



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

NADJA LOPES REIS

**SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE: REFLEXÕES SOBRE A COMPLEXIDADE DO
CUIDADO EM TERRITÓRIO EM CONTEXTO DE PANDEMIA**

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2020

NADJA LOPES REIS

SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE: REFLEXÕES SOBRE A COMPLEXIDADE DO
CUIDADO EM TERRITÓRIO EM CONTEXTO DE PANDEMIA

Monografia apresentada a UFT - Universidade Federal do Tocantins - Câmpus Universitário de Miracema do Tocantins- para obtenção de título de Bacharela em Psicologia, sob orientação da Professora Dra. Cristina Vianna M. Santos.

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

R375s Reis, Nadja Lopes.
Sofrimento psíquico grave: Reflexões sobre a complexidade do cuidado em território no contexto de pandemia. / Nadja Lopes Reis. – Miracema, TO, 2021.
50 f.
Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2021.
Orientadora : Dra. Cristina . Vianna M. Santos
1. Sofrimento psíquico grave. 2. Cuidado em território. 3. Complexidade. 4. Pandemia. I. Título

CDD 150

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

NADJA LOPES REIS

SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE: REFLEXÕES SOBRE A COMPLEXIDADE DO
CUIDADO EM TERRITÓRIO EM CONTEXTO DE PANDEMIA

Monografia apresentado à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema do Tocantins, Curso de Psicologia foi avaliado para a obtenção do título de Bacharel e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de Aprovação: 23/04/2021

Banca examinadora:

Profa. Dra. Cristina Vianna Moreira dos Santos - Orientadora, UFT.

Profa. Dra. Jamile Luz Morais Monteiro - Examinadora, UFT.

Prof. Dr. Ricardo M.G de Almeida - Examinador, UFT.

À Elisa e Assis, Katerine e Sarah

AGRADECIMENTOS

Ao meu sistema familiar por compreender a minha ausência e as transformações em mim a partir desse curso. Especialmente ao “meu” esposo que “segurou a corda” ao longo desses anos e a “minha” pequena Elisa, que ainda que não entendesse os motivos da minha ausência, aceitou com esperança minhas justificativas e se conteve em outros colos não menos importantes.

Às amigas Sarah e Katerine por serem continente em minhas angústias. Obrigada porque estiveram sempre prontas para me ajudar, inclusive nesta pesquisa.

À professora e orientadora Dra. Cristina Vianna pela segurança transmitida mesmo diante de tanta incerteza e pelo respeito a minha forma de ser.

Aos profissionais da saúde que me possibilitaram a realização dessa pesquisa.

A Universidade Federal do Tocantins, Câmpus de Miracema que possibilitou minha frequência no curso por meio de flexibilização de horários de trabalho. Obrigada aos colegas e a chefia que compreenderam as minhas necessidades acadêmicas.

RESUMO

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa de campo realizada em um município no interior do Tocantins, com o objetivo de analisar os processos de cuidado em saúde mental realizados em território, especialmente os destinados à pessoa em sofrimento psíquico grave e sua família. O interesse pelo tema partiu das vivências acadêmicas e do desejo em conhecer como se realiza a atenção a esse público em cidades onde não há CAPS. Nos respaldamos na teoria do pensamento sistêmico por entendermos que todos os aspectos da saúde são complexos em razão do grande número de interações presentes nesse fenômeno. Os procedimentos utilizados foram a observação, a entrevista semiestruturada e a roda de conversa com profissionais que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, nos atentando para o Agente Comunitário de Saúde por entendermos que esses são os profissionais que atuam mais próximo da família. Este é um estudo descritivo e a investigação nos levou a perceber que, quase vinte anos depois da Reforma Psiquiátrica, o cuidado em território é desafiador e carece de muito esforço e empenho dos envolvidos para alcançar os resultados esperados. Assim, entendemos que a possibilidade desse cuidado é cheia de desafios que podem se tornar obstáculos se baseados em uma visão objetiva de mundo e que a boa articulação da Rede de atendimento em saúde mental é primordial para efetivação desse modelo.

Palavras-chave: Sofrimento Psíquico Grave. Cuidado. Território. Complexidade. Pandemia. Tocantins.

ABSTRACT

The present work is the result of a field research carried out in a municipality in the interior of Tocantins, with the objective of analyzing the mental health care processes carried out in the territory, especially those aimed at people in severe psychological distress and their family. The interest in the theme came from the academic experiences and the desire to know how to care for this public in cities where there is no CAPS. We support the theory of systemic thinking because we understand that all aspects of health are complex due to the large number of interactions present in this phenomenon. The procedure used was observation, the semi-structured interview and the conversation circle with professionals that make up the Psychosocial Care Network, paying attention to the Community Health Agent because we understand that these are the professionals who work closest to the family. This is a descriptive study and the investigation led us to realize that, almost twenty years after the Psychiatric Reform, care in the territory is challenging and requires a lot of effort and commitment from those involved to achieve the expected results. Thus, we understand that the possibility of this care is full of challenges that can become obstacles if based on an objective view of the world and that the good articulation of the Mental Health Care Network is essential for the realization of this model.

Keywords: Severe Psychic Suffering. Care. Complexity. Territory. Pandemia. Tocantins.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO -----	09
2	OBJETIVOS -----	13
2.1	Objetivo Geral -----	13
2.2	Objetivo Específico -----	13
3	O <i>EXPASSO</i> DA LOUCURA -----	14
4	A COMPLEXIDADE NO CUIDADO EM TERRITÓRIO -----	19
5	METODOLOGIA -----	23
5.1	Tipo de pesquisa -----	23
5.2	Participantes -----	23
5.3	Instrumento -----	23
5.4	Procedimento -----	24
5.5	Análise de dados -----	25
6	RESULTADOSE DISCUSSÃO -----	26
6.1	Observação -----	26
6.2	Entrevistas -----	27
6.2.1	Entrevista CAPS-----	28
6.2.2	Entrevista Atenção Básica-----	29
6.3	Roda de Conversa -----	34
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	43
	REFERÊNCIAS -----	45
	APÊNDICE -----	47

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é resultado da investigação dos processos de cuidado em saúde mental voltado à pessoa em sofrimento psíquico grave, realizado em território. O construto “sofrimento psíquico grave” lança um olhar sobre o fenômeno humano em sua angústia existencial manifesta internamente ou nas relações sociais sofríveis.

A proposição desse termo é feita por Costa (2013) e visa a superação das classificações psiquiátricas que tendem a desconsiderar o sofrimento apontando para fenômenos internos, relacionais e dinâmicos que estão para além do sintoma, buscando naturalizar o sofrimento humano inclusive os ditos psicóticos. Já a expressão “grave” não visa a uma classificação, sendo apenas um qualificativo para enfatizar a intensidade do sofrimento. Demonstra que o sofrimento psíquico inerente a todo ser humano está em uma dimensão considerada suportável e o sofrimento psíquico grave em outra, considerada desorganizadora. Esse é um construto que considera a complexidade do sofrimento humano.

O sofrimento psíquico grave se reporta, portanto a toda manifestação aguda, da angústia humana (seja pela linguagem seja pelo comportamento que não é- ou não tem sido bem compreendida. [...] Assim, entendemos o sofrimento psíquico como sendo: a) algo essencial e inerente a todo ser humano; b) que se constrói e é expresso nas relações (afetivas, sociais e culturais) c) que demanda delimitação em cada particularidade; d) é simbolizado de forma diferente em cada sujeito; e) que no caso do sujeito “tido como psicótico” existe uma particularidade a ser entendida, estudada e respeitada, além de demandar o desenvolvimento de formas de dar continência, apoio e cuidado. (COSTA, 2013, p. 40).

A pesquisa se atentou aos efeitos da pandemia gerada pela COVID-19, buscando analisar o impacto na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em uma cidade do Tocantins na atenção esse público e sua família. Discutir a mobilização da Rede, o cuidado em território e a inclusão da família no processo de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico é fator necessário na luta por efetivação da cidadania e autonomia desse sujeito, uma vez que apesar da igualdade de direito prevista por leis e acordos, esse sujeito ainda sofre discriminação social, é estigmatizado, e tem sua liberdade cerceada.

O desejo de pensar o cuidado em território partiu das vivências acadêmicas que nos trouxeram reflexões sobre a cidadania desse sujeito. Disciplinas curriculares como: *Psicopatologia, Introdução a Psicologia como Profissão, Política Social*, ocasionaram as primeiras aproximações com essa questão. A prática de estágio básico e em especial os trabalhos realizados no decorrer das disciplinas de Seminário Temático I e II, ambas cursadas entre o sétimo e o oitavo período do curso, nos conduziram a refletir sobre a inclusão familiar

no processo de atenção à pessoa em sofrimento psíquico e o manejo desse cuidado no território. Questionamentos sobre o papel da família, a percepção desta sobre o tratamento, e ainda, a curiosidade de compreender como hoje as famílias executam esse cuidado, impulsionaram minha escolha pelo tema.

Na disciplina *Seminários Temáticos I*, nos aproximamos do tema ao realizarmos a pesquisa intitulada ‘Sofrimento psíquico grave: reflexões sobre o cuidado’, com o objetivo de problematizar questões que envolvem esse aspecto, ressaltando as dificuldades encontradas pelos cuidadores nesse percurso. Na ocasião conversamos com duas entrevistadas, uma profissional de Psicologia que atua em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e com uma cuidadora de pessoa em sofrimento psíquico grave, diagnosticada com esquizofrenia paranoide. A pesquisa mencionada nos fez perceber a importância da atuação tanto do psiquiatra quanto do psicólogo para a mudança de pensamento da cuidadora sobre o sofrimento de seu ente. Observamos que os esclarecimentos quanto ao transtorno, seus efeitos, gravidade e cuidado, auxiliaram tanto o processo de cuidar quanto na relação com a pessoa em sofrimento psíquico.

A investigação supracitada ampliou nosso foco sobre o tema e nos aproximou do sofrimento psíquico do familiar que muitas vezes por desinformação, não compreendendo o sofrimento do sujeito, não encontra os meios necessários para promover o cuidado. Identificamos ainda, que por vezes, a ineficácia das redes substitutivas em saúde mental, a falta de espaços de aprendizagem e de troca de experiência aumentam o sofrimento dos familiares e cuidadores.

Em *Seminário Temático II*, refletimos sobre a saúde mental do Povo Xerente. Para realizarmos esse diálogo, conversamos com cacique de uma aldeia, indígenas profissionais da saúde e com psicólogas do CAPS e DSEI Tocantins -TO¹. Analisamos documentos e fizemos levantamento do quantitativo de Xerente usuários do serviço de saúde mental. Nossa observação entre esse povo, nos levou a constatar o reduzido número de pessoas dessa população que apresentam quadros psicóticos, isso comparado com a média não indígena desse território. Esse dado nos permitiu cogitar que o ambiente físico e a cultura atuam como fator protetivo para eles. Todavia, baseado em relatos dos profissionais acima mencionados e ao examinar a tabela de controle de medicação disponibilizada pelo Polo Base de Saúde, bem

¹O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Esse distrito contempla um conjunto de atividades qualificadas de atenção à saúde. Além disso, promove a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias por meio de atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com base no controle social. O Dsei Tocantins abrange nove etnias em dois estados.

como informações fornecidas pelo CAPS, percebemos que as queixas relacionadas ao sofrimento psíquico estão crescendo no meio desse povo.

Por meio das entrevistas, observamos que as primeiras crises psicóticas nessa população estão relacionadas às questões espirituais e /ou amorosas. Desse modo, torna-se um grande desafio estudar e identificar os processos que envolvem a relação saúde-doença, pois o atravessamento cultural é peculiar, muito específico e não deve ser desconsiderada a relação estabelecida por essa população com a natureza e a dimensão espiritual e que a relação de saúde e adoecimento fazem parte de suas próprias percepções.

A pesquisa entre os Xerente nos trouxe a reflexão sobre o baixo quantitativo de profissionais de Psicologia, bem como a rotatividade desses profissionais e a inadequação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que ainda tem dificuldade de considerar a origem, a cosmologia e reconhecer as especificidades da demanda dessa população. Destacamos como desafios em saúde: acolhimento no próprio âmbito das aldeias pelas equipes; capacitação dos profissionais que fazem parte do Núcleo de Assistência à Saúde Indígena, para o saber fazer o cuidado coletivo, uma vez que a família é culturalmente participativa. As vivências e pesquisas realizadas com o povo Xerente nos levaram a identificar como possibilidades de prevenção em saúde mental, o reforço nas ações de bem viver que já estão presentes no meio desse povo e a integralidade cultural.

As vivências no campo de *Estágio Básico IV*, em especial no CAPS do município, nos trouxe uma diversidade de informações e questionamentos sobre o tratamento dirigido à pessoa em sofrimento psíquico, sobretudo os casos considerados graves. Entre tantas experiências, pontuam-se as questões sobre o tratamento psicofarmacológico, os diagnósticos, a cidadania dos usuários, os estigmas, o modelo do serviço oferecido, a participação familiar no tratamento. Temas estes que nos levaram a refletir sobre os diferentes métodos de cuidado que chegaram para substituir o modelo manicomial. Tais vivências nos conduziram a percepção de que, apesar da boa assistência na área das terapias farmacológicas e da oferta de psicoterapias no espaço do CAPS, há deficiência de investimento em terapias psicossociais, especialmente no que tange a mecanismos que busquem promover a inclusão do usuário na sociedade e a adesão familiar no tratamento das ditas psicoses.

A dimensão geográfica da área de cobertura do CAPS mencionado, que abrange oito municípios, nos fez pensar sobre acessibilidade e equidade como desafios cruciais da Reforma, bem como sobre a necessária eficácia da rede de cuidado de base territorial nos municípios. Assim, podemos dizer que a experiência no campo de estágio contribuiu para que desejássemos

compreender melhor como se realiza o cuidado em território em locais sem a presença de CAPS,lançando um olhar sobre a articulação da RAPS.

Quanto à relevância social, acreditamos que discutir a atuação e o desempenho da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente em municípios onde não há CAPS, é importante uma vez que os avanços em saúde mental ainda não são suficientes para minimizar o estigma e o preconceito enfrentados pela pessoa em sofrimento psíquico grave. Preconceito que muitas vezes habita a concepção de agentes públicos que compõem a RAPS. Consideramos o fato de que pesquisas como essas são em sua maioria realizadas em grandes centros onde a oferta de serviço é sempre maior e mais especializada; acreditamos que pode servir de referência para pensar práticas em saúde mental, visando a qualidade de vida da pessoa em sofrimento psíquico e de seus familiares. Ponderamos que esta pesquisa pode vir a respaldar ações do Centro de Estudos e Serviços em Psicologia para planejamento e execução de diversas formas e atendimentos.

2 OBJETIVOS

A partir da compreensão de que o cuidado de base comunitária e territorial é indispensável para o bem-estar do sujeito em sofrimento psíquico grave, e pode ser a única forma de cuidado possível em cidades com menos de vinte mil habitantes, a presente pesquisa teve os objetivos abaixo.

2.1 Objetivo Geral

Analisar os processos de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico grave, realizados em território em um município do interior do Tocantins no contexto da pandemia pela COVID-19.

2.2 Objetivo Específico

- Averiguar a compreensão de sofrimento psíquico grave por parte dos profissionais de saúde, e a forma como os mesmos operacionalizam ações de inclusão da família no processo de cuidado na atenção básica e na atenção à saúde mental;
- Identificar os limites e as possibilidades de atenção à saúde mental realizados em território na visão de profissionais de saúde;
- Destacar as mudanças ocorridas nas ações de acolhimento da família e atendimento ao usuário, diante do cenário de isolamento social, imposto pela pandemia.

3 O EXPASSO² DA LOUCURA

O presente tópico tem como objetivo realizar uma breve contextualização sobre a história da loucura, mencionando espaços e passos trilhados. Apresentamos a partir de Foucault, a visão social e o tratamento dirigido à pessoa em sofrimento psíquico grave desde a Idade Média. Expomos brevemente a proposta pós reforma psiquiátrica para a atenção em saúde mental e fazemos um destaque da inclusão do sistema familiar nesse processo.

Na Idade Média, a loucura era vista como uma particularidade do sujeito e não tinha um status de transtorno mental. Os loucos habitavam os espaços sociais assim como as demais pessoas, não existindo nesse momento da história, nenhum tipo de segregação contra esses. Foucault (1954-2000) descreve que no século XV, a loucura era experimentada como um estado livre, fazendo parte do cenário e da linguagem comum. Ele retrata a loucura como sendo uma experiência cotidiana que se procurava mais exaltar do que dominar, sendo que até cerca de 1650, a cultura ocidental era hospitaleira a essas formas de experiência.

No entanto, a loucura deixa de ser observada como experiência de liberdade para ser vista como desordem moral e social, conforme Foucault (1979). Com o passar dos anos, a loucura passa a ocupar o espaço de exclusão social antes ocupado pelo “leproso”. Assim, nos meados do século XVII, o mundo da loucura torna-se o mundo da exclusão (FOUCAULT, 1954-2000). O antigo leprosário³ torna-se estabelecimento para internação, não só para “louco”, mas para aqueles que ameaçam desorganizar a ordem da sociedade, da razão e da moral, tais como mendigos, desempregados, portadores de IST`s (Infecções Sexualmente Transmissíveis), criminosos e os considerados libertinos. A internação tornou-se uma prática que serviu para afastar pessoas das suas relações exteriores, sob a alegação do perigo que esses sujeitos representavam, uma vez que não conseguiam viver de acordo com as normas sociais. Esses viviam sob trabalhos forçados e eram mantidos sob o uso de técnicas de ameaças, castigos, privações alimentares e humilhações.

Foucault defende que esses locais de internação não tinham vocação médica alguma, não se era admitido ali para ser tratado e o único objetivo era retirar da sociedade o sujeito em

²Expressão cunhada pela pesquisadora que junta três palavras. O *ex* remete a questões do passado; *passo* aos caminhos percorridos e a sonoridade da palavra aos espaços em que as pessoas em sofrimento psíquico grave ocuparam no decorrer da história.

³Estabelecimento de isolamento, distante das cidades, onde ficavam confinados as pessoas diagnosticadas com a lepra, doença contagiosa, incurável e desfigurante considerada na antiguidade como praga dos deuses, punição pelo pecado. Por muitos anos as pessoas nessa condição sofreram com a exclusão social e o distanciamento familiar. A descoberta da origem das doenças e o desenvolvimento dos fármacos usados para a cura possibilitou a reinserção social da pessoa contaminada. Atualmente a doença é denominada hanseníase.

questão. “O internamento que o louco recebia nessa época, não colocava em questão a relação da loucura com a doença, mas a relação da sociedade consigo mesma, com o que ela reconhece ou não da conduta dos indivíduos”. (FOUCAULT, 1954-2000, p. 79).

Esse tipo de internamento que agrupava excluídos, fez com que a loucura estabelecesse com as culpas morais e sociais fortes laços difíceis de desfazer. Com o passar dos anos, o encarceramento da loucura em meio de erros, pecados e crimes começa a se deslocar. Um século depois, com as denúncias sobre as internações arbitrárias, sobre a assistência prestada, e o pavor popular que essas casas de internação causavam, os sujeitos internados foram sendo liberados e não mais enviados para esse local, com exceção do “louco” que foi mantido, sob a alegação do perigo que poderia oferecer às suas famílias e a sociedade. Esses espaços passaram a ser reservados aos loucos apenas. Foucault (1954-2000), os chama de herdeiros naturais do internamento, titulares privilegiados das velhas medidas de exclusão. Com o tempo, o internamento adquiriu novo significado, incidindo em um caráter médico.

No decorrer de sua obra, a História da Loucura, Foucault (1926-1984), aponta que com o avanço da medicina e o advento da Psiquiatria, a loucura começa a ser tratada como enfermidade, sendo percebida como desordem na maneira de agir, de tomar decisões. Dessa maneira, a loucura torna-se objeto do saber médico e a ser caracterizada como doença mental. Surge no século XIX, a prática de internamento em instituições asilares específicas para tratamento da loucura. Logo, o saber médico afirmava que era possível o sujeito retornar para a racionalidade através da internação em instituições psiquiátricas, seguindo um modelo de disciplinaridade ou docilização dos corpos. Embora tenha se tornado um local específico com vista ao tratamento de caráter médico à pessoa em sofrimento psíquico, não houve um rompimento total com as antigas práticas de internamento. Prosseguiram, pois o uso de técnicas que puniam as manifestações delirantes.

O louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. E isto sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. (FOUCAULT, 1954- 2000, p. 82).

Apesar disso, por muitos anos as instituições psiquiátricas foram referência às famílias que, por não possuírem um modelo explícito de cuidado e sem saber o que fazer com o membro que vivencia um sofrimento psíquico grave, via como única alternativa, enviar esse sujeito para um “manicômio” para ali ser “tratado”. De forma geral, portanto, a atribuição do “tratamento”

da loucura era papel exclusivo das instituições psiquiátricas, que afastavam os “doentes” de suas famílias e caracterizavam-se como espaços de segregação e exclusão.

Com o passar dos anos, a prática dessas instituições passou a ser alvo de críticas por violentar e centralizar o cuidado da pessoa considerada doente mental. Na Itália, inicia-se a busca por mudanças no modelo de assistência psiquiátrica e na relação entre sociedade e loucura. Tempos depois, o efeito positivo dessa luta chega ao Brasil com maior intensidade e na década de 1980, se intensificam os questionamentos sobre o modelo hospitalocêntrico em nosso país, partindo de denúncias por parte dos trabalhadores em saúde mental, de familiares e de setores da sociedade civil, contra a precariedade da assistência prestada às pessoas em sofrimento psíquico e em busca da reorientação da assistência em saúde mental, (BRASIL, 2005). A partir de então, passou-se a pensar modelos substitutivos para a forma asilar de tratamento, que fossem capazes de basear-se na liberdade, cidadania, na atenção integral bem como na assistência em território.

Após o compromisso firmado na declaração de Caracas⁴, o Brasil passa a se empenhar pela superação do modelo hospitalar como forma central de tratamento de pessoas em sofrimento psíquico grave. O redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental foi impulsionado pelo projeto de lei Paulo Delgado⁵, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e, ampliou os horizontes para o tratamento de base territorial e comunitária. Começou-se a caminhar rumo a um modelo de atenção em saúde mental voltado aos direitos e a promoção da cidadania às pessoas em sofrimento psíquico. A promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. A política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. (BRASIL, 2005).

Com o fim do modelo hospitalocêntrico e a criação e a expansão dos CAPS, possibilita-se a efetivação do tratamento humanitário, ambulatorial e de base territorial para a pessoa em sofrimento psíquico grave, uma vez que esses centros atuam como organizadores e reguladores da assistência em saúde mental como um todo, possibilitando a ação conjunta e articulada entre serviços. A família tem nesse dispositivo, um lugar de referência para o cuidado ambulatorial, visando não só o acompanhamento clínico, mas também a reinserção social dessas pessoas

⁴ Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas datado de 1990.

⁵ Lei 10.216/2001 também conhecida como Paulo Delgado, deputado federal que a propôs. É a lei que assegura direitos as pessoas com transtornos mentais ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, e responsabiliza o Estado pelo desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família.

através do acesso ao trabalho, ao lazer, bem como pelo exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Todavia, a portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 que regulamenta os CAPS, estabelece que esse centro especializado em saúde mental para tratamento e reinserção social da pessoa com transtorno mental grave e persistente, de menor porte será instalado em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.

No entanto, para auxiliar a concretização da Reforma foi composta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tal proposta organizacional para a saúde mental compreende componentes de diversos níveis:

Atenção Primária à Saúde (APS), na qual estão alocadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura; Atenção Especializada, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II, CAPS ad III e CAPS infanto-juvenil – definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar, que é composta por leitos/enfermarias de saúde mental em hospital geral e pelo serviço hospitalar de referência; Estratégias de Desinstitucionalização como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa; e Reabilitação Psicossocial através de empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (BRASIL, 2011, p. 2).

A proposta de uma rede articulada e comunitária de cuidados para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, é a possibilidade de se realizar o cuidado em saúde mental em municípios, especialmente onde não há CAPS. O trabalho em rede é a estratégia pela qual se pode buscar não só romper com as antigas formas de tratamento, mas também com os estigmas e preconceitos construídos ao longo da história sobre esse sujeito que carrega rótulos de perigoso e de incapazes de convívio social. Rótulos esses que contribuem para a permanência do processo de estigma e exclusão.

Esse modelo também é estratégico no sentido de que considera o contexto do usuário no processo de cuidado. O lugar da família na atenção à pessoa em sofrimento psíquico grave, antes totalmente negado, passou a ser evidenciado a partir das transformações na concepção de saúde proveniente da reforma sanitária, bem como das mudanças da lógica do cuidado advindas da Reforma Psiquiátrica. O discurso sobre a necessidade e importância da participação familiar como aliada na atenção ao sujeito e na prevenção de sua cronificação ganhou destaque e oficialmente, esta passou a ser posicionada como parceira do tratamento nos novos ambientes de atendimento a ponto de ser incluída como parte da rede de atenção (BRASIL, 2005).

Entretanto, apesar dos ganhos dessa parceria, não se pode negar que as novas demandas atribuídas às famílias, podem gerar tensões no sistema. Segundo Martins e Guanaes-Lorenzi (2017, p. 2), essas famílias “encontram-se sobrecarregadas e desamparadas”. Tornam-se, muitas vezes, um “bode expiatório” no qual se passou a localizar a responsabilidade pelo cuidado”, uma vez que nem sempre dispõe dos recursos e meios necessários para efetivação do cuidado de si e do familiar que apresenta o sintoma. Essa tensão gerada por fatores como relação conflituosa com o familiar que apresenta o sintoma, sentimento de desamparo e de despreparo para o acolhimento da pessoa em crise, resulta em diversos tipos de sofrimentos na família, tornando-se um sofrimento sistêmico.

Uma família que apresenta em um de seus membros sofrimento psíquico grave, como as crises psicóticas, não se estabelece apenas na pessoa do sujeito identificado; representa um “sofrimento sistêmico”, que se estende e está presente entre os membros que fazem parte desse sistema chamado família. (MINUCHIN, 1990 apud COSTA, 2013, p. 369).

Acreditamos que a relação familiar é parte imprescindível do cuidado em território, sendo impossível consolidar esse modelo se não houver a compreensão do lugar do sistema familiar nesse processo. A inclusão deve ser feita de modo que a família enquanto sistema também receba intervenções. Diante disso, acreditamos que a atenção em rede, se eficaz, pode contribuir sobremodo para que o cuidado não se torne simplesmente um peso para a família, especialmente à pessoa considerada como cuidadora (o), possibilitando atenção psicossocial a todo o sistema e buscando pacificar a relação família e instituição que muitas vezes é carregada de entraves.

4 A COMPLEXIDADE NO CUIDADO EM TERRITÓRIO

As conquistas no campo da saúde mental resultaram em significativa mudança na técnica de cuidado. A atenção na lógica territorial permite um novo lugar social para a pessoa em sofrimento psíquico grave. Diríamos que a história do sofrimento desse sujeito possibilitou a construção de um novo espaço que ainda carece de consolidação. Os ganhos advindos da reforma viabilizaram não só o cuidado próximo da família e da comunidade, mas a liberdade física da pessoa em sofrimento psíquico grave.

A proposta de cuidado em território como substituto ao modelo hospitalocêntrico, visa a manutenção do cuidado de forma humanitária e digna. Esse formato possibilita o atendimento biopsicossocial na Atenção Básica e CAPS, que tem a responsabilidade de organizar a rede de serviço em saúde mental. O artigo 2º da Lei 10.216 preconiza que é direito da pessoa com transtorno mental ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde. Assim, entende-se que o território é o lugar privilegiado para a atenção à saúde.

É importante salientar que a visão de território adotada para efeito desta pesquisa, vai além da compreensão contida na origem da palavra que remete a um pedaço de terra sobre o qual um determinado serviço se torna responsável pelo atendimento das pessoas adscritas àquele local. Acreditamos que essa definição não é suficiente para dar conta da relação que as pessoas e os grupos estabelecem entre si. Optamos por adotar uma concepção sociopolítica de que “os territórios [...] são no fundo, antes relações sociais projetadas no espaço, que espaços concretos” (DICIONÁRIO FIO CRUZ, 2009). Dessa forma, essa noção de território decorre da vida em sociedade, da relação que há entre os sujeitos.

A compreensão do que é cuidar em território baseia-se na aceitação de que esse é um cuidado complexo que vai muito além da estabilização de crises por meio medicamentoso, entre tantos fatores, levar em conta a contextualização dos fenômenos e a concepção das relações causais recursivas⁶. “Em vez de acreditar que vamos ter como objeto de estudo o elemento ou o indivíduo, e que teremos de delimitá-lo muito bem, precisamos passar a acreditar que estudaremos ou trabalharemos sempre com o objeto em contexto”. (VASCONCELLOS, 2002, p. 111). Trabalhar com o “objeto”, ou seja, o sujeito em contexto é a proposta do SUS de

⁶ A expressão refere-se a uma causalidade complexa que se difere da causalidade linear, onde uma causa gera tal efeito. Admitir a causalidade recursiva é saber “que **parte** do efeito (output) ou do resultado do comportamento/funcionamento do sistema volta à entrada do sistema como informação (input) e vai influir em seu comportamento subsequente (VASCONCELLOS 2002, p115, grifo nosso). Considera-se parte do efeito, por se em razão da possibilidade de entrada externa de informações adicionais no sistema, permitindo sua auto-regulação. O sentido de causalidade recursivas vai além da noção de retroação, pois considera que os efeitos e produtos implicam no processo que o gera.

cuidar em território. Isso nos leva a pensar que essa tecnologia de cuidado não se limita ao espaço físico onde a pessoa reside, mas considera sobretudo o contexto e as relações sociais do sujeito.

Atentar-se para as relações sociais no cuidado é compreender a grande quantidade de interações e interferências entre um enorme número de unidade nesse processo, com um tecido de fios diferentes inseparavelmente associados, onde cada fio tem sua importância e participação (MORIN, 2005). Esse número de interações e interferência torna o cuidado complexo e requer um pensamento sistêmico a fim de observar o sofrimento psíquico e promover o cuidado em território. Assim, considerando a particularidade desse modelo de atenção, acreditamos que para realizá-lo, faz-se necessário a adoção de um novo paradigma que diverge do modelo tradicional proposto pela ciência.

Vasconcellos (2002), em sua obra “Pensamento sistêmico o novo paradigma da ciência”, expõe os pressupostos da *simplicidade*, da *estabilidade* e da *objetividade* presentes no modelo tradicional da ciência e a concepção de mundo advinda da ciência pós-moderna. De acordo com a escritora, o pressuposto da simplicidade crê que separando o mundo complexo em partes é possível entender o todo. Esse pressuposto trabalha com atitudes de análise e a busca por causas lineares. Já o da estabilidade defende que o mundo é estável, assim os fenômenos são totalmente previsíveis, reversíveis e controláveis. O da objetividade defende a possibilidade de conhecer o mundo tão como ele é na realidade, desconsiderando a subjetividade do observador.

Essas dimensões da ciência tradicional nos levam a crer que ela é ineficaz para respaldar o cuidado em território, especialmente os direcionados à pessoa em sofrimento psíquico grave. “Outra operação que a ciência realiza, em busca da simplicidade, é a operação de redução, que unifica o que é diverso. Encontrando um fenômeno complexo, o cientista procura reduzi-lo a um outro mais simples e já mais bem compreendido” (VASCONCELLOS, 2012, p. 75). E disso também resulta a compartimentação do saber em áreas ou disciplinas científicas.

O modelo epistemológico descrito por Vasconcellos (2002), o qual ela chama de ciência “novo-paradigmática”, apresenta mudanças nos três pressupostos da ciência tradicional destacados acima. No lugar da simplicidade, esse novo paradigma considera a complexidade e “o reconhecimento de que a simplificação obscurece as inter-relações de fatos existentes entre os fenômenos do universo” (VASCONCELLOS, 2002, p. 101). A autora expõe que dada a complexidade do mundo é imprescindível que se tenha uma atitude de contextualização dos fenômenos e o reconhecimento da causalidade recursiva. Um pensamento complexo requer uma nova forma de pensar que possibilite abordar as contradições em vez de excluí-las.

Após apresentar o pressuposto epistemológico transdisciplinar da complexidade, Vasconcellos (2002) expõe o pressuposto da instabilidade. Ele nega o princípio da estabilidade, reconhecendo que “o mundo está em processo de tornar-se”. Sendo assim, alguns fenômenos são imprevisíveis e incontroláveis. Há uma tendência à desordem e essa tendência também exige uma nova forma de pensar, tanto fenômenos quanto conceitos. O pressuposto da instabilidade nos permite acreditar que nada está pronto e acabado, mas os fenômenos são passíveis de uma nova forma de funcionamento e de outras interações, assim como os conceitos podem ser modificados ou vistos de outra forma.

A outra mudança advinda da ciência pós-moderna está no pressuposto da objetividade para o da Intersubjetividade. Este advoga a impossibilidade de um conhecimento objetivo do mundo, uma vez que a realidade é uma construção individual. Essa construção é feita na relação entre observador e sistema observado sendo impossível afastar a subjetividade do agente, pois “o cientista se torna uma intervenção perturbadora sobre aquilo que quer conhecer” (VASCONCELOS, 2002, p. 109).

Cuidar em território é uma proposta complexa tendo em vista as relações sociais presentes e o envolvimento de diversos autores, mas também em razão da instabilidade do mundo e das múltiplas visões de realidade. Considerar o contexto atual onde o mundo enfrenta uma pandemia da COVID-19, é admitir a imprevisibilidade presente nele. Seus efeitos diante da vulnerabilidade de pessoas em sofrimento psíquico e de seus familiares devem ser considerados, muito embora seus impactos na saúde mental da população, ainda são difíceis de serem mensurados. Apesar de ser um acontecimento recente, com poucos estudos concluídos, é visível o estado de pânico, angústia, medo e insegurança que são desenvolvidos por esse período. Fatores estes que podem ser considerados de risco para o sujeito em sofrimento psíquico grave, uma vez que “a quarentena implica, muitas vezes, a vivência de situações desagradáveis que podem ocasionar impactos na saúde mental dos envolvidos”. (FARO; *et al.*, 2020, p. 4).

O distanciamento social, bem como a limitação de serviços das Redes de Atenção Psicossocial podem gerar sentimento de desamparo àqueles que têm pressa por atendimento. Os CAPS, que em razão de sua especificidade, atendem independente de encaminhamento, enfrentam, em função da pandemia, redução da oferta de atendimento, bem como uma nova forma de oferta do serviço. O que reflete negativamente na prestação de serviço em saúde mental e demonstra que, muito embora as especificidades impostas pela pandemia ofereçam risco iminente à pessoa em sofrimento psíquico e a seus familiares, o cuidado em saúde mental não é considerado tão primordial quanto os demais cuidados primários de saúde. Todavia, “não

se pode minimizar as repercussões psicológicas que o cenário geral da pandemia causa sobre indivíduos em particular, grupos com características de vulnerabilidade específicas e a sociedade como um todo” (FARO; *et al*, 2020, p. 9).

Diante desse contexto, é possível imaginar os danos na atenção de base territorial que tem foco na relação entre os envolvidos. O prejuízo no acesso universal e contínuo em decorrência do necessário isolamento social imposto pela pandemia, os novos formatos de atendimento desenvolvidos por meio de recursos tecnológicos que dificultam o acesso da população mais vulnerável, a redução da oferta de serviços ambulatoriais, entre outros, ameaça o princípio da universalidade e da equidade do SUS e contribuem para o aumentada exclusão social já existente.

Nesse cenário, falar de relações sociais e cuidado em território pode parecer irrelevante diante do necessário isolamento social. Esse é um momento em que nos parece que o território, enquanto relações sociais, está sendo reduzido pela falta de contato físico. Todavia, relações intersubjetivas não precisam de espaço físico para que necessariamente se estabeleçam. O cuidado em território, baseado no princípio da complexidade, se sustenta mesmo em meio a uma crise dessa magnitude, pois compreende a ideia de imprevisibilidade do mundo e que território é repleto de territórios que podem fornecer sustentação ao sujeito.

Assim, estratégias de fortalecimento e empoderamento de territórios são fundamentais nesse momento para a manutenção do cuidado, especialmente no caso de sofrimento psíquico grave, uma vez que as mudanças no funcionamento social podem levar a um maior impacto emocional e na oferta de serviços em saúde.

5 METODOLOGIA

Para Minayo (2009) a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. A metodologia inclui o método, as técnicas e a criatividade da pesquisadora.

5.1 Tipo de pesquisa

Essa foi uma pesquisa qualitativa que contemplou três etapas: fase exploratória; trabalho de campo; análise e tratamento do material empírico e documental.

5.2 Participantes

O trabalho de campo foi realizado junto a Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais da Estratégia da Saúde da família, em uma cidade no interior do Tocantins onde não há CAPS. A escolha do grupo partiu da reflexão de que esses agentes que integram a RAPS, pertencem ao grupo que atua mais próximo a família e fazem parte do território, podendo ser considerado o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Foram participantes dessa pesquisa, também, a coordenadora de Atenção Básica (AB) do referido município e uma profissional do CAPS referência para a cidade pesquisada.

5.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para o levantamento de dados foram, observação, entrevistas semiestruturada e roda de conversa. De acordo com Minayo (2009. p.70), “a observação é o processo pelo qual a pesquisadora se coloca como observadora de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica [...] para colher dados e compreender o contexto da pesquisa”. Acreditamos, com base na leitura da autora acima, que ao observar o contexto o observador modifica esse contexto, pois interfere nele ainda que não realize intervenção alguma.

A entrevista é uma técnica privilegiada de comunicação. Esse instrumento é usado para coleta de informações sobre determinado tema científico. Segundo Minayo (2009) a entrevista é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho em campo, sendom diálogo com dois ou

mais interlocutores, realizada por iniciativa entrevistador. É utilizada para construir informações pertinentes a um objeto de pesquisa.

O modelo de entrevista escolhida para fins dessa pesquisa foi a semiestruturada, uma vez que combinou perguntas fechadas e abertas, nos possibilitando discorrer sobre o tema em questão sem nos prendermos à indagação formulada. A entrevista nos forneceu dados secundários e primários, sendo informações que poderiam ser conseguidos em outras fontes e informações construídas no diálogo com a pessoa entrevistada.

A roda de conversa, por sua vez, mais que uma técnica de pesquisa, possibilitou abrir espaço para que os profissionais estabelecessem um lugar de diálogo e interação, ampliando suas percepções sobre questões em saúde mental.

5.4 Procedimento

A entrevista com a profissional do CAPS, foi realizada no início do mês de fevereiro de 2021, após agendamento prévio por meio de WhatsApp, em uma sala na Policlínica da cidade. Todos os cuidados e normas sanitárias e de Biossegurança foram respeitadas (uso de máscara, álcool gel, distanciamento entre participantes). A psicóloga foi a única profissional entrevistada, por ser a única com vínculo empregatício na data da pesquisa. Utilizamos o Roteiro de Entrevista Semiestruturada no Centro de Atenção Psicossocial (Apêndice A) para coletar os dados.

Em março, para realizarmos a pesquisa no município, entramos em contato, por meio de ligação telefônica, com a Secretária Municipal de Saúde onde a pesquisa foi realizada. O contato foi levantado a partir de busca no site da prefeitura. Após encaminharmos por e-mail o objetivo e dados sobre a pesquisa, fomos direcionadas à coordenadora de Atenção Básica que autorizou nossa participação. Enviamos por e-mail o roteiro de entrevista, possibilitando que fosse feito de forma virtual.

Não foi necessário realizar divulgação ou mobilização para a participação na roda de conversa. A data para realização da roda foi marcada pela coordenação que aproveitou o dia de entrega de relatório dos ACS para fazermos a ação. Neste dia de manhã, fizemos a observação não participante, a entrevista semiestruturada com a coordenadora da AB e no período da tarde, procedemos com a roda de conversa.

A observação foi feita durante a entrega de relatório dos ACS à coordenadora de Atenção Básica. Observamos a entrega do relatório de um ACS que atua na zona rural e de outra que atua na zona urbana. Já a entrevista, feita no mesmo local e teve como base as questões

apresentadas no Apêndice B desse trabalho. Participaram da entrevista, a pesquisadora e duas colaboradoras.

Quanto à roda de conversa com ACS que compõe a equipe da Estratégia da Saúde da Família, esta foi realizada no auditório da Secretaria Municipal de Saúde da cidade onde a pesquisa foi desenvolvida e contou com a participação de vinte e uma (21) pessoas, sendo dezessete (17) ACS, a coordenadora da Atenção Básica, a pesquisadora e duas colaboradoras. A roda de conversa nos permitiu construir um espaço para troca de experiências e de reflexões. Conversamos sobre o cuidado em saúde mental realizado em território, levantando limites e possibilidades encontrados nesse processo de cuidado e auxílio à famílias em sofrimento psíquico grave. Dado o atual contexto pandêmico não acessamos usuários do sistema e observamos todas as normas de biossegurança (uso de máscara, álcool gel, distanciamento entre participantes e limitação do número de participantes baseado no tamanho do local).

5.5 Análise de dados

Este é um estudo descritivo. De acordo com Gil (2011), a pesquisa descritiva geralmente ocorre quando o pesquisador pretende descrever fatos e fenômenos de uma determinada realidade, e características de uma amostra ou população. A pesquisa descritiva serve para a obtenção de informações relacionadas à situação atual de um fenômeno, envolvendo dados que descrevem basicamente a forma como se dá uma determinada situação.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento dos dados foi realizado em uma cidade do Tocantins, com população estimada em torno de 5.930 habitantes. A área total da cidade é de 6.383,4 km², e sua densidade demográfica é de 0,93 hab/km², sendo sua população 70% rural. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), junto a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Fizemos uso da observação não participante, entrevistas semiestruturadas (Apêndice B) e roda de conversa com agentes comunitários de saúde (ACS). Em momento anterior colhemos dados no CAPS que é referência para o município supracitado, por meio de entrevista (Apêndice A).

A primeira ação para a coleta de dados foi a entrevista com a profissional do CAPS em fevereiro. Já a observação e entrevista na AB foram realizadas na manhã do dia 05 de março de 2021. Na tarde desse mesmo dia realizamos uma roda de conversa a fim de dialogar com os participantes sobre o cuidado em saúde mental executados naquele território, buscando identificar as dificuldades e possibilidades encontradas, bem como problematizar questões sobre o sofrimento psíquico grave.

Para a realização da pesquisa, a pesquisadora se dirigiu a um município que fica a 80 km da cidade onde reside. O percurso é de estrada de cascalho com manutenção ruim e por possuir dois rios, há necessidade de utilização de balsa para realizar a travessia em ambos, visto que não há ponte de acesso. Esse é o percurso necessário para que a população daquela cidade tenha acesso ao CAPS de referência. Utilizamos 2 horas e 48 minutos para chegarmos ao município.

6.1 Observação

A observação foi feita na entrega do relatório pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo um agente que atua na zona rural e outro que atua na área urbana. Os relatórios são numéricos e de acordo com roteiro único e preestabelecido. A dinâmica de apresentação é baseada em perguntas, onde a coordenadora da Atenção Básica se refere a um problema de saúde pública e o agente expõe a quantidade de pessoas que apresentaram aquele quadro. A cada quinze dias os ACS comparecem à Unidade para entrega de relatório, no entanto, em razão da pandemia a entrega passou a ser mensal.

A investigação nos possibilitou entender que questões de saúde mental não são contadas como deficiência e que o uso abusivo de álcool e outras drogas não são contabilizadas no campo

da saúde mental. Há uma pergunta para a quantidade de deficientes, outra para a quantidade de pessoas com problemas em saúde mental e em outro momento é perguntado sobre o quantitativo de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

O formato do relatório observado, nos fez pensar que apesar de ser positivo que o SUS, especialmente na Atenção Básica, não considere as questões em saúde mental como deficiência, demonstra não considerar o uso de álcool e outras drogas pelo viés da “saúde mental” reforçando a ideia da patologização ao enquadrar o uso dessas substâncias no nível de doenças como diabetes e hipertensão.

Percebemos que há uma aproximação, conhecimento do território não só pelo agente, mas também pela coordenadora, que reconhece os nomes e famílias ao serem mencionadas pelo ACS. Todavia, não observamos destaques realizados a nenhum usuário sobre acompanhamentos realizados, exceto para o reconhecimento das grávidas da região.

A observação nos fez perceber que são os ACS que fazem a ponte entre população e o Sistema de Saúde. Esses são o ponto da rede que alimentam sistemas e levantam demandas. Por meio das informações trazidas pelos ACS, a Atenção Básica detecta as demandas emergentes do município. Todavia, a observação não foi suficiente para percebermos o grau de importância dada a esse profissional para o desenvolvimento das ações em saúde, pois suas respostas as perguntas eram sempre dadas em números, não expressando opiniões sobre aqueles quadros.

6.2 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas em momentos distintos. A primeira com uma profissional de um CAPS situado na região de saúde ‘Capim Dourado’. A segunda foi com profissional da Atenção Básica de uma cidade do Tocantins, pactuada com o CAPS acima mencionado. Os termos de consentimento para uso das informações foram solicitados verbalmente, mediante a garantia do sigilo e confidencialidade da fonte. As entrevistas nos auxiliaram na compreensão de como se faz o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico grave em território, considerando a articulação da rede e seus maiores desafios e fazendo um destaque para o atual contexto de pandemia COVID-19.

6.2.1 Entrevista CAPS

A entrevista foi realizada no dia 04 de fevereiro de 2021, em uma sala da Policlínica da cidade. Observamos que, no momento da pesquisa, o CAPS do município passava por dificuldades que impossibilitaram, temporariamente, a oferta de serviço, pois com a troca do gestor municipal, em decorrência das últimas eleições, os contratos de trabalho dos profissionais para o exercício 2021-2024 ainda não haviam sido efetuados. Além disto, acrescenta-se o fato de estar sem espaço físico para o atendimento ao usuário, uma vez que o contrato de aluguel também havia sido encerrado.

Dada às questões acima mencionadas, não foi possível realizar a entrevista com a equipe multiprofissional. Todavia, a conversa com a profissional nos auxiliou na compreensão das dificuldades enfrentadas pelo CAPS, especialmente em oferecer suporte a uma área de grande extensão territorial e com particularidades específicas, pois também é responsável pela reserva indígena Xerente.

Ao compartilhar conosco sobre o atendimento aos municípios referenciados e pactuados, a servidora fala sobre os desafios, destacando que a quantidade de profissionais previstas em lei para CAPS I dificulta o atendimento de oito municípios. O suporte às cidades circunvizinhas se dá pelo apoio matricial das equipes de saúde. Outras questões relatadas foram: dificuldade de participação do médico na equipe multiprofissional, processos de gestão, a rotatividade dos profissionais não efetivos, a inexperiência e distanciamento de profissionais contratados quanto às questões de saúde pública, fatores estes que interferem no empoderamento da rede.

Sobre os atendimentos durante o período da pandemia pela COVID-19, o CAPS teve o horário de atendimento reduzido e passou a oferecer parte dos serviços de forma *online*. A procura pelos serviços apresentou queda significativa. Os acompanhamentos para medicação injetável ocorreram em domicílio e as consultas psiquiátricas de maneira *online*, considerando que o médico pertence ao grupo de risco. Os atendimentos de grupo foram suspensos, todavia, os acolhimentos, atendimento psicológicos e psicoeducação permaneceram, sendo realizados por meio de ligação telefônica e chamada de vídeo.

A grande dificuldade para essa nova forma de cuidado está relacionada ao uso de tecnologias, o que pode justificar a baixa adesão aos atendimentos psiquiátricos no formato *online*. Outro fator considerado problemático para a atenção em contexto de pandemia é a grande logística do CAPS para executar essa forma de atendimento que envolve digitalização

de prontuários, necessidade de diversas ligações telefônicas, busca de receitas, entrega de medicação e evolução de prontuário pela equipe técnica.

A partir das falas da profissional, percebemos que há muitas questões que dizem respeito a gestão política que podem interferir no cuidado em saúde mental. A descontinuidade dos serviços, atribuído às constantes mudanças no quadro profissional tem relação com o formato de contratação de serviço no município que há muitos anos não realiza concurso. Essa fragilidade dos vínculos trabalhistas reflete na falta de autonomia do profissional que está vinculado a “apadrinhamentos políticos”. Compreendemos que olhar para o cuidado em território requer uma visão sistêmica, pois de fato, não podemos conhecer as partes sem conhecer o todo, uma vez que a separação em partes do todo complexo exclui categorias relevantes.

Consideramos que o pequeno número de profissionais que compõem a equipe, a sobrecarga de serviço, a falta de compreensão do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, as dificuldades de acesso, os processos de gestão, a rotatividade profissional, são alguns dos fatores que dificultam, e em alguns casos, impossibilita o apoio e atendimento a cidades pactuadas e referenciadas. Contudo, a entrevistada explica que os municípios atualmente contam com dispositivos para realizar esse cuidado em seus territórios, podendo ter equipes *desaúde* mental credenciadas.

O princípio de integralidade em saúde, tão debatido, parece distante de alguns profissionais que atuam em saúde mental. A falta de visão transdisciplinar de equipes e gestores, acaba conduzindo a fragmentação do cuidado e dificultando a articulação da rede. O cuidar em território requer compreensão de que os processos mentais estão imbricados com as questões físicas e que não há uma divisão do sujeito como se esse fosse compartimentado.

6.2.2 Entrevista Atenção Básica

A entrevistada exerce a função de coordenadora da Atenção Básica no município há sete anos e é formada em enfermagem há onze anos. A entrevista foi realizada na sala da coordenação da Atenção Básica, onde em um período de aproximadamente duas horas, entrevistada e entrevistadora conversaram sobre a atuação da Atenção Básica no município, os cuidados em saúde mental realizados pela unidade, a relação e articulação com a rede e os impactos da pandemia COVID-19 na oferta de cuidado. A conversa objetivou compreender como se realiza a atenção em saúde mental naquele território, considerando a inexistência de um centro de referência no município e a distância entre a cidade e o CAPS de referência.

O município conta com uma Unidade Básica de Saúde e dois postos de saúde na zona rural. Não possui equipe específica de Saúde Mental, sendo que esse suporte é dado pela equipe multiprofissional (uma psicóloga, uma assistente social e uma farmacêutica), antigo Nasf-AB e por toda equipe da estratégia da saúde da família, sendo: vinte Agentes Comunitários de Saúde, duas enfermeiras e dois médicos.

De acordo com a coordenadora, a capacitação desses profissionais geralmente é feita pela psicóloga da equipe multiprofissional de acordo com as demandas do serviço. Sobre os treinamentos advindos de outra esfera do governo, ela diz que os agentes de saúde receberam uma capacitação em 2016, denominada Caminho do Cuidado, que visou formação em saúde mental. Desde então não aconteceram outras capacitações. Há cadernos de orientação que servem para o aperfeiçoamento dos profissionais, que antes eram recebidos impressos, hoje são encaminhados *online* para serem impressos pelas UBS.

Geralmente, os agentes de saúde comparecem à UBS a cada 15 dias para entrega de relatório pela manhã e à tarde é destinada a discussão de casos e escuta das dificuldades encontradas em cada área. Os casos são discutidos entre os agentes que trocam experiências e quando necessário, é incluída a equipe de atenção multiprofissional. A coordenadora relata que uma vez ao ano, parte da equipe se dirige ao CAPS de referência para receber orientação e informação sobre os usuários do município que normalmente vão ao centro para atendimento médico. De acordo com a entrevistada, a assistente social é a profissional que vai ao CAPS com esse fim.

A cidade tem uma média de 80 pessoas com algum tipo de sofrimento mental e que fazem uso de medicação contínua, sendo 23 considerados crônicos e graves. Geralmente, em razão do baixo quantitativo de profissionais, o projeto terapêutico singular (PTS) é feito para os casos considerados mais graves. O PTS é elaborado a partir do levantamento da demanda familiar que compartilha as queixas com a equipe da ESF responsável pela realização da visita domiciliar. A demanda costumeiramente é levada pelo ACS que reconhece a necessidade da família nas visitas de rotina. Considerada as queixas da família, a equipe multiprofissional elabora o PTS e o executa.

Segundo a coordenadora, as orientações necessárias para os ACS atuarem com os casos de pessoas em sofrimento psíquico grave são feitas pela equipe multiprofissional. *“Já houve casos do usuário, durante alguma crise, recusar a aproximação do ACS. Quando isso acontece a equipe conversa e procura outra forma de realizar o cuidado”*. No entanto, independente da demanda, uma vez ao mês a equipe multiprofissional se reúne com os agentes para discussão de casos.

A coordenadora relata que sua formação não lhe forneceu muito suporte para atuar em saúde mental. Que ao começar a trabalhar, percebeu o quanto ela necessitava entender sobre essa área, visto que logo se deu conta que tudo está relacionado com o “*psicológico das pessoas*”. Ela relata que a prática na saúde pública a fez perceber que a frequência do usuário à UBS denuncia a sua saúde mental. A entrevistada considera que os demais profissionais que compõem a equipe também não possuem uma formação precisa para a atuação em saúde mental.

Ao adentrarmos no tema CAPS, a coordenadora diz que percebe que o apoio do CAPS se dá na área de consultas psiquiátricas. E que ainda assim, o município tem dificuldade de utilizar as vagas nessa especialidade em razão da distância, da quantidade de vagas no carro para levar usuários crônicos e acompanhantes. A aproximação com o CAPS é considerada ruim, uma vez que a distância, a dificuldade de acesso e o fato da demanda da cidade onde fica o CAPS já ser considerada grande. A coordenadora diz que percebe uma falta de engajamento da Rede e considera que a aproximação entre CAPS e UBS é precária. “*O cuidado fica mais na área da medicação*”. Todavia, “*pelos menos uma vez no ano nós procuramos ir ao CAPS para matriciamento sobre o cuidado com pacientes graves. Geralmente quem faz essa visita é a assistente social da UBS*”.

A coordenadora destaca como principais dificuldades em não ter um CAPS na cidade, a impossibilidade de oferecer um cuidado que vá além da administração de medicamentos. “*Não temos como fazer oficinas, realizar grupos com esse público que é específico. Não temos profissionais especializados.*” Ela relata que o CAPS de referência não tem a prática de fazer contra-referenciamento e que normalmente os usuários vão para consulta e retornam com as receitas para retirarem a medicação na farmácia da UBS. Quando são encaminhados para internação psiquiátrica no hospital de referência, seguem com encaminhados com as informações contidas em seu prontuário e são contra referenciados com todos os procedimentos realizados e com indicação de psicoterapia.

As psicoterapias são realizadas no município, tanto individual quanto familiar, dependendo da demanda. Os quadros considerados não crônicos são inseridos nos grupos existentes (grupo de caminhada para mulheres, grupo de ansiedade, grupo terapêutico escolar, grupo coluna). A entrevistada destaca como fator que dificulta o cuidado em saúde mental em território, a ausência de CAPS no município “*o fato de não termos um centro especializado nos faz trabalhar apagando incêndio o tempo todo. A UBS avançou, mas não tanto. Estamos paliando, não conseguimos atender a demanda do município. A gente tenta, mas é difícil.*” No entanto, defende que buscam estimular práticas em saúde mental por meio dos grupos,

terapias,acompanhamento de casos e das consultas compartilhadas, onde o médico e algum profissional da equipe multiprofissional fazem a escuta do usuário, realização de atendimento psicológico mensal nos postos de saúde da zona rural.

Para que fosse aprimorado esse cuidado em saúde mental em território, a entrevistada destaca a necessidade de prática de oficinas voltadas para as pessoas em sofrimento psíquico grave e atividades que as envolva. Destaca também a importância de um trabalho voltado para redução de danos e um psicólogo para atuar exclusivamente na saúde mental da zona rural que corresponde a 70% da população da cidade.

Quanto à inclusão da família, a entrevistada defende que essa inclusão faz toda diferença. *“O usuário grave que conta com a participação familiar tem resultados diferenciais. Aqui no município eu considero a família participativa, entretanto, temos pelo menos cinco usuários crônicos que vivem sozinhos”*. A inclusão da família da pessoa em sofrimento psíquico grave no cuidado em território se dá na elaboração do PTS que parte da demanda da mesma. *“Também oferecemos suporte às famílias por meio das escutas nas visitas domiciliares e da terapia familiar. Isso nos casos mais graves, pois nosso número de profissionais não é suficiente para atender a todas as necessidades. “Estamos atendendo uma família de um esquizofrênico. Os filhos e a esposa têm sofrido muito por causa do comportamento dele. Atendemos a esposa e os filhos. Ele se recusa a ir em consultas com médicos do sexo masculino e ser atendido por homens em qualquer especialidade. Agora temos uma psicóloga mulher, espero que ele passe a participar das terapias”*.

A entrevistada diz que com a pandemia percebeu-se uma redução na procura pelos serviços de saúde em todas as áreas. A população deixou de frequentar a UBS, por medo do contágio. Quanto às crises psicóticas, ela relata que antes da pandemia era comum enviar, no mínimo, duas pessoas por mês para internação psiquiátrica. Contudo, com a pandemia isso reduziu consideravelmente. *“Desde o início da pandemia até agora, enviamos uma pessoa com quadro grave em saúde mental para o HGP”*. Levantada a hipótese de que as crises possam não chegar ao conhecimento da UBS por receio familiar de processo de contaminação nos hospitais, ela trouxe o fato de uma crise psicótica ser difícil de passar despercebida em uma cidade tão pequena.

As visitas domiciliares pelos ACS, no contexto da pandemia, foram suspensas por pouco tempo, menos de dois meses. Durante esse período os agentes acompanhavam o usuário via ligações telefônicas e WhatsApp. *“Logo retornamos as visitas, até porque já percebemos que quanto melhor a atuação do Agente de saúde, menor a frequência do usuário a UBS. Assim,*

entendemos que a continuidade das visitas é uma estratégia para manter a comunidade em casa durante a pandemia”.

Quanto aos impactos da pandemia na população, a coordenadora diz que ainda não podem ser avaliados, mas prevê que será um recomeço. Considera que no início da pandemia a população apresentava muito temor, depois passou a agir com normalidade, andando pelas ruas sem máscaras e sem muito cuidado. Apesar da redução pelos cuidados médicos, a população não parecia muito assustada.

Entre as dificuldades apresentadas e percebidas, destacamos a falta de articulação da rede, especialmente entre AB e CAPS, falta de capacitações em saúde mental da equipe disponível, formação sem enfoque na saúde mental. Esses limites contribuem para que a atenção em saúde mental acabe por se centrar na prática medicamentosa. O que para Paiano et al(2016) se dá em razão da centralidade das atividades na especialidade e na adoção de um modelo assistencial baseado no saber psiquiátrico, o que resulta em pouca resolutividade e baixa articulação com a Rede.

Apesar desses limites, percebemos o esforço do município em estimular práticas em saúde mental por meio de grupos, que é uma das estratégias para atender a população; por meio de consultas médicas compartilhadas, que demonstram um avanço na busca por transdisciplinaridade; na inclusão da família na elaboração dos PTS, e pela realização de terapia familiar para apoio da família em sofrimento.

Reconhecer a importância da inclusão da família e das redes sociais no cuidado é entender que o sujeito precisa ser olhado em seu contexto para elaboração de planos de cuidado. O suporte à família em sofrimento sistêmico pode ser ofertado por meio das escutas nas visitas domiciliares tanto pelos ACS quanto pela equipe multiprofissional.

Cogitamos que a falta de articulação com o CAPS se dá pelos motivos mencionados na entrevista anterior e talvez pela compreensão de que aquele centro se tornou mais um lugar de consultas ambulatoriais, perdendo sua identidade de atenção psicossocial. O que pode ser compreendido pelo espaço de tempo em que o município fica sem procurar o Centro.

No que se refere aos impactos da pandemia na oferta de serviço, percebeu-se que foi sentida especialmente na área das especialidades que foram suspensas. As consultas mediadas por recursos tecnológicos não tiveram boa aceitação no município, talvez essa seja a razão para a baixa adesão às consultas oferecidas pelo CAPS. Porém, os atendimentos psiquiátricos não levavam em consideração as particularidades do território que tem boa parte da população habitando a zona rural onde não há rede telefônica. Com a pandemia, o usuário passou a fazer uso de consultas na rede particular por não se adequar a forma de atendimento remoto.

Em meio a pandemia, o município buscou manter os serviços de visitas em domicílio a fim de trabalhar conscientização, reduzir a frequência do usuário a UBS e assegurar os cuidados essenciais. A COVID-19 impactou na continuidade dos grupos que davam suporte na prevenção em saúde mental. Todavia, não houve agravamento de casos tendo essa população, apresentando redução no número de internações e crises psíquicas. O que nos leva a pensar sobre o princípio da indeterminação dos fenômenos defendido por Vasconcellos, que nos leva a crer que uma realidade não se aplica a outra. Cada território possui suas particularidades, daí a necessidade de aproximação para percebê-lo.

O desafio de realizar o cuidado em território pode ser cheio de possibilidades, ou podemos dizer que a possibilidade é cheia de desafios? Incluir a família, realizar atendimentos especializados, proporcionar espaço de escuta, conscientização dos processos de cuidado mais adequado, entre outros, podem se tornar obstáculos se baseados em uma visão objetiva de mundo. A qualidade do serviço prestado a pessoa em sofrimento psíquico grave e a seus familiares requer empenho dos profissionais de saúde mental. A articulação da Rede de atendimento em saúde mental (Atenção básica, Estratégias de Saúde da Família, família o sujeito, comunidade) é primordial para que a proposta do SUS de integralidade seja alcançada.

Essa articulação perpassa por mudanças de paradigmas daqueles que fazem a linha de frente da política. Os profissionais que compõem a rede de saúde mental necessitam de uma mudança paradigmática a fim de que possam ver o mundo e atuar nele uma vez que o observador é sempre parte do sistema com que trabalha e o território é palco de exercício para a transformação cultural em relação ao fenômeno da “loucura” e emancipação da pessoa em sofrimento psíquico grave. Os pressupostos do pensamento sistêmico apresentados por Vasconcellos (2002), que mencionamos acima, podem contribuir para a ampliação de visão sobre os processos, pois incentiva a retirada do foco do usuário e dos sintomas e o leva até interação entre todos os envolvidos.

6.3 Roda de Conversa

Participaram da roda, 17 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de um total de 20 profissionais, a coordenadora da UBS, a presente pesquisadora e duas colaboradoras. Desses 15 ACS atuam na zona rural e duas da zona urbana. A prevalência dos ACS é do sexo masculino. Tendo em vista a pandemia, todas as normas de biossegurança foram respeitadas. Uso de máscara, álcool gel, distanciamento e a não consumo de alimentos. É importante

salientar que o município onde se desenvolveu a pesquisa tem conseguido realizar o controle dos casos de COVID-19, tendo apenas uma pessoa infectado na data da pesquisa.

A atividade foi realizada no dia 05 de março de 2021, às 14 horas com apresentação do objetivo do encontro. Em seguida, solicitamos que os participantes completassem a frase: “Quando ouço alguém falar sofrimento psíquico grave penso em que? Os participantes completaram a frase em pedaços de papel que foram recolhidos e depositados em uma caixa para uso posterior. Os dados obtidos foram utilizados na discussão desse trabalho. A técnica serviu para auxiliar a compreensão da pesquisadora sobre o entendimento que aqueles ACS têm sobre sofrimento psíquico grave.

Feito isso, solicitamos que cada agente se apresentasse, falando seu nome, área e tempo de atuação e mencionasse o que considerava melhor e o pior em sua profissão. Todos participaram. Percebemos que a maioria dos agentes estão em atuação há mais de quatro anos. E a metade atua há mais de sete anos. Sendo que os agentes que estão em atuação há menos de um ano, estão em substituição de profissionais afastados em razão da pandemia COVID 19, por fazerem parte do grupo de risco. A maioria destacou o contato com o usuário, o acolhimento recebido das famílias e a possibilidade de oferecer ajuda, como a melhor parte de sua atividade. Como ponto negativo destacaram a falta de reconhecimento pelo usuário, sobretudo no que diz respeito à importância dada a atividade exercida por eles. A palavra ‘crítica’ apareceu em pelo menos 13 das 17 respostas. Os agentes rurais citaram também a dificuldade de acesso aos usuários em razão da precariedade de estradas.

Após esse momento, compartilhamos, por meio de apresentação em slides, uma breve história da loucura, desde quando essa ainda era tida como um estado de espírito, passando pelo momento e que a mesma, era considerada doença mental e chegando aos dias atuais. A atividade teve como fim estimular a conversa sobre a forma de cuidado advindo da reforma psiquiátrica e auxiliou a reflexão sobre a conquista da atual forma de cuidado à pessoa nessa condição.

As muitas contribuições dos participantes trouxeram assuntos sobre o sofrimento do sujeito, sofrimento familiar e aspectos da atuação profissional, conversamos também sobre as mudanças impostas pela pandemia COVID-19 ao cuidado a esse usuário e sua família. Ao final da roda alguns participantes fizeram perguntas sobre a origem dos problemas mentais e sobre a cura. Retornamos a pergunta ao grupo que em sua maioria defende as questões genéticas, todavia, alguns destacaram a questão de reprodução de comportamento e do desenvolvimento do transtorno em razão de um sofrimento grande que teve na vida. Encerramos a roda com a devolutiva do que foi percebido e destacamos ações de cuidado em saúde mental que sem perceber os ACS já fazem no cotidiano do trabalho.

A avaliação da roda de conversa foi feita por dois agentes que relataram que a roda lhes acrescentou conhecimento que precisam ser multiplicados, bem como esclarecimentos sobre o tema de saúde mental. Outro participante disse que o momento trouxe reflexões, especialmente sobre o impacto da pandemia na comunidade.

O cuidado em saúde mental em mais da metade do país, é realizado prioritariamente, pela Atenção Básica. Essa é a realidade do município onde se desenvolveu a presente pesquisa. Um município localizado a mais de oitenta quilômetros do CAPS de referência que apresenta dificuldades de perceber a articulação da rede psicossocial no acompanhamento da pessoa em sofrimento psíquico daquela localidade. Assim, o recurso que usuário e a família tem como referência para o cuidado é a UBS. Para promover esse cuidado, o SUS conta com a Estratégia da Saúde da família (ESF). E esse é local privilegiado em razão da aproximação da estratégia com o sujeito. A equipe, sobretudo os ACS, atuam como a parte do cuidado mais próximo do sujeito.

A partir das vivências compartilhadas na roda de conversa, podemos nos aproximar dessa forma de cuidado e de promover saúde preconizada pela política de Saúde Mental, que tem o território como lugar privilegiado de promoção de saúde da pessoa em sofrimento psíquico grave. O instrumento de pesquisa nos possibilitou averiguar a compreensão de sofrimento psíquico grave por parte dos profissionais de saúde. Compreendemos que a maior parte dos participantes relaciona esse tipo de sofrimento com ‘tristeza’. Outros relacionam com ‘sofrimento’, ‘doença mental’ e ‘risco de suicídio’. Apareceu também a expressão ‘necessidade de ajuda’ e ‘risco de violência sexual’.

De certa forma, a compreensão dos agentes cabe na definição de Costa (2012) mencionada na introdução deste trabalho, quando os mesmos, relacionam com tristeza e necessidade de ajuda. Na visão de Costa (2012), assim como dos profissionais, esse é um tipo de sofrimento que vem de processos de tristeza, angústia que demanda atenção e cuidado. E essa necessidade de cuidado também abarca os riscos aos quais o sujeito está exposto.

Desenvolver formas de cuidar é possibilitar um meio onde essa pessoa possa se sentir segura para exercer sua cidadania. Apesar de ter sido destacada a palavra crise, nos parece que a compreensão dos agentes sobre sofrimento psíquico grave está atrelada a presença de crises constantes, pois em momento posterior da roda, poucos agentes disseram perceber esse sujeito em sua área, ainda que o município diga que são 23 casos e que os ACS auxiliem a família com a entrega dos psicofármacos. Sempre que foi citado, pela coordenadora da Atenção Básica, o nome de alguma pessoa em quadro crônico, o agente da área respondia, “*mas esse é controlado*”.

A pesquisa também nos permitiu perceber que a compreensão dos efeitos da institucionalização na vida da pessoa em sofrimento psíquico pode estar tão longe dos profissionais da saúde quanto da sociedade em geral. Pareceu-nos que a questão da saúde mental não é uma discussão que se dá entre todos os envolvidos no processo de atenção e cuidado em saúde. *“Imagino que com o retorno dessa pessoa à família, ela tenha aprendido a lidar com a família. Depois que ele vem pra família, as pessoas aprenderam a lidar com esse tipo de pessoa. Então ele não precisa ficar mais preso” (ACS 1)*. Algumas falas demonstram que para alguns dos participantes a instituição hospitalar tinha e tem a capacidade de fazer com que o sujeito se organize. Que essa prática foi positiva na vida do dito louco, pois promovia cura e readaptação social.

Outro agente, cogita a possibilidade de ter ocorrido dificuldade de readaptação do dito louco a sociedade, ao afirmar *“Acho que a família, enfrentou muita dificuldade por causa da readaptação e reabilitação ao mundo” (ACS 6)*. Mesmo sem ter certeza, ele levanta a hipótese da dificuldade em receber esse sujeito não aceito em uma sociedade de “normais”.

Um ACS com maior tempo de atuação e que já atuava quando ainda existiam hospitais psiquiátricos, compartilhou sua experiência;

Eu acompanhei um por muito tempo na minha área. Ele era tão difícil que não considerava ninguém da família. Rumava tição de fogo na mulher, queria matar. Ele já foi pra Araguaína. Ele fez muito tratamento no CAPS, eu que acompanhava ele de perto e não acho que ele melhorava em nada. Ele ficava muito tempo amarrado. Amarrava ele por muito tempo. Aí, tinha aquele negócio, o tio que criava ele, amarrava porque era ruim? Eu acho que não. Amarrava porque era a última opção que ele tinha, pra ele não matar todo mundo. Foi um tormento muito grande. Eu nunca fui a favor dele viver amarrado, mas quando desamarrava ele caía no mundo. Quatro a cinco dias pra gente conseguir encontrar ele no mato. Eles (família) me pediam pra eu provar uma forma melhor pra eles fazerem. O que eu tinha pra oferecer? Eu buscava aqui o serviço e o serviço não dava suporte. Ele tomava a medicação mas parece que não servia, pois sempre era rebelde assim. Eu mesmo ia lá dá os remédios pra ele. Corri muitas vezes com ele pra Palmas. Com o tempo, passaram uma medicação injetável e o médico me ensinou a aplicar. Daí ele foi melhorando. Hoje ele não vive mas aqui, mais tenho notícias de que está bem. (ACS 2)

Fatos como esses podem levar a generalizações da violência dos atos da pessoa em sofrimento psíquico grave, mas também levanta reflexão sobre atitudes desesperadas de cuidadores que não possuem recurso algum para cuidar ou não veem possibilidades de fazê-lo. Essa parece uma realidade do passado, todavia, nos dias atuais, ainda se ouve notícias semelhantes, muitas vezes até em locais onde há serviços de saúde mental. Consideramos que a falta de informação aos sujeitos envolvidos nesse cuidado, e o sentido de periculosidade que pode ser relacionado a pessoa que apresenta os sintomas, contribuem para práticas como essas de enclausuramento.

O relato de alguns agentes a respeito da experiência narrada pelo ACS 2 menciona a relação conflituosa da família com o sujeito que apresentava o sintoma. Alguns agentes defenderam que, dependendo da postura familiar, o sujeito em sofrimento psíquico grave apresenta pioras no quadro *“a ação da família desse homem aí, certamente causava mais revolta e conseqüentemente ficava mais agressivo”*. Costa (2013 p. 370), reforça que *“os sistemas familiares apresentam características e dinâmicas que interferem no modo de lidar com problemas ou demandas psicológicas”*. A compreensão do impacto da relação familiar no comportamento do sujeito que apresenta o sintoma e da participação no cuidado, como fator de melhoria, é perceptível entre os ACS. *“Penso que nesses casos a família tem que entrar em consenso e correr atrás de especialista que possa ajudar”* (ACS 3). As colocações dos profissionais frente ao relato nos parecem uma busca por contextualizar a agressividade apresentada pelo indivíduo, não reduzindo o comportamento ao sintoma. Por outro lado, pode representar uma crença de causalidade linear que leva em consideração somente a relação causa e efeito.

Ao apresentarem as dificuldades enfrentadas pela família no processo de cuidado, outros ACS somam outro ponto de vista. Destacam que nem sempre a família sabe o que fazer diante de uma situação de crise, especialmente quando reside na zona rural, distante de qualquer profissional de saúde. *“Vai que a família nem tem essa condição? A única condição que tem é de amarrar?”*. Desta forma, *“pensar o objeto em contexto significa pensar em sistemas complexos, cujas múltiplas interações e retroações não se inscrevem numa causalidade linear - tal causa produz tal efeito- e exigem que se pense em relações causais recursivas”* (VASCONCELLOS, 2002, p. 114, grifo da autora).

Nossa conversa sobre as formas de cuidado em território destacou a importância da liberdade e da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico grave como fatores que contribuem com o cuidado; *“Hoje eles são tratados de forma mais humana. Antes era desumano”* (ACS 5). O (ACS 9) complementa, *“Sem falar que mais próximo da família tem mais chance de cuidado. O cuidado deve ser melhor”*. Outro diz *“A pessoa já estava com problema, já tinha dificuldade, aí pra acabar de completar ainda tira todo aconchego que tinha? Sem contato familiar, sem nada? Invés de melhorar acaba prejudicando muito mais, eu acredito”* (ACS 3). As falas dos agentes demonstram que eles compreendem que o lugar de cuidado é em território e que a co-responsabilidade familiar pode trazer o convívio tranquilo com essa pessoa em sofrimento psíquico grave. Percebe-se que o isolamento e o distanciamento social são considerados fatores de risco. O reconhecimento de que o cuidado em território é positivo é unânime, todavia, a

visão de território ainda parece se situar na família. A ampliação do espaço territorial de cuidado ainda carece de ampliação de foco pelos profissionais que nele atuam.

A participação da família no processo de cuidado foi relacionada a compreensão da cidadania e da autonomia da pessoa em sofrimento psíquico. *“Penso que a família contribui com essa pessoa quando ela aprende a tratar ela como uma pessoa normal e não como doida”* (ACS 7). A fala desse ACS esclarece que a inclusão da família também se dá por meio da conscientização do sofrimento contido no sofrimento psíquico grave. Conscientizar é uma forma de cuidado que abrange todo o território.

O sofrimento psíquico familiar, também foi expresso nas narrativas, deixando claro que é perceptível aos ACS que a família é parte que sofre e muitas vezes adocece nesse processo de cuidar, assim, também necessita de cuidado. Um dos agentes que atua na zona rural, contou-nos que observando o sofrimento de uma família de sua área que tem um filho diagnosticado com autismo severo, se dispôs a levar o menino para passar um dia consigo, para que a mãe pudesse ter um dia de descanso. Essa mãe foi encaminhada para um grupo de tabagismo, entretanto o agente destaca que ela mencionou que o cigarro era o único refúgio dela diante do sofrimento e sobrecarga no cuidado com o filho. Os agentes concordam que a família sofre e passaram a exemplificar;

Na minha área tem uma mulher que passou por isso quando ganhou bebê. O marido dela, em uma das minhas visitas, chegou em mim e disse: “Oh fulana, me ajuda, não estou dando conta. Eu me comprometi a ajudar pelo menos indo dar o remédio pra ela. Ela ameaçou me matar se eu fosse lá. Daí a psicóloga foi lá (ACS 4).

O cuidado em território precisa ser sistêmico e envolver todo o grupo, inclusive os profissionais que também fazem parte da comunidade. O agente relatou isso ao dizer *“já vi esse problema gerar transtornos em outros familiares. Mas o que posso fazer é ouvir”* (ACS). Percebemos que, em sua maioria, os profissionais atuam como parte da família, se comprometendo em administrar a medicação àqueles que vivem sozinhos. Percebe-se que os agentes, sobretudo os rurais, tem um forte vínculo com o território, e apesar de não possuírem formação na área de saúde mental, tem sensibilidade para perceberem o sofrimento familiar diante do sofrimento psíquico grave. Muitas vezes, mesmo sem muito manejo, os agentes que também são parte da comunidade se dispõem a realizar bem mais que suas atribuições para contribuir nesse cuidado. A escuta realizada durante as visitas domiciliares é uma das estratégias que esses agentes têm para promoverem cuidado em território.

Conversando sobre a assistência a esse sujeito em sofrimento psíquico grave, os agentes contam que, ao detectarem alguma questão que estão com dificuldade, pedem ajuda a equipe

multiprofissional, especialmente a Assistente Social, visto que a maioria das dificuldades está relacionada a questões sobre alimentação. A atuação da equipe multiprofissional tanto na intervenção quanto no apoio matricial da equipe é um ponto forte do trabalho em território. Todavia, dada as demandas gerais do município, o trabalho voltado para saúde mental carece de uma equipe específica, conforme exposto nas entrevistas.

A compreensão da maioria sobre esse cuidar em território centra-se na prática medicamentosa. *“Penso que a pessoa tomando medicamento ela tá bem. Se passar 4 ou 5 dias sem tomar ela já automaticamente tem crise”*. (ACS 1). A compreensão de que a medicação é suficiente é um entendimento comum na sociedade que remete o sofrimento psíquico a um padecimento do corpo que pode ser facilmente resolvido com medicação. Essa compreensão fomenta a ideia de que o uso de psicofármacos nunca é excessivo e retira a problematização dessa questão do território, uma vez que seu uso fornece a ideia de que está tudo bem com o campo da saúde mental do município.

Alguns agentes falaram sobre agendamento de consultas e de como renovam receitas e levam a medicação para o usuário com algum transtorno. O município trabalha com a conscientização da importância da medicação para que o sujeito que apresenta os sintomas possa compreender a necessidade de praticar o autocuidado.

Dado o contexto atual onde o distanciamento social é necessário para evitar a proliferação do vírus, e considerando que a relação é base da atenção em território, buscamos compreender como o cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico grave tem se dado durante a pandemia em que vivemos. A pergunta sobre como tem sido a atenção ao usuário no contexto de pandemia, foi seguida de silêncio, como se aquela reflexão ainda não houvesse passado por eles. Passaram a relatar que mesmo com a pandemia deram continuidade com as visitas. Compartilharam sobre o medo de alguns usuários em os receberem e do respeito ao outro nesse período. Alguns relataram que, por já conhecerem um pouco o perfil do usuário, vão até a porteira da residência e dali mesmo se comunicam e entregam as medicações necessárias, acolhendo a demanda daquela família. Esse é o cenário dos profissionais de saúde no contexto da pandemia, não só os profissionais lotados em hospitais, mas toda a rede de saúde continua trabalhando, alguns na linha de frente, outros na prevenção, levando e trazendo estratégias e recursos para que a população fique em casa e evite contaminação pelo coronavírus.

A partir dos dados colhidos na entrevista, consideramos que houve diminuição das crises psíquicas em pessoas acompanhadas pela UBS. Os participantes relataram que as crises reduziram a frequência e que praticamente não há reclamação de pioras nesses quadros. Os agentes destacaram que esse fato pode se relacionar com o aumento do cuidado sobre si e com

o outro. Para alguns, a família tem se voltado mais para si, realizado mais atividades físicas e se alimentado melhor a fim de evitar idas a Unidade de Saúde para consulta ou necessidade de internação hospitalar, o que pode oferecer alto risco de contaminação pelo coronavírus.

Um dos agentes narrou que uma moça da sua área de atuação que apresentava um quadro depressivo grave tem apresentado significativa melhora durante esse período de pandemia;

Eu estava preocupada com a reação dela, eu até pensei; essa menina com esse problema que ela tem vai ficar doida aqui nessa pandemia, nessa fazenda. Mas não, não sei se é devido os cuidados da mãe ali com ela. Eu orientei levar ela de vez em quando onde o celular pega pra ela conversar com alguém já que não podia vir na rua. Antes você chegava na casa dela, era aquele conversarão. Agora não, é uma conversa tranquila. Ela mudou muito. Eu incentivo ela a trabalhar em casa, rastelar o quintal. A mãe me pergunta se isso é mesmo bom pra ela. Eu digo que esse estado dela é coisa da vida mesmo. Eu digo que ela melhorou muito. Quando eu peguei COVID ela sempre ligava pra mim, preocupada, querendo saber como eu estava. Eu considerava isso impossível. Eu digo que essa pandemia está ajudando muita gente”. (ACS 3)

Outro caso citado foi de um senhor que apresentava crises recorrentes, era constantemente encaminhado para internação, hoje se encontra estabilizado e foi reinserido no mercado de trabalho. O ACS 3 afirmou que acredita que quando a pessoa tira o olhar de si e olha para o outro, isso traz melhora à sua vida. Outros defenderam que a família tem cuidado mais uns dos outros. E que cada pessoa tem se importado mais com a própria saúde.

Outros pontos foram sendo destacados *“tem uma mulher da minha área que tem depressão e um problema sério na garganta. Ela tem muito medo do vírus. Hoje ela não precisa mais de tratamento para a garganta. Eu não entro na casa dela, só vou até a porteira. Ela não apresenta mais problema nenhum de saúde”* (ACS 7).

“Essa pandemia trouxe coisas boas e coisas ruins. Eu mesma estou com a saúde ótima. Vivía com problema de saúde, coração e diabete elevada. Agora como fico em casa eu me cuido, faço exercício. Melhorei muito” (ACS 4). Os destaques dos agentes para a melhora na saúde dos usuários foram relacionados com a redução da jornada de trabalho, preocupação com a saúde do corpo, o olhar para o outro e o auto-cuidado. Um participante apontou a facilidade em realizar o trabalho em meio à pandemia. *“Tínhamos muita dificuldade de encontrar as pessoas em casa no sertão. Agora você chega e tá todo mundo em casa”* (ACS 8). A fala demonstra como o processo de conscientização é importante na promoção de saúde. A tomada de consciência é fator necessário para um novo fazer.

Por meio deste procedimento, alguns fatores foram observados como dificultadores ao desenvolvimento de cuidado em território. A falta de conhecimento dos dispositivos para o cuidado, não só pelo usuário, mas também por profissionais; a falta de compreensão por parte

da população da importância do ACS que dificulta o vínculo, a desvalorização profissional uma vez que o fator motivacional do profissional envolvido no cuidado também deve ser considerado ao se pensar cuidado em território. Os profissionais ao contarem que veem como ponto negativo a falta de reconhecimento do usuário, demonstram que esse é o fator que os desmotiva. Promover espaço de fala também para os profissionais, não só para falar sobre as dificuldades do usuário mais de suas próprias dificuldades, é investir na melhoria da oferta de serviço uma vez que investe na relação entre o usuário e o profissional. *“Acho que a maior dificuldade que todos têm de falar. Não é todos que conseguem falar sobre as dificuldades que tem”* (ACS). Esse agente comenta que o momento da roda proporcionou um espaço coletivo de fala, onde eles puderam colocar sentimentos sobre o trabalho.

Por meio da intervenção, percebe-se que o ACS é figura indispensável ao cuidado nesse território com características rurais, especialmente em tempos de pandemia. É ele que leva a medicação, agenda consulta, providência o transporte, solicita agendamento no CAPS, realiza escuta familiar, tem o papel de conscientizar a população. Investimento na formação desse profissional visando o foco em saúde mental, poderia impulsionar e qualificar o cuidado nessa área uma vez que são eles que adentram as casas e ouvem as famílias, já realizando cuidado em saúde mental.

Acredito que a roda além de contribuir para levantamento de dados para essa pesquisa, colaborou com a ampliação de visão sobre a temática tanto da pesquisadora como dos pesquisados. Conversar sobre o sofrimento que envolve a pessoa que apresenta o sintoma e a família, também abriu a possibilidade de conversar sobre o sofrimento do agente que muitas vezes se vê impossibilitado de minimizar o sofrimento do usuário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reorientação da atenção à saúde mental pelo paradigma da clínica psicossocial, advinda do movimento da Reforma Psiquiátrica, possibilita à pessoa em sofrimento psíquico grave, autonomia e reinserção social e permite à família e à comunidade participar deste processo. O processo de cuidado em saúde mental realizado no território pesquisado se mostrou desafiador. A falta de serviço especializado, odistanciamento do CAPS de referência, a falta de articulação de alguns pontos da Rede, o desconhecimento do território por parte de muitos dos seus integrantes, a falta de valorização profissional, especialmente dos que atuam mais próximos da família, que apesar de muita disposição para ajudar, se deparam com dificuldades estruturais e muitas vezes com formação insuficiente, são fatores que dificultam o desempenho desse modelo de atenção territorial.

As dificuldades no cuidado vivenciadas pela família, tais como, falta de oferta de serviço em território que vai além da administração medicamentosa, pouca informação sobre os serviços prestados pela rede, problemas de acesso aos serviços especializados, falta de habilidade com o manejo do familiar que apresenta o sintoma, falta de condições de custear as despesas básicas necessárias ao cuidado, falta de espaços onde possam compartilhar suas vivências e sobrecarga emocional, dificultam o protagonismo da família, tornando-a um desafio ao modelo de atenção de base comunitária, quando poderia ser apenas possibilidade.

Questões apresentadas sobre o trabalho multiprofissional denunciam como a divisão de saberes influencia no cuidado em território, uma vez que os profissionais acabam se tornando partidários de suas verdades (VASCONCELLOS, 2002). O modelo de cuidado predominantemente biomédico, acaba por reforçar práticas hospitalocêntricas que precisam ser superadas no campo da saúde mental. Todavia, para retirar a centralidade das classificações psiquiátricas baseadas no sintoma e colocá-la nos fenômenos internos, relacionais e dinâmicos, o cuidado em território precisa ser eficiente e a articulação da rede efetiva. Para tanto, é indispensável a implantação de centros especializados, com espaço de convivência e troca de experiência e com equipes multiprofissionais específicas, especialmente em cidades tão distantes.

Apesar da inexistência desse centro, o município tem apresentado ações positivas na área de cuidado em saúde mental e reconhece que pode desenvolver ações para a melhoria nesse processo, muito embora não apresente ações voltadas ao cuidado específico ao sujeito na situação de sofrimento psíquico grave. As visitas domiciliares, realizadas tanto pelos ACS como pela equipe multiprofissional, a elaboração de projetos terapêuticos singulares conjuntos,

terapias individuais e familiares são os meios usados para incluir a família no processo de cuidado e podem ser potencializados.

Quanto às mudanças impostas pela pandemia, percebemos que elas afetaram as relações, as instituições e os serviços. Não foi diferente no atendimento ao usuário em sofrimento psíquico grave. O novo formato de atendimento, especialmente no CAPS, não encontrou aceitação junto a essa população. Isso nos leva a pensar sobre a necessidade de conhecer o território por todos que atuam nele. A oferta de serviços de base territorial precisa considerar a particularidade e o todo. O desconhecimento das características do território e dos limites e possibilidades de atuação nele, levaram os usuários a deixarem de utilizar a rede e passarem a buscar atendimento que vão na contramão da Reforma.

Considerar o território como local de partida requer uma formação para a consciência de que aí se faz o cuidado integral em saúde. É necessário, pois, não ter a pretensão de que é possível conhecer o mundo tal como ele é, ainda que o olhemos de perto. A distância que escolhemos para olhar pode muito nos aproximar daquele contexto, no entanto, é preciso considerar que nossa percepção altera os fatos, uma vez que aplicamos nossa subjetividade na ação.

A melhoria relatada nos quadros de saúde em geral, pode estar relacionada com a intensificação do cuidado tanto profissional quanto familiar, a fim de evitar internações dado o contexto pandêmico. Esse é um dado que reforça a possibilidade do cuidado em território como prioridade. Talvez a pandemia leve o município a entender que pode lidar com questões de saúde que antes pareciam impossíveis, como crises psíquicas, diminuindo assim, o quantitativo de internações psiquiátricas e priorizando ações de cuidado no lugar onde o sujeito vive.

Dessa forma, concluímos que cuidar do sujeito em sofrimento psíquico grave em território requer um conjunto de ações com vista a saúde e não a cura. Nesse processo é preciso compreender que a produção da saúde é feita em liberdade e respeito a cidadania e que exílio não produzem saúde. Acreditamos que investimentos em formações e capacitações sobre questões em saúde mental, com enfoque nos profissionais de saúde, especialmente para os ACS, podem contribuir muito com a melhoria desse cuidado e ampliar a rede comunitária de atenção à pessoa em sofrimento psíquico, uma vez que esses profissionais são também parte da comunidade e da rede social do usuário. Ações que coloquem a saúde mental em foco podem potencializar o território para o cuidado e gerar mudança dentro dos profissionais da saúde que ecoarão no território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília 1988

BRASIL. Lei 10.216/2001 de 06 de abril de 2001. Brasília 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2005. **Lei 10.216**

BRASIL. **Portaria 3.088** de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>

CAMPOS, P. H F; SOARES, C B. Representação Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p.219-237, dez. 2005. Disponível em:<http://periodicos.pucminas.br/> Acesso em 15/07/2020

COSTA, IlenoIzídio da (org.) **Intervenção Precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá 2013.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: AMARANTE, P.,org.Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2000. <<http://books.scielo.org>>

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em 19/11/2020

FARO, A., Baiano *et al.* **COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado**. Estudos de Psicologia v.l. 37. Campinas 2020 Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 24/11/2020

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica**; Tradução (José Teixeira Coelho Neto 11ª ed. São Paulo: Perspectiva 1926-1984. p. 543 Histoire de la folie à l'âge classique

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**, Tradução Roberto Machado 28ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Tradução Lillian Rose Shalders 6ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro 2000. *Maladie Mentale et psychologie* (Original publicado em 1954).

GIL, Antonio Carlos. **Métodos da pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

INTEGRALIDADE, in DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde. Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario>. Acesso em 23/11/2020.

MARTINS, P P S, GUANAES-LORENZI, C. **Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Vol. 32, n. 4, pp. 1-9, [online] Brasília 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 21/11/2020

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução Eliane Lisboa. Porto Alegre Sulina, 2005.

PAIANO, Marcelle et al .Ambulatório de Saúde Mental: Fragilidades Apontadas Por Profissionais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e0040014, 2016 .

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência**- Campinas, SP: Papyrus, 2002.

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Formação profissional: _____

Tempo de atuação na Atenção Básica do município: _____

- 1- Qual a área de cobertura deste CAPS? Quantos municípios correspondem a esse território?
- 2- Como o CAPS realiza o acompanhamento das cidades referenciadas/pactuadas?
- 3- Quais as maiores dificuldades em atender os municípios referenciados e pactuados?
- 4- Como é a aproximação do CAPS e a Atenção Básica dos municípios pactuados?
- 5- Quais as ações em saúde mental que podem ser realizadas em território onde não há CAPS?
- 6- Quais os profissionais que compõem o CAPS, atualmente?
- 7- Quais os maiores desafios impostos por essa pandemia para a atuação desse serviço?
- 8- Como o CAPS prepara a família para lidar com a crise de seu familiar, especialmente nesse contexto de pandemia? Há alguma estratégia de atendimento *online*?
- 10- Como estão os atendimentos depois da pandemia?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Formação profissional: _____

Tempo de atuação na AB do município _____

Atuação do profissional

- 1-Quantas Unidade Básicas de Saúde tem o município?
- 2-Quem são os profissionais que atuam em saúde mental?
- 3-Como é o processo de formação/capacitação para os profissionais de saúde (Nasf e ESF) para atuarem na política de saúde mental?
- 4-Como são preparados os profissionais da rede, que fazem parte do território, para esse cuidado?
- 5-Há uma rotina de discussão de casos em saúde mental entre a equipe da Atenção Básica? Quem participa?
- 6-Vocês realizam reunião de matriciamento com a equipe? Quem participa? Como é feito?
- 7-Vocês trabalham com projeto terapêuticos singular? A família participa da elaboração?
- 8-Qual o suporte que os agentes de saúde têm para lidar com demandas em saúde mental, especialmente em casos crônicos?
- 9-Você acredita que a sua formação te forneceu base para atuar em saúde mental? E quanto a formação acadêmica dos demais profissionais inseridos saúde?

Relação com o CAPS

- 1-Como o CAPS de referência apoia ou atua no município?
- 2-Como é a aproximação da Atenção Básica com o CAPS?
- 3-Quais as principais dificuldades em não ter um CAPS na cidade ou mais próximo?
- 4-Como se dá os processos de referência e contra-referência do usuário para o CAPS e hospital?

Atenção à saúde mental.

- 1-Como é realizado o cuidado com a pessoa com transtorno mental no município?
- 2- Quantas pessoas existem nessa condição neste território?
- 3-Quais as dificuldades encontradas na atenção em saúde mental em território?
- 4-Como se estimulam práticas em saúde mental no município?
- 5- O serviço de Atenção Básica do município tem grupos educativos, operativos ou terapêuticos? Se sim, como funcionam? Quais são? Voltados para que público?
- 6-Como os profissionais da Atenção Básica lidam com o uso dos psicofármacos?

7- Há algum trabalho que vise a redução do uso de psicofármacos?

8- Quais as ações em saúde mental podem ser realizadas ou aprimoradas em território.

Inclusão familiar

1- Qual a importância da participação da família nesse processo?

2- Como é o envolvimento da família nos processos de cuidado em saúde mental?

3- Como a Atenção Básica operacionaliza ações de inclusão da família na atenção básica e na atenção à saúde mental?

4- Há algum programa de assistência familiar que tem como objetivo oferecer orientação e suporte emocional à família, considerando sua relação com a Transtorno mental?

Pandemia COVID-19

1- Como ficou o cuidado em saúde mental desde o início do período de pandemia?

2- Considerando as novas formas de atendimento remoto, você considera que os profissionais da Atenção Básica estão capacitados a auxiliar os usuários, diante da necessidade de outra forma de atendimento? Quais as maiores dificuldades?

3- As visitas domiciliares foram mantidas?

4- Que mudanças ocorreram nas ações de acolhimento da família e atendimento ao usuário, diante do cenário de isolamento social, imposto pela pandemia COVID- 19?

5- Como você avalia o impacto dessa pandemia na população desse município?