinar do NASF (quando existe) e a tentativa de implantar o Matriciamento, e ainda o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As ações interssetoriais, também incipientes, principalmente nas relações com o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) também é apontado com uma potencialidade a ser melhor explorada, bem como de outros dispositivos sociais, com creches, escolas, por exemplo.

A respeito das limitações para o cuidado em saúde mental na ESF, por um lado, os profissionais sinalizam a alta demanda, principalmente por medicação psicotrópica, mesmo sem os demandantes não apresentarem diagnóstico psiquiátrico que justifique o uso da medicação. Por outro lado, os profissionais afirmam que a falta de medicação é uma limitação considerável. A ausência das equipes do NASF, poucos psiquiatras e psicólogos são outras limitações. A falta de capacitação e formação específica dos profissionais e equipes para atuarem no campo da Saúde Mental, o que tem gerado insegurança e despreparo para o cuidado.

O crescimento da demanda em saúde mental é percebido pelos profissionais através da busca por consultas e por medicação, pelo aumento do número de pessoas da comunidade diagnosticadas com transtornos mentais e/ou apresentando algum sofrimento psíquico. Os profissionais atribuem esse crescimento às vulnerabilidades sociais da população assistida. Mas não associam essas vulnerabilidades às raízes da chamada “questão social”, o que dificulta um melhor entendimento sobre essa problemática, visto que se limitam aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), sem aprofundar nas determinações sociais da saúde, superficializando e não indo às raízes mais profundas das causas do adoecimento ou sofrimento psíquico.

Os contextos institucionais que influenciam o cuidado em saúde mental na ESF podem ser entendidos como as condições de trabalho nas UBS, a carência de capacitações específicas em saúde mental e atenção psicossocial para as equipes e profissionais, rotatividade dos profissionais do NASF, ausência de matriciamento, falta de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, poucos profissionais especializados (psiquiatras, psicólogos, p. ex.) e com abordagem outra que não somente a medicamentosa, grande número de famílias cadastradas e acompanhadas pelas eqSF, principalmente em áreas mais carentes e populosas, e a desarticulação intersetorial.

Os contextos conjunturais se relacionam com as opções político-administrativas dos gestores, como substituição de profissionais, financiamento insuficiente, desestruturação e cancelamentos de alguns serviços e dispositivos (NASF, matriciamento, p. ex.), com demissão e/ou diminuição do número de profissionais, além da já presente precarização das relações de trabalho, ocasionando desmotivação entre os mesmos, mudanças nas gestões governamentais por processos eletivos (prefeitura, estado, governo federal), nomeação, indicação ou substituição de gerentes e coordenadores de políticas e programas de saúde por conveniências políticas ou interesses outros. Esses contextos conjunturais influenciam sobremaneira a operacionalização das políticas de saúde, levando ao enfraquecimento na capacidade resolutiva das mesmas. Já o contexto estrutural é mais amplo, sendo propriamente ao conjunto das relações de produção e forças produtivas que determinam, de modo mais geral, as relações sociais e as

formas e condições de trabalho, dos discursos, e conseqüentemente de cuidado em saúde/saúde mental, na sociedade de classes e no modelo capitalista de sociabilidade, influenciando e determinando as políticas públicas de saúde.

As lacunas fazem parte de qualquer estudo, e neste elas também se fazem presente. Algumas lacunas e limitações do nosso estudo podem servir como pistas e indicações para estudos futuros. Deixemos aos leitores e examinadores a missão de apontar as lacunas e apontamos algumas questões que poderão ser retomadas em estudos futuros: qual a determinação mais profunda da medicalização? Há possibilidade de um cuidado pautado numa atenção psicossocial ampla, efetiva e verdadeiramente humana na sociabilidade do capital?

Por sua vez, as limitações são de, pelo menos, duas naturezas. A primeira relacionada ao pesquisador no desafio de articular áreas de conhecimento tão amplas quanto complexas: atenção básica/ESF, saúde mental e a Análise de Discurso. A segunda está relacionada aos contextos políticos e sanitários em que esse trabalho se desenvolveu, desde as mudanças (e tentativas) que vem acontecendo com a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde Mental, até surgimento do novo coronavírus.

A partir desse estudo, apresentamos algumas recomendações:

1) No campo acadêmico destacamos a necessidade de realização de mais estudos que façam a articulação entre essas três áreas APS/ESF, Saúde Mental e Análise de Discurso. Devemos dizer que, todas as questões levantadas nesse estudo, desde aquelas voltadas ao alcance dos objetivos às mais amplas relacionadas ao objeto, são passíveis de questionamentos, elucidações e aprofundamentos teóricos, e que estudos posteriores deem conta de maior elucidação do objeto aqui discutido, ampliando as reflexões, formulando novas questões e propondo novos olhares sobre a temática, com estudos qualitativos e outros, inclusive de natureza quantitativa, que consigam avançar no conhecimento acerca dos cuidados em saúde mental na ESF. Que, através desse estudo, e da vasta literatura sobre o tema, seja possível encaminharmos propostas para melhoria do cuidado em saúde mental na ESF, qualificando o cuidado singular que é desenvolvido pelos profissionais e equipes da ESF de Arapiraca, criando novas e mais efetivas possibilidades de contribuir com a melhoria da vida das pessoas assistidas. Estudos epidemiológicos são necessários para ampliarmos o conhecimento da demanda, da prevalência de transtornos mentais e da medicalização em saúde mental nos territórios da ESF. No entanto, todo e qualquer estudo que não tenham como pressuposto a totalidade social corre o risco de superficializar a discussão.

2) No campo das práticas e da gestão: criação de estratégias permanentes de formação, que avancem para além do discurso biomédico-psiquiátrico e envolvam a diversidade de

conhecimento sobre saúde mental, incorporando primordialmente saberes e práticas do campo psicossocial; construção de protocolos e diretrizes terapêuticas de forma coletiva, que coloquem como objetivo a regulação e diminuição do uso e abuso das medicações psicotrópicas, construindo um cuidado menos medicalizado, envolvendo profissionais e trabalhadores, usuários, gestores, conselho de saúde, representação das categorias profissionais; estímulo e valorização dos profissionais da ESF e Saúde Mental; relações de trabalho não precarizadas e que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários; fortalecimento do NASF-AB, implantação de Apoio Matricial; ampliação das equipes de Saúde da Família; garantir condições de trabalho aos profissionais; construir espaços de diálogos permanentes entre os serviços e as Redes de Atenção à Saúde.

Os avanços empreendidos pelo processo da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica precisam mobilizar seus atores e o conjunto da sociedade em defesa do legado desses dois importantes processos políticos e sociais, que representam um avanço civilizatório no campo dos direitos humanos à saúde e uma vida digna. A tentativa de desmonte da PNAB e da PNSM com a recriação de “novos formatos de manicômios” vem sendo anunciada e operada pelo governo federal, gerando intensos debates como mais recentemente com o que ficou conhecido como o “revogaço”, a partir de iniciativas do governo federal de revogação de uma série de portarias e políticas que operacionalizam a RAPS.

Esperamos que esse estudo contribua com reflexões e propostas para melhoria do cuidado em saúde mental na ESF, qualificando o cuidado singular a ser desenvolvido pelos profissionais e equipes da ESF de Arapiraca, criando novas e mais efetivas possibilidades de contribuir com a melhoria da vida das pessoas assistidas.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar. Que oportunidades o sistema de saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G.W.S et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.
- ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M.; SOUZA, M.K.B. (orgs.). A Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA, 2015.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, Roberto Passo (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos Ideológicos do Estado**. São Paulo: Editorial Presença/Martins Fontes, 1992.
- ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 221-240.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, June 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso.
- AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagodoni, 2015a.
- AMARANTE, P. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P; CRUZ, L.B. (Orgs.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps/Fiocruz, 2015b.
- AMARANTE, P; CRUZ, L.B. (Orgs.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps/Fiocruz, 2015b.

AMARANTE, P.; TORRE, E.H.G. **Medicalização e determinação social dos transtornos mentais**: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

ANDERSON, Perry. **As origens da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

ANGELL, Marcia. A epidemia de doença mental. **Revista Piauí**. Edição n. 59, agosto, 2011. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-epidemia-de-doenca-mental/#>

ARAPIRACA. Prefeitura Municipal. Sítio na Internet. Disponível em: <http://web.arapiraca.al.gov.br/a-cidade/dados-gerais/>

ARAPIRACA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Municipal da Rede de Atenção Psicossocial. Informações sobre a RAPS e ABS. Em: 27/02/2018.

ARAÚJO, T.M.; ROTENBERG, L. Relações de Gênero no Trabalho em Saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A.A.; BRITO, J. (org.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.131-150.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.

AZEVEDO, D.M.; GUIMARÃES, F.J.; DANTAS, J.F.; ROCHA, T.M. Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários. **Rev. APS**. 2014 out/dez; 17(4): 537 - 543. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15310>

BACKES, D.S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**. São Paulo: 2011;35(4):438-442. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf

BANDEIRA, M.; LIMA, L.A.; BARROSO, S. **Avaliação de serviços de saúde mental**: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BAPTISTA, T.W.F. O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.11-42.

- BARBAN, E.G.; OLIVEIRA, A.A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. **Arq Ciênc Saúde**. 2007; 1(14):52-63. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-471533>
- BASAGLIA, Franca Ongaro. Saúde/doença. In: AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil da. (org.). **Saúde mental, Formação e Crítica**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Laps/Fiocruz, 2015.
- BASAGLIA, Franco. Loucura/delírio. In: BASAGLIA, F. **Textos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. AMARANTE, P. (org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- BATISTA, S.R.; ALMEIDA, M.M.; TRINDADE, T.G. Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil: potencialidades e desafios. In: MENDONÇA, M.H.M. et al. (orgs.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p.313-336.
- BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **História da Clínica e a Atenção Básica**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2015.
- BERLINGUER, Giovanni. **Psiquiatria y Poder**. Buenos Aires, Argentina: Granica editor, 1972.
- BEZERRA Jr, Benilton. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. Ed. Petrópolis: Editora Vozes/ABRASCO, 2001.
- BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência**. São Paulo: Editora Unesp-Inra, 2002. p. 17-71.
- BOURDIEU, Pierre. **O campo econômico**. Política e Sociedade. N. 6, abril, 2005.
- BOURDIEU, Pierre. Outline of a theory of practice. Cambridge, 1977. In: HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural**. São Paulo. Edições Loyola, 2017.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Diário Oficial da União. 9 abr 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 28 Mar. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS: Saúde Mental**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Caderno HumanizaSUS; v.5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica** – informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica - município: Arapiraca/AL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2):471-480, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7017.pdf>

CABRAL, B. et al. Estação Comunidade. In: JATENE, A; LANCETTI, A. et al. SaúdeLoucura 7. **Saúde mental e Saúde da Família**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMARGO Jr, K.R. A Filosofia Empírica da Saúde. In: CAMARGO JR, K.R; NOGUEIRA, M.I. **Por uma Filosofia Empírica da Atenção à Saúde: olhares sobre o campo biomédico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 13-26.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 1999, v.4, n.2, p.393-403. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81231999000200013&script=sci_abstract&tlng=pt

CAMPOS, G.W.S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Fev 2007, v.23, n.2, p.399-47. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CARVALHO, M.C.A. Saúde Mental na Atenção Básica. In: JORGE, M.A.S (org.) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2014.

CARVALHO, A.M.T.; AMARANTE, P. Forças, Diferenças e Loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.41-52.

CASTRO, A.L.B.; FAUSTO, M.C.R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C.V (Org.). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CAVALCANTI, F.M.S. **A formação em enfermagem no Brasil e as imposições do capital em crise**. Maceió: EDUFAL, 2017.

CAVALCANTI, F.M.S. **O discurso de formação das trabalhadoras enfermeiras no Brasil: a afirmação da farsa em sua negação**. Tese (Doutorado em Linguística) – Universidade Federal de Alagoas. Programa de Pós-Graduação em Linguística e Literatura. Maceió, 2020.

CAVALCANTI, F.M.S.; SILVA, S.E.V.S. **O processo de formação do enfermeiro brasileiro face às imposições do modelo neoliberal**. Maceió: EDUFAL, 2013.

CECILIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 11, p. 2893-2902, Nov. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso

CHIAVERINI, D.H. et al. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, 2011.

COELHO, D.R.G. et. al. Sofrimento psíquico, contemporaneidade e o uso abusivo de benzodiazepínicos. In: OLIVEIRA, M.A.; RODRIGUES, A.G.; CARNEIRO, C.; SAMPAIO, J.J.C. (orgs.). **Sofrimento psíquico e a Cultura Contemporânea: perspectivas teórico-clínicas**. Fortaleza: EdUECE, 2014, p.299-314.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

CORBELLA, Lucrecia. **Saúde mental e memória: o teatro dos Andarilhos Mágicos**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2015.

CORBO, A.D.A.; MOROSINI, M.V. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. (Série Trabalho e Formação em Saúde). p.157-181.

CORBO, A.D.A; MOROSINI, M.V.; PONTES, A.L.M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M.V.; CORBO, A.D.A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 69-106.

CORDEIRO, G.F.T.; FERREIRA, R.G.S.; ALMEIDA FILHO, A.J. et al. Atendimento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde no período pré-reforma psiquiátrica. **REME – Rev Min Enferm.** 2019; 23:e-1228. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1374>

COURTINE, Jean-Jacques. **Análise do discurso político: o discurso comunista endereçado aos cristãos**. São Carlos: EdUFSCar, 2014.

COUTINHO, G.L.O. et al. A reestruturação do cuidado e a produção de ferramentas na saúde mental. In: MERHY, Emerson Elias et. al. (org). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

CURY, C.F.M.R; GALERA, S.A.F. O PSF como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.8, n.3, p.273-278, set./dez. 2006.

DALLA VECCHIA M.; MARTINS, S.T.F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):183-193, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a24v14n1.pdf>

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 17, n. 68, 1989. p. 7-13. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/989547/mod_resource/content/1/Ficcao%20e%20realidade%20do%20trabalho%20operario%20-%20Daniellou%2C%20Laville%20e%20Teiger%201989.pdf In: MORAES, P.N. de; IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul/set 2013.

DASSOLER, V.A.; PALOMBINI, A.L. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**. Revista do CEBES. Vol. 44, número especial 3, Rio de Janeiro, out 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/RSDE3-web-1.pdf>

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ERICSON, Sóstenes. Processos de modelização na institucionalização de saberes no campo da enfermagem. In: AMARAL, M.V.B; ERICSON, S. (orgs.). **Do Discurso**: fundamentos e análises. Maceió: EDUFAL, 2019.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV) (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

ESLABÃO, A.D. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **J. nurs. health**. 2019;9(1):e199101. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11106>

ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo. Notas sobre a criação e desrazão em uma certa experiência trágica da loucura. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: CORBO, A.D.A.; MOROSINI, M.V. (Orgs.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.43-67.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. **Religiões pentecostais e saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ/Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFRJ), 2006.

FILIPPON, J. et al. A "liberalização" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00034716, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000802001&lng=en&nrm=iso.

FORTES, Sandra et al. Classificação em saúde mental na Atenção Primária: mudam as doenças ou mudam os doentes? In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA Jr, B.; COSTA, J.F. (org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2014a.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução: Laura Fraga de A. Sampaio. 24 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014b.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 2000.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. et al. (orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A Produção Imaginária da Demanda e O Processo de Trabalho em Saúde. 2005. Disponível em: https://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/producao_imaginaria_da_demanda_tulio_franco_emerson_merhy.pdf

FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [2]: 545-565, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200545&lng=en&nrm=iso.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. Prefácio à edição brasileira. In: WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Tradução: José Otávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2017.

GAMA, C.A.P.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde mental na atenção básica – uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cad. Saúde Pública**. 2009; 1(2):112-31. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68478>

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e Identidade**. Rio de Janeiro. Zahar, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas da Atenção Primária à Saúde em países europeus. In: ALMEIDA, P.F; SANTOS, A.M; SOUZA, M.K.B. (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015.

GIOVANELLA, L. et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Saúde em Debate** [online]. 2015, v. 39, n.105, pp. 300-322. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>

GIOVANELLA, L. (org.). **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.

GOMES, Rogério Miranda. **Humanização e Desumanização no Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

GONÇALVES, D.A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, mar, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf>.

GONCALVES, D.M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2043-2053, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900010&lng=en&nrm=iso.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A.A.M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, Oct. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003255&lng=en&nrm=iso

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural**. São Paulo. Edições Loyola, 2017.

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382, Feb. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200371&lng=en&nrm=iso

IBGE. Brasil/Alagoas/Arapiraca. Acesso em: 27/02/2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/arapiraca>.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, pág. 3791-3798, setembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903791&lng=en&nrm=iso

JORGE, M.A.S. et al. Organização da Assistência Psiquiátrica. In: EPSJV (org.). **Texto de Apoio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

JORGE, M.A.S. Terapêutica em Saúde Mental: psicoterapias e psicofarmacoterapia. In: JORGE, M.A.S (org.) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2014.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Autopoiese e reforma psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2016.

KINOSHITA, Roberto Tykanori et al. Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (orgs.). **Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

KOHN, R. et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. **Rev Panam Salud Publica**. 2005;18(4/5):229–40. Disponível em: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/28084.pdf>.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate**. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, pág. 2307-2316, agosto de 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p.615-634.

LANCETTI, Antonio. Síntese Metodológica. In: JATENE, A; LANCETTI, A. et al. **SaúdeLoucura7**. Saúde mental e Saúde da Família. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

LANCETTI, Antonio. Oito questões sobre a Saúde Mental do Projeto Qualis. In: SOALHEIRO, Nina (org.). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. Para o estudo da saúde na relação com o processo de produção. In: LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de saúde e Produção e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso.

LESSA, Sergio. **Mundo dos Homens: trabalho e ser social**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LESSA, Sergio. A materialidade do trabalho e o ‘trabalho imaterial’. **Revista Outubro**, n. 8, p. 27-46, São Paulo, 2003.

LÖWY, Michael. Um Marx insólito. In: MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

LUCKESI, C.C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 2007.

LUZ, M.T. Fragilidade social e a busca de cuidados na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

MACHADO, Cristiani Vieira. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 107-127, OUTUBRO, 2020. Disponível em: : <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/RSDE3-web-1.pdf>.

MACHADO, M.H. et al. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 56, p.56-69, dez. 2016.

MALDIDIER, D. Elementos para uma história da análise do discurso na França. In: ORLANDI, E.P. et al. (org.). **Gestos de leitura: da história no discurso**. 4 Ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2014.

MANZINI, Eduardo José. **Considerações sobre a transcrição de entrevistas**. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas. Amostragens e técnicas de pesquisa. Elaboração, análise e interpretação de dados. Marília-SP, 2008. Disponível em: http://transcricoes.com.br/wp-content/uploads/2014/03/texto_orientacao_transcricao_entrevista.pdf

MARQUES, D.A.; PAULA, G.L.; SOUZA, C.L. et al. Assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico: percepção das equipes multiprofissionais. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 12(2):407-5, fev., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a24111p407-415-2018>

MARX, Karl. **O Capital – Crítica da Economia Política**. Vol. 1, Livro Primeiro. Abril Cultural, 1983.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl. **O Capital – Crítica da Economia Política**. Livro I: O processo de produção do capital. Tradução: Rubens Enderle. Vol. 1. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Tradução: Jesus Ranieri. 4. Reimpr. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto Comunista**. 1ª ed. Revista. São Paulo: Boitempo, 2010.

MASCARO, Alysson Leandro. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATIAS, E.C.; RISCADO, J.L.S.; OLIVEIRA, J.R. Ensino em saúde mental em instituições públicas de ensino superior de Alagoas: perspectivas político-pedagógicas dos docentes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n. 2, p. e5205, 15 fev. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5205/4069>

MAZON, Marcia. Indústria farmacêutica e psiquiatria no quadro da Sociologia Econômica. Uma agenda de pesquisa. **Política & Sociedade**. Florianópolis - Vol. 18 - Nº 43 - Set./Dez. de 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2019v18n43p136/42764>

MELO, E.A.; MENDONÇA, M.H.M.; OLIVEIRA, J.R.; ANDRADE, G.C.L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, Número Especial 1, set., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>

MELO, E.A.; MIRANDA, L.; SILVA, A.M.; LIMEIRA, R.M.N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, Número Especial 1, set., 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/328-340/pt/>.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(5):2297-2305, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. Saúde, sociedade e história. In: AYRES, J.R.C.M.; SANTOS, L. 1. ed. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/SaudeSociedadeeHistoria.pdf/view>

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p. (Saúde em Debate; 145).

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.71-112.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.427-32.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital**. Tradução: Isa Tavares. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p. (Saúde em Debate; 46).

MIRANDA, A.C. Reflexões acerca da situação e dos problemas referentes à crise socioambiental e seus reflexos à saúde humana: uma contribuição a partir do materialismo histórico e dialético. **Tese de Doutorado**. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14463>

MONTANO, Carlos. Pobreza, "questão social" e seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, pág. 270-287, junho de 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000200004&lng=en&nrm=iso

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(1): e00206316. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00206316.pdf>

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, V. 42, n. 116, p. 11-24, Jan-Mar, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>

MOTTA, C.C.L.; MORÉ, C.L.O.O.; NUNES, C.H.S.S. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 911-920, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300911&lng=en&nrm=iso.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A determinação objetual da doença. In: NOGUEIRA, Roberto Passo (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NORONHA, J.C.; GIOVANELLA, L. CONILL, E.M. Sistemas de saúde da Alemanha, do Canadá e dos EUA. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

NUNES, Mônica; LANDIM, Fátima Luna Pinheiro (Org.). **Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARAES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, José Jackson Coelho. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis**, Rio de Janeiro, v.26, n. 4, p.1213-1232, Oct. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401213&lng=en&nrm=iso .

NUNES FILHO, E.P.; BUENO, J.R.; NARDI, A.E. **Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

NUNES, M.; JUCA, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, Oct. 2007. disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en&nrm=is.

OLIVEIRA, J.R. Acolhimento na Atenção Básica à Saúde na perspectiva do enfermeiro. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online] Rio de Janeiro, v.18, n. 10, p. 2889-2898, out. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=en&nrm=iso.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set.1978. Disponível em: <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. 2008. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, OPAS, 2007.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 13ª Edição, Pontes Editores, Campinas, SP. 2020.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Discurso em Análise: Sujeito, Sentido e Ideologia**. 3ª Edição. Campinas, SP: Pontes Editores, 2017.

ORLANDI, Eni Puccinelli. A contrapelo: incursão teórica na tecnologia - discurso eletrônico, escola, cidade. **RUA** [online]. 2010, no. 16. Volume 2 - p 4. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rua/article/view/8638816>

ORLANDI, Eni Puccinelli. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 6ª Edição. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2007.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. 5ª Edição. Campinas, SP: Pontes Editores, 2007.

ORLANDI, Eni Puccinelli. Nota ao leitor. In: PÊCHEUX, M. **O Discurso: estrutura ou acontecimento**. Tradução: Eni Puccinelli Orlandi. 7ª Edição, Campinas, SP: Pontes Editores, 2015.

PASSOS, Rachel Gouveia. Caminhos da consciência para si no movimento de reforma psiquiátrica brasileira: notas iniciais à luz de Marx e Lukács. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, supl. 1, p. 11-22, 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000400011&lng=en&nrm=iso

PAULON, S.; NEVES, R. (Orgs.). **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.320-328. Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>.

PELBART, Peter Pál. **A Nau do Tempo-Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1993.

PEREIRA, L.M.F.; RIZZI, H.J.; COSTA, A.C.F. Análise sócio-histórica das políticas públicas em saúde mental no Brasil. In: LANCMAN, Selma (Org.). **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo15, 2008.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução: Eni Puccinelli Orlandi et al. 5ª ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2014.

PÊCHEUX, Michel. **O Discurso: estrutura ou acontecimento**. Tradução: Eni Puccinelli Orlandi. 7ª Edição, Campinas, SP: Pontes Editores, 2015.

PINHEIRO, R.; GULJOR, A.P.; SILVA Jr, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. Disponível em:
<https://lappis.org.br/site/desinstitucionalizacao-na-saude-mental-contribuicoes-para-estudos-avaliativos/4532>

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.110-114. Disponível em:<
<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>.

PINHEIRO, T.X.A. O trabalho e a Administração. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Administração**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. (Série Trabalho e Formação em Saúde). p.37-77.

PINTO, G.A. **A organização do trabalho no século 20 – Taylorismo, Fordismo e Toyotismo**. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2007.

PLATÃO. **Apologia de Sócrates**. Texto integral. Tradução: Edson Bini. 2 ed. São Paulo: EDIPRO, 2015

PUPPO, Ligia Rivero et al. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 3, p. 107-127, out., 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/RSDE3-web-1.pdf>.

RAMOS, Fernando. Do DSM-III ao DSM-5: Traçando o percurso médico-industrial da Psiquiatria de Mercado. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR, B.; COSTA, J.C. (orgs.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

SALAZAR, Bianca Alves; CAMPOS, Mônica Rodrigues; LUIZA, Vera Lucia. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.783-796, mar. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300783&lng=pt&nrm=iso.

SAMUDIO, Jania Lurdes Pires et al. Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.277-295, June 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200277&lng=en&nrm=iso.

SANTOS, J.E.; SOUZA, R.C.; VASCONCELLOS, E.A. Concepções de saúde mental de equipes de saúde da família. In: SOUZA, Rozemere Cardoso; SANTOS, Josenaide Engracia dos (Orgs.). **Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família**. Ilhéus, BA: Editus, 2014.

SANTOS, Boaventura de Souza (org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, E.G; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr**. 2010;59(3):238-246. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>

SANTOS, D.V.D. et al. A Gestão Autônoma da Medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 3, p. 170-183, out., 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/RSDE3-web-1.pdf>

SARACENO, Benedetto. O futuro da psiquiatria e da saúde mental. Tradução de Milena Pacheco. **Saúde em Debate**. Revista do CEBES. Vol. 44, número especial 3, Rio de Janeiro, out 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/RSDE3-web-1.pdf>

SCHOLL, C.C. et al. Qualidade de vida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um estudo com usuários da Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 4, p. 1353-1360, Abril, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401353&lng=en&nrm=iso.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Jun, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso.

SILVA, J.P.V.; LIMA, J.C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.43-75.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.; CORBO, A.D.A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-42.

SILVA, Sóstenes Ericson Vicente; BEZERRA, Reudson Douglas. **O sentido do trabalho intelectual no discurso da enfermagem**. Maceió: EDUFAL, 2017.

SILVA, Sóstenes Ericson Vicente. **Agronegócio e agricultura familiar: a desfaçatez do Estado e a insustentabilidade do discurso do capital**. Maceió: EDUFAL, 2015.

SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; AMARAL, Maria Virgínia Borges. REMONTEMOS DE PÊCHEUX A MARX/ENGELS – revisitando noções do materialismo histórico. **VII SEAD – A Análise do Discurso e sua história: avanços e perspectivas**. Recife/PE, de 13 a 16 outubro, 2015.

SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Maxsuel Santos. **O processo de (des)identidade profissional da enfermagem**. Maceió: EDUFAL, 2014.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2009; 1(14):139-48.

SOALHEIRO, N. (Org.). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

SOALHEIRO, N.I.; RABELLO, E.T.; MOTA, F.S. Diagnóstico e Medicalização: questões para a saúde mental e atenção básica. In: SOALHEIRO, N. (Org.). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

SOALHEIRO, N.; MARTINS, D. Atenção Psicossocial e a (Des)institucionalização como Eixo do Cuidado. In: SOALHEIRO, N. (Org.). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

SOALHEIRO, N.I.; MOTA, F.S. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 4, n. 2, p. 65-85, dez. 2014. ISSN 2238-152X. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/49807>

SOALHEIRO, et al. Território, violência e adoecimento: reflexões para a saúde mental e a atenção básica. In: NUNES, M.; LANDIM, F.L.P. (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

SORATTO, J. et al. Satisfação dos profissionais da estratégia saúde da família no Brasil: um estudo qualitativo. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2020; 29:e20180104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0104>

SOUZA, Ândrea Cardoso de. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés**. São Paulo: Hucitec, 2015.

SOUZA, Ândrea Cardoso de. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Esc Anna Nery**. 2006; 4(10):703-10.

SOUZA, L.G.S.; et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400019&lng=en&nrm=iso.

SOUZA, D.O.; SILVA, S.E.V.; SILVA, N.O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76409/80116>

SOUZA, D.O. et al. Questão da saúde em face da realidade social alagoana: algumas considerações sobre as particularidades de Maceió. In: SOUZA, D.O et. al. (orgs.). **“Questão social” em Alagoas: expressões da sociabilidade erguida sob o comando do capital**. Maceió: EDUFAL, 2016.

SOUZA, D.O.; MENDONÇA, H.P.F. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2017. Epub 20-Mar-2017. Acesso em: 25 abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005005103&lng=pt&nrm=iso.

SOUZA, Diego de Oliveira. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 137, pág. 174-191, abril de 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282020000100174&lng=en&nrm=iso.

SOUZA, Rozemere Cardoso; SANTOS, Josenaide Engracia dos (Orgs.). **Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família**. Ilhéus, BA: Editus, 2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SZASZ, Thomas S. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

SZASZ, Thomas S. **Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, abr. 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016&lng=en&nrm=iso.

TESSER, Charles Dalcanale. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, Set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300565&lng=en&nrm=iso

TONET, Ivo. **Método científico**: uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TONET, Ivo. Modernidade, Pós-Modernidade e Razão. **Revista Temporalis**, n. 10. Brasília, 2005. Disponível em; http://ivotonet.xp3.biz/arquivos/MODERNIDADE_POS-MODERNIDADE_E_RAZAO.pdf.

TONET, Ivo. Introdução. In: MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

TOSO, B.R.G.O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(1):169-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690124i>

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=pt&nrm=iso.

VALLA, V.; LACERDA, A. Homeopatia e Apoio Social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

VANNUCCH, A.M.C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, 22 [3]: 963-982, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300007&lng=en&nrm=iso

VASCONCELOS, E.M. **Abordagens psicossociais**: história, teoria e prática no campo. v.1, São Paulo: Hucitec Editora, 2016.

VIEIRA, S.S.; NEVES, C.A.B. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 24-33, jan.-abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1375>

VILLELA, J.C.; et al. O ensino de saúde mental na graduação de Enfermagem na perspectiva do estudante. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 397-406, Jun., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200016&lng=en&nrm=iso.

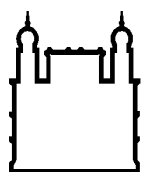
YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

WEBER, Max. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. Companhia das letras, 2004.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Trad.: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA Jr, Benilton; COSTA, Jurandir Freire (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Os sentidos do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família**, desenvolvida por **Jarbas Ribeiro de Oliveira**, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professora Dr.^a **Ana Elisa Bastos Figueiredo**, Pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ, e co-orientação do Prof. Dr. **Sóstenes Ericson Vicente da Silva**, da UFAL.

O **objetivo central** do estudo é: Analisar os sentidos do cuidado em Saúde Mental desenvolvido na Estratégia Saúde da Família no município de Arapiraca – Alagoas, a partir dos discursos dos profissionais.

O convite a sua participação se deve à sua condição de **profissional de saúde** (médico, enfermeiro, ACS) atuando na **Estratégia Saúde da Família (ESF)** do município de Arapiraca/AL.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para **assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações** por você prestadas: as entrevistas serão realizadas em local reservado, protegido de interferências externas ou de terceiros. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e as informações coletadas serão armazenado em local seguro, sob posse dos pesquisadores.

Para garantir o anonimato do entrevistado, apenas os pesquisadores terão o conhecimento dos profissionais previamente selecionados e convidados a participar do estudo, a partir da relação das unidades de saúde do município.

A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo, sanção ou danos.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto. A entrevista somente será gravada se houver a sua autorização, no entanto, reforçamos a importância da gravação da entrevista em áudio para uma melhor e mais fidedigna análise das informações.

O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente trinta a sessenta minutos. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários da atenção primária/saúde da família, ampliando as reflexões, políticas e práticas para o cuidado em saúde mental, bem como para formulação de programas e/ou políticas específicas para a área. As vantagens também são expressivas tanto para os familiares quanto para os profissionais, bem como para o sistema de saúde.

Toda pesquisa possui riscos potenciais. Em nosso estudo identificamos possíveis riscos: risco de constrangimento ou algum desconforto em compartilhar informações durante a entrevista; risco de identificação indireta devido o número restrito de participantes. Esses riscos serão diminuídos ou eliminados pela garantia do sigilo e anonimato, conforme explicitado acima,

pela desistência em participar do estudo, por conversas com o pesquisador ou orientadora (através dos contatos disponibilizados) ou por outros meios que, em acordo, buscaremos minimizar tais riscos.

Os resultados serão apresentados aos participantes em relatórios individuais para os entrevistados e outros meios que os entrevistados solicitarem, como por exemplo palestra ou rodas de conversa nas unidades de saúde dos participantes do estudo.

Por fim, este Termo segue em duas vias para assinatura, ficando uma sob os cuidados do pesquisador e outra será entregue a você entrevistado, onde todas as páginas deverão ser rubricadas por ambos, com a assinatura na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato com o pesquisador responsável Jarbas Ribeiro de Oliveira, Doutorando em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ.

Tel: (82)99600-4030

e-mail: jarbasribeiro@gmail.com ou jarbas.oliveira@posgrad.enasp.fiocruz.br

Contato com a Orientadora: Professora Dr.^a Ana Elisa Bastos Figueiredo, ENSP/FIOCRUZ.

E-mail: aebfigueiredo@yahoo.com.br

Arapiraca, ____ de _____ de 2019.

Jarbas Ribeiro de Oliveira – pesquisador de campo

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**Os sentidos do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família**” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto/ filmagem.

Não autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto/ filmagem.

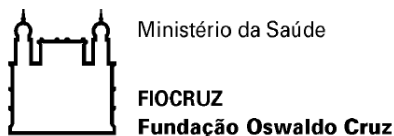
(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome

do

participante:

APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



À Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca-AL.
 Exmº Sr. Glifson Magalhães
 Secretário Municipal de Saúde

Senhor Secretário,

Eu, Jarbas Ribeiro de Oliveira, aluno do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/RJ (ENSP/Fiocruz), venho através deste, solicitar autorização para realização da pesquisa/tese intitulada *O trabalho na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família no cuidado em saúde mental*, orientada pela Profª Drª Ana Elisa Bastos Figueiredo.

O projeto de pesquisa teve parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz, sob nº 3.211.405 (em anexo) e atende as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa tem como **objetivo principal** analisar o trabalho na produção do cuidado em saúde mental desenvolvido na Estratégia Saúde da Família no município de Arapiraca - Alagoas, a partir dos discursos dos sujeitos. O estudo será realizado nas Unidades Básicas de Saúde Arapiraca-AL e contará com entrevistas e grupo focal com os profissionais da Saúde da Família, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), gerentes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Coordenação Municipal de Atenção Básica em Saúde, além de familiares de usuários dos serviços de saúde mental.


Certo de contar com sua autorização, agradeço desde já.

Arapiraca, 21 de março de 2019.

Jarbas Ribeiro de Oliveira
 Pesquisador responsável

Assinatura e carimbo do Orientador
 Drª Ana Elisa de Figueiredo
 Pesquisadora de Violência e Saúde
 SIAPE 0239002

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO


 PREFEITURA DE
ARAPIRACA

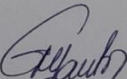
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.

A Secretária Municipal de Saúde de Arapiraca, no uso de suas atribuições legais, declara estar ciente dos termos da Resolução nº 466 de 12/12/2012 e Resolução nº 510 de 07/04/2016 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, declara apoio para a realização do Projeto de Pesquisa: **O trabalho na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família no cuidado em Saúde Mental**, que será realizado no período de Março 2019 a Dezembro de 2020, sob a responsabilidade da Profª Drª Ana Elisa Bastos Figueiredo.

. A pesquisa será custeada com recursos financeiros sob responsabilidade dos pesquisadores. Salientamos que esta autorização está condicionada à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino.

Arapiraca, 29 de Março de 2019.


 Glifson Magalhães dos Santos.
 Secretário Municipal de Saúde.

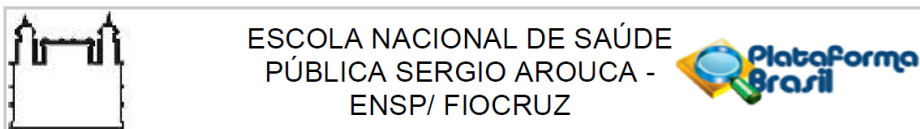
SECRETARIA MUNICIPAL
 DE SAÚDE
 ARAPIRACA - AL

Recebido em 02/04/2019
 Arapiraca - Al
 João Roberto
 Cel.

Página 1 de 1

CENTRO ADMINISTRATIVO ANTÔNIO ROCHA
 Rua Samaritana, nº 1.185 – Bairro Santa Edwiges – CEP 57.311-180
 CNPJ nº 21.013.754/0001-56

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / ENSP / FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O trabalho na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família no cuidado em saúde mental.

Pesquisador: Jarbas Ribeiro de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06306918.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.211.405

Apresentação do Projeto:

Esse parecer refere-se a análise de pendências emitidas no Parecer Consubstanciado do CEP/ENSP de número 3.139.419, de 10/02/2019.

Trata-se de projeto do curso de doutoramento em Saúde Pública, intitulado “O trabalho na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família no cuidado em saúde mental”, e proposto por Jarbas Ribeiro de Oliveira, sob orientação de Ana Elisa Bastos Figueiredo. Projeto qualificado em 26 de março de 2018. Possui financiamento próprio, orçado em R\$21.150,00 apresentado no PB-Informações Básicas do Projeto.

Resumo do projeto: “Este estudo situa-se na discussão do trabalho em saúde, considerando seus elementos ontológicos e sua situação na contemporaneidade, adotando como locus de análise o trabalho na Estratégia de Saúde da Família e suas interfaces na produção do cuidado em saúde mental no âmbito das equipes de Saúde da Família. Assim, o objeto desse estudo é o trabalho na produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, ou seja, a avaliação e manejo dos casos. O objetivo principal é analisar o trabalho na produção do cuidado em saúde mental desenvolvido na Estratégia Saúde da Família no município de Arapiraca - Alagoas. Metodologia: será do tipo exploratório, descritiva-analítica, de natureza qualitativa, ancorada na Análise do Discurso (AD) de filiação francesa. O estudo será realizado nas Unidades Básicas de

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Março de 2019

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))