

Camila da Silva Eidam de Lima¹

Graduada em Psicologia pela Unicentro, Especialista em Saúde Mental e Mestre em Desenvolvimento Comunitário. Docente UNICESUMAR campus Ponta Grossa/PR. E-mail: camisilvapsi@gmail.com

Catarine Martins Torres²

Mestra em Desenvolvimento Comunitário (UNICENTRO), Especialista em Atenção à Saúde do Adulto Idoso (CHC-UFPR) e em Psicogerontologia (Unyleya) E-mail: catarinemartinstorres7@gmail.com

Cláudio Shigueki Suzuki³

Doutor em Ciências (EERP-USP). Docente do Departamento de Educação Física e do PPGDC, Vice Coordenador do PPGDC da UNICENTRO, Campus Irati/PR. E-mail: suzuki@unicentro.br

Emalline Angélica de Paula Santos⁴

Mestra em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC-UNICENTRO), Doutoranda PPGDC da UNICENTRO, Campus Irati/PR. E-mail: emallineaps@hotmail.com

Gustavo Zambenedetti⁵

Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Docente do PPGDC da UNICENTRO, Campus Irati/PR E-mail: gugazam@yahoo.com.br

Vanderléia Schinemann⁶

Mestra em Desenvolvimento Comunitário (UNICENTRO), Doutoranda no PPGDC da UNICENTRO, Campus Irati/PR. E-mail: vandisch@hotmail.com

UMA EXPERIÊNCIA DE INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: INTERFACES ENTRE FORMAÇÃO, ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL

Experience of community intervention and investigation: Interfaces between formation, primary health care and mental health

RESUMO

Este artigo parte do desafio apresentado em um programa de mestrado, que consiste em fomentar uma formação que articule a pesquisa no âmbito comunitário, sob um viés interdisciplinar. Nesse sentido, relataremos uma experiência de aproximação com um contexto comunitário, com o objetivo de levantar demandas locais e construir um projeto de intervenção. Uma Unidade de Saúde da Família foi escolhida como dispositivo comunitário para a realização do trabalho. Foram realizadas observações participantes do cotidiano da unidade. A experiência foi sistematizada em 3 movimentos: aproximação e levantamento de demandas; delimitação de uma problemática para a intervenção; construção e implementação de uma proposta de intervenção. Foi possível constituir um diagnóstico, destacando-se a saúde mental como um dos principais temas demandados pela equipe. Com base nisso, foi organizada uma oficina sobre saúde mental, com a participação da equipe da unidade, da coordenação de um serviço de referência em saúde mental e das mestrandas, propiciando um dispositivo de reflexão e aprendizagem. Percebeu-se a relevância do trabalho realizado para a sistematização de um modo de aproximação com a comunidade, sob viés participativo, propiciando uma articulação comunidade-universidade em que ambos se beneficiam.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental, Atenção Básica, Interdisciplinaridade, Comunidade, pesquisa participante.

ABSTRACT

This article is part of the challenge showed in a Master Program, which consists of promoting a formation that collaborates with community research and interdisciplinarity. We will report an experience about one approximation with community context, with the objective to know the local demands and build an intervention project. One Unity of primary Health was chosen to realize the work. Three participant observations were made during routine of this place. This experience was systematized in three movements: approximation and survey of demands, survey of problems, construction and implementation of the proposal. It was possible to find a diagnosis, and the mental Health was the featured, with the team participation. It was organized one mental Health workshop with the team; the coordination has and master students, creating a moment of reflection and learning. We perceived the importance of this work to systematize an approximation with the community, with the participation, providing an articulation community- university, with benefits for both.

Keywords: Mental Health. Primary attention. Interdisciplinarity. Community. Participant Research.

INTRODUÇÃO

A proposta deste artigo surgiu a partir de uma experiência vinculada a disciplina “Projeto de Investigação Exploratória da Comunidade”, ofertada pelo Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste, no Paraná. A disciplina tem como objetivo inserir os mestrandos no contexto comunitário e preconiza uma aproximação com o campo de estudo, possibilitando o levantamento de demandas para pesquisas e/ou intervenções, sob a perspectiva interdisciplinar e participativa, dentro de determinado território. O termo comunidade nos remete ligeiramente à concepção de um espaço físico delimitado, onde ocorrem relações de solidariedade. Bauman (2003 p. 7), afirma que ‘comunidade’ produz uma sensação boa, por causa dos significados que a palavra carrega. Isso reflete as características das comunidades primitivas que buscavam estratégias de proteção e sobrevivência por meio de laços afetivos. Assim, partimos do entendimento de comunidade a partir da noção de território complexo. Para Peruzzo (2009), a complexidade social do território não abandona as delimitações físicas e concomitantemente não se limita a elas. Entende-se território como o espaço da tomada de decisão e o lugar onde as relações e movimentações acontecem. Mendes (2009) chama de “território-processo” os espaços onde os sujeitos vivem com as suas características sociais, políticas, culturais e econômicas. É um espaço de organização social, de defesa da vida, de relações de conflito e de produção. Portanto, segundo Santos (2007), é na comunidade que se revela, de forma individual e coletiva, como as pessoas produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência.

Viver em comunidade, além de remeter a uma ideia de habitar determinado território e usufruir dos seus recursos, implica sobretudo na formação de laços sociais e produção da subjetividade. Porém, o território também é um lugar de tensões, pressupondo que é nele que as relações de dominação e apropriação emergem, não somente num sentido político, mas também simbólico.

Os conflitos fazem parte do processo humano e representam a divergência entre ideias e reações em relação à determinadas situações e são inerentes à vivência humana. Sendo assim, o conflito dentro de um território não deve ser visto somente de maneira negativa, mas como parte do processo de transformações desse território, como aponta Silva, Rocha e Chehab (2008):

Deve-se, pois, enxergar o conflito como revelador das discordâncias. Nesse sentido, vê-se que só quando se descobre realmente o que as pessoas pensam e sentem é que se pode chegar a uma conclusão efetiva e verdadeira. Construir sob falsos consensos é mascarar uma realidade e criar soluções que não resolvem o problema real, porque este não foi analisado e discutido.

Albuquerque (1999), demonstra que o próprio conceito de comunidade foi sofrendo transformações e reelaborações no decorrer do tempo, de acordo com determinadas sociedades. Peruzzo (2009), por exemplo, ressalta o quanto a sociedade contemporânea tem exigido uma noção mais ampla de comunidade, uma vez que estamos na era da globalização e as relações tem se dado à distância. Nesse sentido, uma comunidade pode ser um grupo online de pessoas que partilham interesses em comum.

O conceito de comunidade, segundo Albuquerque (1999), tem sido resgatado na sociedade moderna para tentar resolver muitos dos problemas contemporâneos, inclusive no campo da saúde através das políticas públicas. Uma das estratégias utilizadas desde o início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei 8.080/1990, tem sido a organização dos serviços de saúde de forma descentralizada, ou seja, delimitada por espaços geográficos, de forma a ficar mais próximo da comunidade e assim garantir a vinculação dos usuários ao sistema, conforme características das comunidades primitivas.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é considerada uma das portas de entrada prioritárias do SUS, tendo como objetivo desenvolver as mais diversas ações territoriais, pautadas na promoção, prevenção e tratamento em saúde. Ela faz parte da chamada Atenção Básica (AB) ou também Atenção Primária em Saúde (APS), termos hoje considerados equivalentes.

Algumas unidades básicas de saúde passaram a contar, desde 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF) que reorientou o modelo de assistência em saúde no Brasil. Em 2006, com a portaria nº 648, o Programa Saúde da Família passou a se chamar Estratégia Saúde da Família-ESF, visando ressaltar seu papel de mudança do sistema de saúde. A ESF é composta por uma equipe responsável pelo acompanhamento de famílias localizadas em área geográfica delimitada e tem como objetivo trabalhar para garantir a atenção integral à saúde dos usuários, através de ações individuais e coletivas abrangendo promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde. De acordo com a Portaria 2.436/2017, cada ESF atenderá uma população entre 2000 e 3500 pessoas, onde os serviços ofertados devem atender às demandas da população referenciada.

Ao se falar de saúde, deve-se considerar tudo aquilo que constitui o sujeito: sua condição física e biológica, sua condição socioeconômica, suas relações interpessoais, suas crenças, costumes e cultura (ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Nesse sentido, o cuidado integral em saúde passa a ser o eixo estruturante na organização dos serviços de saúde, superando a fragmentação da atenção de saúde e do modelo hospitalocêntrico e curativista. Esse modelo visa maior abrangência, qualidade e eficiência dos serviços, a partir da imersão e do comprometimento dos profissionais no contexto onde trabalham, por uma

abordagem coletiva centrada na família e na comunidade, possibilitando um trabalho de cunho territorial, descentralizado e acessível (FIRMINO et al, 2016). Para dar conta de toda a complexidade envolvida quando se trata de saúde e comunidade, para compreender os sujeitos existentes na sua integralidade, torna-se necessário a realização de atividades, ações e projetos de cunho interdisciplinar. Assim, partimos do conceito de interdisciplinaridade como uma necessária articulação de várias áreas do saber para compreender e lidar com a complexidade dos fenômenos referidos.

A interdisciplinaridade é um importante ponto de discussão na saúde, por propor uma abordagem integral dos sujeitos, grupos e comunidades. As discussões iniciais sobre comunidade e interdisciplinaridade despertaram a curiosidade sobre o serviço prestado à comunidade pelas Unidades Básicas de Saúde e, principalmente, as dificuldades vivenciadas na prática dos profissionais da ESF. O serviço de saúde, enquanto parte do contexto comunitário, tem importantes contribuições a oferecer para o fortalecimento das redes sociais de suporte para as comunidades.

Nesta perspectiva, a interdisciplinaridade não anula a ideia da especialidade, mas se pauta em um trabalho que conta com a união das mais diversas áreas de conhecimento, garantindo que o objeto de estudo ou intervenção seja visto por vários olhares que conversem e se completem (LEIS, 2005).

A interdisciplinaridade visa explorar ao máximo as potencialidades de cada campo do saber, partindo do ponto da criatividade e potencialidade (Santos et al, 2007). Costa (2007) complementa trazendo a ideia de que ao partilharem seus saberes todas as áreas devem sair enriquecidas desta comunhão. Não basta apenas conhecer ou emprestar o conhecimento do outro, mas incorporá-lo ao seu saber.

Com base nesse referencial, a intenção desse artigo é apresentar e discutir um projeto de inserção na comunidade, com vistas ao desenvolvimento de um levantamento de demandas e proposição de um projeto de intervenção, com abordagem participativa e interdisciplinar.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da ação utilizamos a pesquisa participativa, como forma de orientar nossa inserção no campo e o planejamento das atividades, por compreendermos que os participantes não são “objetos” de estudo, mas constituem-se como participantes ativos no processo de pesquisa. Nesse sentido, a pretensão de neutralidade aqui é desconsiderada, uma vez que os sujeitos ativos sofrem interferência dos pesquisadores, assim como interferem de forma ativa na pesquisa e nos próprios pesquisadores.

De acordo com Boterf (1999, p.32), “a pesquisa participativa, ao contrário das pesquisas tradicionais, pretende auxiliar a população envolvida a identificar por si mesma os seus problemas, a realizar a análise crítica destes e a buscar as soluções adequadas”. Deste modo, a definição dos temas discutidos nesse processo, emergiram da própria equipe de saúde, que elencaram quais eram as maiores dificuldades no cotidiano de suas ações, para então, posteriormente em conjunto com a rede local de Saúde, diagnosticar as fragilidades dessa rede, bem como buscar conjuntamente as possíveis estratégias de superação.

Enfatizamos ainda, que para desenvolver uma metodologia participativa, é necessária uma mudança de postura do pesquisador e dos pesquisados. Por vezes, em processos de pesquisas, a postura dos pesquisados é de espera por

soluções adequadas, prontas, trazidas pelos pesquisadores, tidos, como “especialistas”, porém nessa proposta de metodologia participativa, Oliveira e Oliveira (1985, apud Rocha e Aguiar, 2003) afirmam que todos são coautores, em todas as fases da pesquisa, do diagnóstico à construção de possíveis soluções para as questões. Portanto, caracteriza-se como um processo contínuo, porque faz parte do cotidiano dos envolvidos, provocando transformações em cada sujeito envolvido e nas relações entre esses.

Rocha e Aguiar (2003) referem a necessidade das estratégias serem repensadas para que o desenvolvimento comunitário ou desenvolvimento local sejam utilizadas, de fato, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem nas comunidades. Nesse sentido, Fragoso (2005) afirma que nem sempre o desenvolvimento abrange o real objetivo da ação comunitária, refletindo muitas vezes nos interesses do Estado e não sobre os da comunidade propriamente dita.

Para tentar superar essa fragmentação, é substancial incentivar-se e proporcionar-se a participação da população envolvida como prioridade em todas as etapas do processo de pesquisa, pois, segundo Fragoso (2005, p.44), “a participação está intimamente ligada aos processos de conscientização”, ou seja, deve haver criação de conhecimento de forma com que as pessoas sintam que é possível transformar a realidade à sua volta.

Período e caracterização do campo

A intervenção foi realizada no ano de 2017 numa unidade de saúde localizada em um município da quarta Regional de Saúde do Paraná. O bairro é predominantemente residencial, com população aproximada de 12.000 habitantes, sendo considerado o segundo maior bairro do município com área equivalente a 2,473 km quadrados e aproximadamente 2.000 unidades residenciais. A Unidade de Saúde conta com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Sobre a organização e funcionamento da Unidade de Saúde, a equipe era formada por diversos profissionais, entre eles, médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de odontologia (dentista e técnico em saúde bucal), auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, motorista e estagiários. Com exceção dos estagiários, todos os profissionais possuíam vínculo efetivo com a prefeitura municipal, através de concurso público. Havia aproximadamente 10.600 prontuários cadastrados na Unidade, para os quais, a ESF é referência para os atendimentos em saúde, principalmente para consultas médicas. A ESF é referência para 8 bairros da região, porém, não conseguem realizar o acompanhamento de toda demanda, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (2012), tendo cobertura de 30 a 40 % da área por equipe de Agentes Comunitários de Saúde, o que equivale ao atendimento de 1350 famílias, superando de maneira considerável o número de pessoas previsto na portaria anteriormente citado, de 2000 a 3500 habitantes por equipe.

Além da ESF, o bairro conta com outros dispositivos disponíveis para a comunidade como: Escolas, Igreja, Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS), Centro de Convivência do Idoso; Conselho da Comunidade; Quadra de Esportes; Parque Aquático; etc.

Equipe condutora da ação

A equipe condutora da ação foi constituída por quatro mestrandas do Programa de Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Entre elas, 3 eram psicólogas e 1 era assistente social, todas com vivências profissionais anteriores e/u atual no campo da saúde.

Dispositivos de aproximação e produção dos dados

A intervenção iniciou-se por um primeiro contato com o campo através da apresentação das mestrandas e da proposta do projeto, primeiramente para a enfermeira responsável e posteriormente para a equipe. Durante dois dias as mestrandas puderam acompanhar as atividades da UBS, bem como conhecer as proximidades da Unidade e conversar com a equipe sobre a rotina de trabalho, de maneira participante e ativa. Durante as conversas com a equipe, os integrantes falavam sobre suas experiências, dificuldades e desafios do trabalho.

Através das primeiras observações e diálogos com a equipe, as mestrandas se reuniram novamente com a enfermeira para, de forma conjunta, elencarem possíveis temas à serem discutidos. O tema saúde mental surgiu com frequência como uma demanda a ser trabalhada com a equipe, optando-se pela realização de uma oficina sobre essa temática.

O dia escolhido para a realização da oficina possibilitou a presença de toda a equipe, bem como das mestrandas e também de trabalhadores dos serviços de saúde mental do município, convidados pelas mesmas. Todos os dados, observações das mestrandas, bem como informações pertinentes foram registradas em um diário de campo.

RESULTADOS

O perfil das 20 participantes da pesquisa foi o seguinte quanto à faixa etária: 3 Os resultados da experiência foram sistematizados e serão apresentados em 3 movimentos. O primeiro consiste na aproximação e exploração com/da comunidade para o levantamento de demandas. O segundo momento é caracterizado por um movimento de afinilamento e delimitação de um tema ou problemática para a construção de uma proposta de intervenção. O terceiro momento consiste na formulação de uma proposta de intervenção e sua implementação.

Primeiro movimento: aproximação com o campo, exploração e levantamento de demandas

É muito comum, no âmbito acadêmico, que os pesquisadores construam projetos de pesquisa e, posteriormente, procurem os serviços de saúde para atuarem como “campos de pesquisa”. Neste caso, a proposta de pesquisa já está dada de antemão e nem sempre coincidem com os problemas ou demandas dos serviços de saúde.

A pesquisa participante busca partir de um movimento inverso: ao invés de chegar na comunidade com o problema e a proposta já delimitada, trata-se de levantar junto com o campo as problemáticas e demandas que este considera relevantes.

Nesse sentido, compreendemos que o primeiro movimento da equipe de pesquisa/intervenção está relacionado à aproximação com o campo e

levantamento de demandas, com vista a construção de um “diagnóstico”. Barembliitt (2002) afirma a possibilidade de constituição de um diagnóstico em diferentes momentos da constituição do campo de análise. O diagnóstico, segundo esta perspectiva, tem um caráter sempre provisório e busca contribuir com a construção de um planejamento em relação a um determinado processo. Parte da caracterização de uma realidade, permitindo levantar hipóteses sobre seu processo de construção e detectar aspectos problemáticos, assim como as forças que podem potencializar as mudanças.

A aproximação com a comunidade teve como objetivo conhecer o território, os serviços disponíveis na Unidade de Saúde e pactuar com a coordenação a proposta da atividade de campo, levantando demandas que pudessem ser trabalhadas no período da inserção.

Após o conhecimento do espaço físico e profissionais atuantes na equipe, a coordenação relatou as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho, revelando a ausência de ações voltadas para saúde mental, saúde do idoso e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Também tivemos a oportunidade de acompanhar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, enquanto organizavam relatórios e se preparavam para a realização das visitas domiciliares. Na conversa com os ACS, esses elencaram dificuldades para desenvolvimento do trabalho, devido à falta de identificação para aproximar-se das famílias, raros momentos de capacitação para o desenvolvimento de suas funções e escasso acesso a materiais informativos e de expediente para a execução do trabalho. A maioria dos ACS havia assumido o trabalho há poucos meses, o que justifica eles trazerem dificuldades relacionadas à aproximação com a comunidade. Quando indagamos sobre atendimentos de usuários com ISTs/AIDS, pessoas com transtorno mental, usuários de álcool, crack e outras drogas, os ACS afirmaram que tais casos não chegavam até eles, e quanto aos idosos, referiram que a maioria apresentava poucas demandas para os serviços de saúde. Nessa oportunidade, a Técnica de Odontologia relatou desconhecimento quanto a rede de atenção à saúde e intersetorial, o que dificulta o encaminhamento e orientação dos casos atendidos por ela.

Segundo movimento: delimitação de um tema ou problema de intervenção

Se o primeiro momento é de abertura e exploração, o segundo momento é afinamento, que consiste na escolha de uma problemática como foco para a construção da proposta de intervenção.

Diante das demandas encontradas, em um novo encontro realizado com a coordenação da UBS, o tema da saúde mental foi elencado como foco de intervenção, considerando a percepção da coordenação de que esta consistia na principal dificuldade enfrentada pela equipe, por acreditar que possuíam pouca formação na área. As dificuldades referem-se à realização da estratificação de risco e à prestação do atendimento às pessoas que apresentam uso, abuso ou dependência de crack, álcool e outras drogas.

É importante indicar que compreendemos que as demandas não são naturais, mas sim produzidas (BAREMBLITT, 2002). Nesse caso, essa demanda possivelmente tenha emergido em decorrência da equipe ter sido demandada pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Regional de Saúde a efetivar a classificação de risco, diante do cenário da implantação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado do Paraná, encontrando dificuldades para efetivar tal solicitação. Além disso, o fato de algumas mestrandas ocuparem

profissões reconhecidas como sendo da saúde mental, também pode ter contribuído para tal endereçamento de demanda.

Terceiro movimento: construção e implementação da proposta de intervenção “Oficina sobre Saúde Mental na Atenção Básica”

O terceiro movimento foi caracterizado pela construção de uma ação junto à equipe, que consistiu em uma oficina sobre saúde mental na atenção básica. A oficina teve como objetivos: disponibilizar um momento de reflexão sobre saúde mental na atenção básica, favorecendo o repensar das práticas cotidianas; possibilitar o encontro e diálogo com outros pontos da rede de atenção psicossocial, proporcionando o compartilhamento e, principalmente, o estreitamento dos vínculos da rede.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) aponta que mais de 50% dos casos que chegam até a atenção básica possuem algum agravamento em saúde mental e que 80% dos casos que chegam ao serviço especializado em Saúde Mental (Ambulatório, CAPS) não precisariam ser encaminhados até eles e que poderiam ser acompanhados na própria Unidade de Saúde Básica. O chamado Matriciamento, ou apoio matricial (AM) vem para reorganizar o atendimento em saúde mental a partir da rede básica, modificando a maneira de trabalhar o sofrimento psíquico estimulando a integração da rede e assim, fortalecendo-a.

O apoio matricial é uma estratégia que contempla a descentralização das ações em saúde mental, perpassando o modelo biomédico de saúde e transformando a rede em uma clínica ampliada, facilitando o acesso do usuário ao serviço e do vínculo com o mesmo, pautado na junção dos mais diversos saberes, culminando em um serviço humanizado e numa atenção longitudinal e de forma integral desse sujeito. É constituído por um conjunto de ações, onde a equipe especializada em Saúde Mental desenvolve ações conjuntas com as equipes da atenção básica na lógica da interdisciplinaridade e corresponsabilização do usuário, permitindo um trabalho ampliado, articulado e qualificado, garantindo o acesso da pessoa com transtorno mental a todos os serviços que fazem parte da rede (HIRDES, 2015).

Como a equipe de ESF relatou pouco conhecimento em relação a Rede de Saúde Mental e as formas de encaminhamento, foi sugerido a inclusão de alguns profissionais/representantes dos pontos de atenção da Rede Local de Saúde Mental, como as coordenações do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, e do Ambulatório Municipal de Saúde Mental, como forma de promover uma aproximação e articulação entre eles, para além de apenas apresentarmos esses serviços e fluxos. O referido CAPS está localizado no município, mas possui abrangência regional, com atendimento a outros 8 municípios, além do município sede. Já o ambulatório de saúde mental atende apenas casos do município.

A inclusão de outros atores da rede de atenção psicossocial esteve em consonância com a ampliação do grau de participação e fomento da autonomia. Visto que a participação das mestrandas seria temporária, buscamos auxiliá-los a se perceberem como possíveis parceiros de trabalho, numa perspectiva de corresponsabilização entre atenção básica e atenção especializada. Além disso, esse contato abriu a possibilidade para que não abordássemos apenas a ideia de uma rede idealizada ou prevista nas portarias ministeriais, mas a rede tal qual está constituída no município, incluindo suas potencialidades e fragilidades.

Além disso, fica evidente aqui o papel do “especialista” frente aos grupos. Barembliitt (2002) demonstra que este papel não pode ser negado, uma vez que

pode trazer contribuições, mas ao mesmo tempo deve ser problematizado, para não correr o risco de se tornar prescritivo, tornando os sujeitos envolvidos na ação como passivos. O especialista deve ser colocado como um facilitador ou catalizador dos processos, fomentando os movimentos de autoanálise dos grupos.

A realização da Oficina de Saúde Mental contou com a participação dos funcionários da Unidade de Saúde (Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeira, Técnicas de Enfermagem, Dentista, Auxiliar de odontologia, Auxiliar de Serviços Gerais, Motorista e Estagiário administrativo) e um representante do CAPS, sendo que os convidados dos Ambulatórios de Saúde Mental não compareceram. Com a realização desta atividade, buscou-se desmistificar a saúde mental, estimulando a reflexão sobre medicalização e a autonomia do usuário, repensar a estratificação dos casos, elencando possibilidades de trabalhos e devidos encaminhamentos, bem como a corresponsabilização do trabalho em rede. A oficina foi realizada em 4 momentos: 1 - apresentação dos participantes e da proposta da oficina; 2 - Discussão sobre o que é saúde mental; 3 - Apresentação dos casos-analisadores e discussão sobre possibilidades de atendimento e/ou encaminhamento; 4 - Encerramento.

O que é Saúde Mental?

Os participantes relataram que saúde mental seria estar bem consigo mesmo, ter dinheiro e ser tranquilo. Após os questionamentos sobre os diversos aspectos que podem produzir sofrimento psíquico, tais como os atuais modos de vida, as dificuldades financeiras e materiais, a vulnerabilidade, a cobrança pela felicidade eterna e a busca incessante do prazer, chegou-se a ideia de saúde mental como a maneira como cada um consegue lidar com as condições e adversidades da vida. Esse entendimento aproxima a saúde mental à realidade dos profissionais, desmistificando o tema e proporcionando identificações, que foi demonstrado quando relatavam momentos pessoais de sofrimento ou casos de conhecidos que vivenciaram transtornos mentais.

Esse conceito está em consonância com a compreensão de Canguilhem (2000), o qual afirma que a saúde não diz respeito a ausência de problemas ou a um estado perfeito, mas sim, às possibilidades de ter problemas ou adversidades e conseguir reagir a eles.

Também, discutimos sobre a Política Nacional de Saúde Mental refletindo sobre os modelos de tratamento anteriores à Reforma Psiquiátrica e as mudanças após sua aplicação. Foi discutido a ideia de exclusão dos diferentes, que regia diversas ações disciplinares da sociedade, e o quanto a história é influente no estranhamento que ainda sentimos frente ao que foge da norma. Os profissionais narraram violências e violações de direitos humanos retratados documentários e filmes sobre o tema, e explanaram situações de usuários “sequelados” devido aos tratamentos realizados.

Apesar da reforma psiquiátrica e dos novos modelos de atenção em saúde mental, a pessoa com transtorno mental ainda possui uma representação social bastante negativa, fortalecendo ainda mais a ideia de exclusão, rejeição e discriminação desse sujeito (THORNICROFT, 2009). Tal fato acaba ainda por sustentar a lógica manicomial de tratamento, o que implica na dificuldade, resistência ou insegurança por parte dos trabalhadores da saúde em abordá-lo ou acompanhá-lo, muitas vezes, culminando até na exclusão desse sujeito dos serviços que deveriam atendê-lo.

O usuário, a família, o território e a comunidade formam uma rede de atores com saberes e fazeres diferenciados. As ações conjuntas entre Saúde Mental e a Atenção Básica podem contribuir na prevenção e promoção de saúde e não devem se limitar à medicalização e “patologização” do sofrimento, mas a espaços que promovam qualidade de vida a toda comunidade.

Ao se tratar de saúde mental na estratégia de saúde da família, o usuário deixa de ser um número de prontuário e passa a ser visto como parte de um contexto dinâmico, visto a partir das tramas que formam a sua vida, a partir do seu território. A ideia da continuidade do tratamento na ESF permite ao usuário se corresponsabilizar pela sua melhora, bem como promover o seu envolvimento e, também, dos seus familiares, promovendo transformações significativas em seus modos de vida. As ações de saúde mental, além de prevenir agravos como suicídios, doenças e situações de violência, deve visar também o desenvolvimento da cidadania, autonomia e dignidade do usuário. (LANCETTI e AMARANTE, 2006)

Essa discussão fundamentou a atividade realizada posteriormente, pois apresentou os modelos substitutos de tratamentos para saúde mental, como CAPS, ambulatórios e urgência/emergência (atendimentos nos momentos de crises e casos que demandam internação). Para a atividade, cada participante recebeu placas com identificações dos serviços citados e após a leitura de alguns casos teriam que escolher para qual serviço encaminhariam o usuário.

É importante ressaltar que esse método foi escolhido justamente por ser participativo, de acordo com o viés que propomos nesta atividade, e por exigir que os participantes se coloquem em cena, pensando coletivamente, não a partir de uma rede ideal, mas a partir das condições concretas que eles apresentam. Os casos construídos buscaram se aproximar de casos semelhantes aos relatados que eles encontram na UBS. Nesse sentido, trata-se não de “fazer por eles” a classificação de risco, mas de “fazer com eles”, a partir de discussões de casos concretos e da realidade que eles apresentam.

Casos analisadores

O “analisador construído”, segundo Baremlitt (2002) se refere a dispositivos criados para expressarem conflitos ou contradições, assim como as possibilidades para sua resolução. Chamamos de “casos analisadores” determinadas situações que emergem no cotidiano da assistência em saúde mental e que desafiam as equipes de saúde, evidenciando contradições, tensionamentos, assim como as estratégias constituídas para sua resolução.

O primeiro caso, se referia à situação de uma pessoa que bebia abusivamente por vários dias, interrompendo um período de abstinência. Negava depressão ou ideias de suicídio e associava a relação com o álcool com situações de dificuldade financeira. Temia que o abuso do álcool viesse a prejudicar sua carreira de professor, pois era dedicado e bem-conceituado entre os colegas de profissão. Assim, os profissionais elencaram como possíveis encaminhamentos o serviço de ambulatório e a Unidade Básica de Saúde (em maior número). Diante da solicitação de explanação dos motivos que levaram a escolher a Unidade Básica de Saúde, os profissionais referiram que o Agente Comunitário de Saúde identificaria o caso e, se necessário, pediria o encaminhamento para os demais serviços. Ainda, como o usuário não tinha ideias de suicídio e negava depressão, os profissionais consideraram que o caso poderia ser acompanhado pela própria equipe da Unidade de Saúde.

Iniciou-se uma discussão sobre a burocratização do serviço de saúde que, por vezes, engessa e dificulta a execução da atenção ao usuário e também, a insegurança e falta de manejo para lidar com as questões referentes ao uso de álcool e outras drogas. Outra questão, levantada por alguns membros da equipe era o desconhecimento sobre o que é CAPS e sua atuação. Foi esclarecido, e discutido sobre as particularidades da rede de saúde mental, as potencialidades e os desafios presentes e sentidos por esta equipe específica.

O segundo caso era referente a uma adolescente de 16 anos que via pessoas conhecidas lhe fazendo propostas sexuais e ficava longos períodos olhando para as paredes, era agressiva, escrevia nomes estranhos e fazia desenhos “bizarros” no chão de sua casa. Atualmente, não se alimentava, não falava e ficava imóvel na cama ajoelhada e rindo. Não tinha contato verbal nem visual, estava emagrecida e com escaras de decúbito. Para os profissionais, a usuária demandava atendimento de todas as esferas passando pela UBS, ambulatório, CAPS e urgência e emergência, levantando o questionamento do que fazer diante da agressividade dos usuários. Foi trabalhada a importância de manter um limiar de segurança, conhecer o usuário e ter um profissional de referência com vínculo estabelecido com ele, o que facilitaria o manejo.

Outra questão levantada pelos profissionais foi sobre a possibilidade do encaminhamento direto ao CAPS e sobre quem poderia fazer tal solicitação. O profissional representante do CAPS respondeu que a ideia era estabelecer uma equipe de referência para estratificar os encaminhamentos, mas que as demandas espontâneas poderiam ser encaminhadas diretamente ao CAPS por qualquer profissional. Continuou relatando alguns casos de usuários que poderiam estar sendo acompanhados por este serviço, se não fossem os encaminhamentos inadequados, e sobre a importância do instrumento de Estratificação de risco em Saúde Mental, em fase de reformulação, para gerenciar e favorecer os encaminhamentos.

Ainda, o representante do CAPS esboçou a dificuldade do contato com a gestão do município para realizar os treinamentos com as equipes da atenção básica e sua intenção em efetivar a capacitação aos profissionais o quanto antes. Referente à solicitação de um encaminhamento, foi apontado a necessidade de descentralização do saber/poder médico e a autonomia dos demais profissionais que podem e devem realizar tais ações. Nesse sentido, foram manifestados tensionamentos que perpassam a rede de saúde, tornando evidente que as comunidades são permeadas tanto por forças de cooperação quanto por forças que levam à fragmentação ou não cooperação entre os participantes.

O terceiro e último caso foi o de um usuário de crack que cometia furtos para manter o uso de drogas. Havia sido detido pela polícia, encaminhado para internamento pelo CAPS mais de 5 vezes, sendo algumas vezes por determinação judicial. Encontrava-se muito emagrecido, confuso e arredio ao tratamento oferecido. Diante deste caso, a equipe da Unidade referiu a dificuldade de acesso ao usuário, pois geralmente são levados diretamente para a emergência e de lá são encaminhados para clínicas de reabilitação ou para as Comunidades Terapêuticas, sem passar pela UBS. Ainda, mencionaram que a dificuldade do acesso está relacionada à negação por parte dos usuários que não assumem o uso/abuso de tais substâncias, mesmo diante de situações evidentes. Uma dentista relatou o caso de um usuário que visivelmente chegava para as consultas sob uso de álcool, mas quando questionado negava. Uma Agente Comunitária de Saúde expõe o medo que sente diante de alguns moradores da região diagnosticados com transtornos mentais, e a falta do conhecimento técnico para lidar nessas situações.

Zambenedetti et al (2014), através de uma experiência de formação de ACS, demonstra que o que dificultava, em parte, o trabalho deles com usuários de drogas era justamente a imagem estigmatizada que faziam dessas pessoas e a falta de empatia, que acabava distanciando os profissionais dessas pessoas, inviabilizando, portanto, o trabalho. Além disso, demonstrou que as/os ACS diziam conversar com as pessoas, porém, quando indagadas sobre como eram essas conversas, era possível observar um caráter prescritivo e moral, ao invés de uma construção de estratégias de enfrentamento em conjunto. Nesse sentido, é importante ressaltar a necessidade da constituição de vínculo com os usuários e da sensibilização dos profissionais para este trabalho.

A oficina foi finalizada com a pontuação de que o objetivo era desacomodar, disparar tensionamentos junto aos participantes, para que novas atuações e pactuações pudessem ser estabelecidas com a rede. A partir da intervenção, o CAPS se propôs a realizar discussões dos casos da região, repensando sobre os modos de encaminhamentos e a realização do treinamento da equipe para a utilização da estratificação de risco. Assim, a oficina facilitou o estreitamento dos vínculos dos profissionais atuantes na saúde, ampliando o trabalho em rede e buscando mecanismos para efetivar parcerias entre os serviços.

Avaliação

Por fim, procedeu-se ao fechamento da oficina, quando os participantes puderam avaliar as contribuições e limitações do processo. Entre as contribuições, foi destacado a ampliação do grau de compreensão acerca de algumas questões relacionadas ao campo da saúde mental. Também foi destacada a aproximação entre os serviços de atenção básica e saúde mental. Entre as limitações, foi destacado que o tema é bastante complexo e poderia demandar um maior tempo de intervenção. Ao mesmo tempo, foi aberta a possibilidade de que o suporte, então fornecido pelas mestrandas, fosse suprido pelos serviços de saúde mental do município, através do apoio matricial, o que poderia garantir um suporte contínuo e articulado à rede de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível sistematizar uma experiência de inserção comunitária, com vistas ao levantamento de demandas junto a uma equipe de Saúde da Família e proposição de uma intervenção, com caráter participativo e interdisciplinar. Do ponto de vista da sistematização da experiência, destacamos três movimentos. O primeiro movimento consiste na aproximação com o contexto comunitário, visando colocar-se em contato com o território e os atores daquele contexto e levantar problemas ou demandas de intervenção. O segundo movimento consiste na delimitação de uma problemática a ser abordada, exigindo uma priorização com base na percepção dos atores da comunidade e nas possibilidades da equipe de intervenção. Por fim, o terceiro movimento consiste na construção e implementação de uma proposta de intervenção junto à comunidade. Apesar das especificidades desta experiência, pensamos que estes três movimentos podem dar subsídios a outras propostas de investigação e intervenção em contextos comunitários.

Foi possível desenvolver um diagnóstico e uma proposta de intervenção, produzindo a investigação de um fenômeno em movimento. Essa é uma das

potências e, ao mesmo tempo, desafio da pesquisa participante, pois ela investiga uma realidade em transformação, na qual os pesquisadores estão envolvidos.

A intervenção proposta possibilitou à equipe de saúde da família maior compreensão sobre o campo da saúde mental e sobre como pensar critérios que possam contribuir para a classificação de riscos, visto ser esta uma demanda apresentada pela equipe. Além disso, possibilitou a aproximação da equipe com um dos serviços de referência em saúde mental do município, visando o fomento do trabalho em rede e cooperativo.

Destacamos a importância da aproximação da Universidade com a comunidade na qual ela está inserida. Ao pensar um programa de mestrado interdisciplinar em desenvolvimento comunitário, este deve ocupar os mais diversos espaços, permitindo o encontro do conhecimento acadêmico produzido com a população, reforçando o seu papel social, de atender as demandas da sociedade através da construção do conhecimento e da sua aplicabilidade para o desenvolvimento da mesma.

Entende-se que a interdisciplinaridade possibilita a ampliação do grau de transversalidade. Por transversalidade compreende-se o aumento do grau de comunicação e de trocas, rompendo com a verticalização ou hierarquização. Segundo Pedroso e Vieira (2009, p. 696), transversalizar “é colocar os saberes e práticas de saúde no mesmo plano comunicacional, provocando a desestabilização das fronteiras dos saberes, territórios de poder e modos instituídos nas relações de trabalho, para produção de um plano comum”.

Dessa forma, fomenta-se o viés participativo, onde cada sujeito participante deste processo percebe-se como responsável pela transformação e ressignificação do seu fazer.

O mundo é complexo e dinâmico, sendo imprescindível a busca pelo conhecimento de maneira global, não buscando certezas e reproduzindo saberes, mas transformando-os. Nesse sentido, quando o assunto é Saúde Mental é impossível planejar a atenção à saúde, sem considerar a interdisciplinaridade no bojo de qualquer prática.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. M. B. de. **Comunidade e sociedade:** conceito e utopia. Ano XVIII, Nº 20, pp. 50 – 53. Raízes, 2009

ARANTES, L.J; SHIMIZU H.E; MERCHÁN-HAMANNE.: The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: A literature review. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2016

BAUMAN, Z. **Comunidade:** a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zajar, 2003.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes:** teoria e prática, 5ed., Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BOTERF, G.L. Pesquisa participante: Propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDRÃO, C.R.. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial**. Governo Federal. Disponível em www.saude.gov.br/saudemental. Brasília, 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 2.436/2017 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, set. 2017.

LANCETTI, A. AMARANTE, P. in CAMPOS, G W; MINAYO M C et AL. **Tratado de saúde coletiva**. Hucitec. 2012.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Men-tal**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 107-124. 2007

FIRMINO, A. A. et al. **Atuação de enfermeiros na estratégia de saúde da família em um município de Minas Gerais**. Saúde (Santa Maria), [S.l.], p. 49-58, jun. 2016.

FRAGOSO, A. Desenvolvimento Participativo: uma sugestão de reformulação conceptual. **Revista Portuguesa de Educação**. ISSN 0871-9187, 2005.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. Rio de Janeiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 371-382. 2015.

LEIS, H.R. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v. 6, n. 73, p. 2-23, 2005.

MENDES, E.V. **Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

PEDROSO, R. T; VIEIRA, M. E. M. & Vieira, Maria Edna Moura. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface - Comunicação**, Saúde, Educação, 2009.

PERUZZO, C. M. K. **Conceitos de comunidade, local e região**: inter-relações e diferença. São Paulo – v. 12, n. 24, p. 139-152, Líbero, 2009.

PETRAGLIA, I. **Edgar Morin**: a educação da complexidade do ser e do saber. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

ROCHA, M.L.; AGUIAR. K.F. Pesquisa - Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.23, p. 64-73, 2003.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. In: BECKER, B. K.; SANTOS, M. (Org.). **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SILVA, A; CASOTTI, L; LIMA, C.A; CHAVES, S. C. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, núm. 1, 2013.

SILVA, C.W.F; ROCHA, D.A, CHEHAB, I.M.C.V. **Comunidade, Conflito e Mediação**. Ceará, 2008.

THORNICROFT, et. Al. Padrão global de discriminação experimentada e antecipada contra pessoas com esquizofrenia: estudo transversal. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 12(1), 141-160.2009

ZAMBENEDETTI, G. et al. Psicologia e Análise institucional: Contribuições para os Processos Formativos dos Agentes Comunitários de Saúde. **Psicologia Ciência Profissão**. Brasília , v. 34, n. 3, p. 690-703, Setembro, 2014 .

Recebido em: 22-08-2018

Aceito em: 25-05-2020