

“OS DESAFIOS DO SABER/FAZER SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA PELO ATIVADOR DE REDES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CASO DO MUNICÍPIO DE BARRA DE SANTA ROSA-PB”

Celina de Farias Costa Macedo

Universidade Estadual da Paraíba(UEPB) e-mail: celinajneto@yahoo.com

Cleiton Charles da Silva

Secretaria Municipal de Saúde (Barra de Santa Rosa-PB)

RESUMO: Trata-se de um Relato de Experiência de Projeto aprovado pelo MS, para a execução da 2ª fase do Projeto Percursos Formativos na RAPS. O objetivo geral foi apresentar como esse projeto vem se desenvolvendo em Barra de Santa Rosa-PB, na linha de ação: saúde mental na Atenção Básica, enquanto o objetivo específico foi descrever o processo de construção do papel de ativador de redes, a partir das vivências referentes aos meses de fevereiro a maio/16. Através de diário de campo, o Relato se embasa nos princípios do SUS, da PNAB, da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS, da Educação Permanente em Saúde, constando as descrições e análises das vivências, tanto no território de desenvolvimento das ações, quanto acerca das reuniões mensais com o tutor (Brasília-DF), contemplando, também, o envio dos relatórios mensais à Fundação Osvaldo Cruz, e o Fórum de discussão. A 2ª fase do Projeto Percursos Formativos na RAPS vem sendo desenvolvida no município de Barra de Santa Rosa-PB dentro dos parâmetros estabelecidos e exigidos pelo Ministério da Saúde, a partir de ações de caráter coletivo, envolvendo equipes da Estratégia Saúde da Família, CAPS, CRAS, CREAS, Educação, NASF, SAMU, embora ainda haja muito a ser construído, para que o cenário da centralização das ações não incorram na psiquiatrização do cuidado à saúde mental. O papel de ativador de redes, em construção, inventa e reinventa um saber/fazer saúde mental na AB de forma integral, resolutiva e acolhedora.

Palavras-chave: Atenção Básica, ativador de redes, Saúde mental.

INTRODUÇÃO: É no cenário do nosso modelo de sistema público de saúde, que preza por uma sociedade mais igualitária com princípios e diretrizes (universalidade no acesso e igualdade na assistência; integralidade na assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde) contrários à filosofia de uma cidadania regulada, por uma saúde como direito social

(NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012) que ancoramos o presente Relato de Experiência.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) refere que a busca da atenção integral, a partir da consideração do sujeito, tanto em sua singularidade, quanto na sua inserção sociocultural, é realizada pela Atenção Básica (AB) que se caracteriza por “... um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção

e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde...” (BRASIL, 2012, p. 19).

Assim, diante da prerrogativa de que a saúde mental, de forma alguma, encontra-se dissociada ou desvinculada da saúde geral, cabe, também, à AB a realização de intervenções em saúde mental, embora vários pesquisadores (QUINDERÉ, et al, 2013; CAVALCANTE, et al, 2011; CAMURI e DIMENSTEIN, 2010; SILVEIRA e VIEIRA, 2009; NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007) apontem as incessantes dificuldades dos profissionais da AB, ocorrendo, na maioria das vezes, a prevalência do modelo curativo, biomédico, com práticas pautadas na lógica do especialismo.

A atual Política de Saúde Mental, no nosso país, embora reconheça os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos estratégicos, aponta e fortalece que a atenção voltada à saúde mental tem sido, cada vez mais, compreendida como uma rede de cuidados que também inclui a AB, dentre outros recursos; no entanto, estudos (GRYSCHK e PINTO, 2015; NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007) tem demonstrado que entre as diretrizes apregoadas pela Políticas Públicas e a realidade cotidiana na AB há um abismo.

Diante de tal problemática, o Ministério da Saúde, dando continuidade às ações de fortalecimento de um trabalho de atenção psicossocial comunitário (Programas e projetos já implantados: PET Saúde Mental; Residências em Psiquiatria, Residências Multiprofissionais em Saúde Mental, Especializações em Saúde Mental, Cursos de Atualização, instituição do Programa de Qualificação de CAPS/RAPS), lançou o Projeto de Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em

novembro/2013, a partir de uma Chamada Pública (1ª) do Ministério da Saúde/SAS/DAPES/Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, para seleção de projetos, com apoio financeiro aqueles municípios que desenvolvessem projetos de educação permanente.

Assim, o município de Barra de Santa Rosa-PB participou do processo seletivo, sendo contemplado, encaminhando um total de 20 (vinte) profissionais (da Atenção Básica, da Especializada e de atenção à urgência e emergência: agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, enfermeiras, médicos, pedagoga, dos Serviços CAPS, ESF, NASF, SAMU) a partir da identificação com a proposta e disponibilidade para permanecerem por um período de 30 (trinta) dias no município de São Lourenço do Sul (RS), que funcionou como a rede preceptora, indo mensalmente 02 (dois) profissionais.

Após esse momento, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2015, lançou as instruções para a 2ª fase do Projeto Percursos Formativos na RAPS, 1ª Chamada, ressaltando que apenas os municípios que participaram da primeira etapa estavam aptos a enviarem os projetos e Plano de Ação de Educação Permanente (PAEE), bem como a indicação dos profissionais, chamados de ativadores de redes, que atendessem aos seguintes critérios recomendados: fossem eleitos pelo coletivo de trabalhadores da RAPS local; tivessem passado pelo intercâmbio, caso o município optasse por um profissional local; tivessem perfil de multiplicador; possuísem experiência profissional (comprovada) de, no mínimo, quatro anos no âmbito da saúde mental e/ou saúde coletiva, com vivência em ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda de acordo com o documento do MS, o papel desse ativador seria desencadear, estimular e articular processos de educação

permanente, bem como as reflexões da equipe e da própria rede, com o objetivo de redirecionamento das ações através de reuniões e de rodas de educação permanente de forma que abrangesse as equipes dos pontos de atenção da RAPS, enfim, os serviços do território.

Com a concepção de cuidado enquanto compreensão filosófica e de atitude, pautada nos princípios de universalidade, equidade e, principalmente, de integralidade, nosso PAEE (intitulado de: “Eu e você; nós... desatando nós nas engrenagens do saber/fazer!”) foi construído tendo por base que “o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um” (AYRES, 2009, p. 14).

Com início das atividades no mês de março/2016, a 2ª fase do Processo de Percursos Formativos na RAPS, denominado de Engrenagens da Educação Permanente, apresenta-se como um processo que acontece sob o tripé: serviço-comunidade-usuário, a partir de propostas em que a atuação nos territórios possam estar articuladas com processos de trabalho sob a lógica da clínica ampliada, bem como de outros dispositivos.

A discussão/reflexão sobre a execução desse projeto sugere relevância acadêmica e social, considerando que poderá contribuir para o delineamento de propostas outras que envolvam o saber/fazer saúde mental na AB.

Embasamos nossa afirmativa anterior na verificação cotidiana de que os espaços de intersetorialidade oferecem inúmeras oportunidades de compartilhamento de saber e de poder, assim como de construção de novas formas de atuar/agir/interagir, que, por vezes, não se encontram bem estabelecidas ou

suficientemente experimentadas, havendo a efetiva necessidade de democratização institucional e da produção de modos compartilhados de gestão (CAMPOS, 2007).

Fundamentamos, ainda, a relevância desse Projeto, a partir da percepção do papel imprescindível da Educação Permanente em Saúde (EPS) na construção diária do SUS, como uma Política de Educação na Saúde com foco no trabalho, ou seja, na produção de conhecimento no cotidiano das instituições de saúde, através das vivências dos atores nelas envolvidos, convergindo com a premissa de que “a educação permanente vai buscar, fundamentalmente, restaurar nos locais de trabalho a autonomia, o comprometimento, o vínculo, a responsabilidade, entre outras habilidades dos trabalhadores, como forma de contrarrestar a falta de qualidade no atendimento” (BRASIL, 2006, p.76,77).

Dessa forma, nosso objetivo geral é apresentar como vem se desenvolvendo, no município de Barra de Santa Rosa-PB, a 2ª fase do Projeto Percursos Formativos na RAPS, na linha de ação da saúde mental na Atenção Básica (AB).

Como objetivo específico, descrever o processo de construção do papel de ativador de redes, a partir das vivências referentes aos meses de fevereiro a maio/16.

METODOLOGIA: Trata-se de um Relato de Experiência, a partir do diário de campo de um profissional denominado de ativador de redes, integrante do Projeto do Ministério da Saúde: 2ª fase do Percursos Formativos na RAPS: Engrenagens da Educação Permanente, sendo a linha de ação referente à Saúde Mental na Atenção Básica (existem outras cinco linhas: Atenção à crise e urgência em saúde mental; Saúde Mental Infante-juvenil; Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial).

Essa linha de ação foi escolhida devido à necessidade percebida no município, no que se refere à superação do paradigma asilar e, conseqüentemente, construção de um paradigma de garantia ao exercício da cidadania, a partir de práticas de base territorial e articulada em rede.

O presente Relato de Experiência embasa-se nos princípios do SUS, da PNAB, da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS, da EPS.

Assim, todo o desenvolvimento do projeto norteia-se pela EPS, como um método de gestão que incita o pensar acerca das construções educativas e processos de trabalhos, a partir da junção entre os saberes técnicos e científicos e a construção de estratégias que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde.

Reconhecemos, dessa forma, a relevância desse projeto, pois a educação permanente possibilita "... mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições" (CAROTTA, KAWAMURA e SALAZAR, 2009, p. 49).

A execução desse projeto dar-se-á em 10 (dez) meses, com início efetivo no mês de março/16 e término em dezembro/16, constando nesse Relato as descrições e análises das vivências (referentes ao período de fevereiro a maio/16) tanto no território de desenvolvimento das ações (município de Barra de Santa Rosa-PB), quanto no âmbito das reuniões mensais com o tutor na cidade de Brasília-DF, contemplando, também, o envio dos relatórios mensais à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), parceira do MS nesse projeto, e o Fórum de discussão: tutor e ativadores (criado no mês de maio/16).

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

O PAEE, ao ser construído, buscou preencher lacunas, a partir da observação de que os Serviços ainda se relacionavam de maneira tímida, com ações de caráter pontual e equipes com trabalhos isolados, levando-nos a acreditar ser reflexo, tanto de uma formação acadêmica não pautada na lógica do cuidado compartilhado, bem como por questões culturais (até então há uma certa resistência de trabalhar com a diversidade e particularidade dos sujeitos de forma intersetorial), sem perder de vista que "... a responsabilização não pode ser entendida como um imperativo moral no sentido forte do termo. Tanto da parte dos profissionais como dos usuários, é a produção do vínculo a verdadeira fonte de responsabilização mútua pela produção do cuidado"(AYRES, 2009, p. 20).

Dessa forma, as ações propostas por esse Plano decorreram das necessidades de uma prática com interesse na coletividade, de forma articulada (através de pactos e acordos da ordem do comunitário), favorecedora de um Serviço de qualidade prestado à população (criança, adolescente, adulto e idoso em sofrimento psíquico ou não, usuário de crack, álcool e outras drogas ou não), a partir das seguintes fragilidades verificadas: - a relação distanciada entre a Atenção Básica/CAPS/Serviço de atenção e urgência, havendo necessidade da prática do matriciamento; -as reuniões de equipe com periodicidade baixa e pouca resolutividade; - a não existência de reuniões/rodas de conversa intersetoriais; -o fluxo de atendimento de saúde mental nas Unidades de Saúde restrito à distribuição de receitas psicotrópicas; -a inexistência de grupos na AB que incluam as pessoas usuárias de saúde mental; -o cuidado em saúde mental da infância na AB inexistente; -a AB sem Projeto Terapêutico Singular (PTS).

As fragilidades, ora apontadas, culminam com o não atendimento das demandas e, principalmente, das necessidades de um coletivo que ainda se encontra à margem, sensibilizando-nos para entendermos que “... muito ainda precisa ser implementado para avançarmos na perspectiva da construção da rede de atenção em saúde mental, mediante a articulação de serviços que devem operar na lógica da territorialização, corresponsabilização e da integralidade das práticas em saúde mental” (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011, p. 1502);

Desafios postos, no mês de fevereiro/16 ocorreu a primeira reunião na cidade de Brasília-DF, que contou com a participação da tutora (Kátia Paiva), os 06 (seis) ativadores vinculados à rede preceptora de São Lourenço do Sul (RS) e representantes do MS, tendo como principais atividades desenvolvidas: - apresentação, por cada ativador, do seu município de origem, destacando características, dispositivos presentes da RAPS, além de uma breve avaliação da 1ª etapa do Percursos Formativos na RAPS e as expectativas como ativador de redes; - discussão do papel e desafios de ser ativador de redes ou “engrenheiro”; discussão acerca das potencialidades percebidas em cada município para a concretização do PAEE.

Esse primeiro momento foi de grande importância, pelo misto de sensações, desafios vislumbrados, entendendo termos dado os passos iniciais, parafraseando Fernando Pessoa, para uma travessia, em que as roupas usadas precisam, sim, serem abandonadas pela busca de novos caminhos a serem percorridos. Caminhos esses que levam a um fazer saúde mental na AB com intervenções não focadas apenas na cura das doenças, mas principalmente na produção de vida e de saúde, contribuindo para a modificação da qualidade e condições de modos de vida dos sujeitos que anseiam,

desejam, escolhem, tem valores e assim precisam ser (re) conhecidos (BRASIL, 2013).

Confirmei, então, que o papel de ativador de redes não está dado, pronto, não segue um protocolo, é um processo e, como tal, move-se pela invenção/reinvenção a partir das relações estabelecidas por um propósito em comum.

Os dias que se sucederam à primeira reunião foram de significativas reflexões, (des)construções, (re)construções das ações do PAEE, permeados por encontros com o Secretário Municipal de Saúde, com a Coordenadora Municipal de Saúde Mental e, de forma inevitável, as discussões se pautaram nas dificuldades cotidianas encontradas nos serviços, assim como nas relações estabelecidas com os usuários, dentre outros aspectos concernentes aos processos de trabalho, cabendo pontuações acerca do cuidado ofertado ao usuário de saúde mental e sobre as redes.

Muito se tem falado em redes, desde o advento do SUS, por ter como pressuposto básico “... que não há um equipamento ou mesmo equipe de saúde considerado autossuficiente na produção do cuidado” (QUINDERÉ, JORGE E FRANCO, 2014, p. 254).

Vislumbrei, então, que o papel de ativador de redes é, também, de conquistar a confiança, a credibilidade de que é possível um cuidado em rede, enfocando e abordando a diversidade, o micro, o mundo individual, sem perder de vista a noção de totalidade dentro de uma estrutura de profunda iniquidade social.

No dia 18/03/16 foi realizada a 2ª reunião entre os ativadores de rede e a tutora em Brasília-DF. Na abertura, assistimos ao vídeo “Aprendendo a aprender” e, em seguida abriu-se um debate sobre as posturas de assumir as funções de mestre e aluno,

simultaneamente, no movimento de saber/não saber, provocando-nos a repensarmos sobre como a fragmentação dos saberes aliada a ações setoriais tem refletido no cuidado ao ator principal do SUS: o usuário, o usuário-cidadão.

Logo após, foi feita a apresentação do PAEE e, a posteriori, discussões pautadas nas propostas, proporcionando reconsiderações sobre algumas ações suscitadas, além do trabalho dos seguintes tópicos: -o que é uma intervenção em Saúde Mental na AB; -o conceito de saúde (paradigmas do processo saúde-doença influenciado a forma de cuidar); -ampliação das discussões acerca das intervenções nos processos de trabalho; -as principais diferenças entre Educação Permanente e Educação Continuada; -o lugar social do louco; -sobre o território vivo; - enfoque na atenção às questões coletivas (necessidades e, não somente, nas demandas); -delineamento de pautas para a 3ª reunião.

Após o encontro sentimo-nos mais motivados para retornarmos aos nossos territórios, com a compreensão de rede como sistema não linear, não hierárquico, mas como o conjunto de pontos de atenção em que os sujeitos interagem entre si, construindo um objetivo/projeto em comum, funcionando sob a lógica da autonomia dos usuários, familiares e profissionais, pensando no lugar social ocupado, já que a superação do modelo médico hegemônico neoliberal exige a construção incessante do estreitamento de vínculos e compromissos entre trabalhadores e usuários (MEHRY, 2002).

No decorrer do mês de março/16, a partir dos contatos mantidos com trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), confirmaram-se alguns desafios que o ativador de redes teria que lidar: -dificuldades de uma significativa maioria dos profissionais para realizar o trabalho em rede; -cuidado ainda pautado

numa perspectiva biologizante/curativa, distanciado da Clínica Ampliada; -posturas estigmatizantes em relação às pessoas com histórico de sofrimento mental, principalmente decorrente do uso abusivo de drogas, atribuindo ao CAPS a responsabilidade por esse público.

Concordando com MALTA e MEHRY (2010, p. 594), ainda persiste o conceito de que “a assistência à saúde é centrada no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença centradas nos determinantes sociais ambientais e relacionadas às subjetivações, singularizantes, valorizando apenas as dimensões biológicas”.

Como pôr em prática a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, que tem como objetivo maior a provocação de inovações nas práticas, tanto de ordem gerencial, quanto de ordem de produção de saúde, reconhecendo na lógica da Clínica Ampliada a possibilidade de duas superações: a primeira, da fragmentação dos processos de trabalho e a segunda, da limitação da pessoa à expressão da doença. Assim, essa Política parte do princípio de que não há possibilidades de dissociação entre “... os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade” (BRASIL, 2009, p. 05).

O mês de abril/16 se iniciou com o desejo de significativos encontros, e assim o foi.

A análise dos vídeos enviados pela tutora (“Trabalho em equipe com humor” e “Etiquetas Psiquiátricas”) para reflexão a partir das ações que nós, enquanto ativadores, estamos fazendo para ativar as redes, a partir de uma clínica não centralizada no hospital, no CAPS, mas no território, criando espaços coletivos para convívio e construção de rede

em saúde, foi crucial para a continuidade da caminhada.

O primeiro vídeo remetia-nos à essencialidade do processo de ativação de redes, apontando para um longo trabalho pela frente, sendo isso, justamente, o que tem nos movido. Aparentemente simples, o vídeo é de uma complexidade, riqueza de interpretações incrível, pelo entendimento de que ele planta a semente da força do coletivo, daí a nossa frase, ou melhor, o nosso lema, bem que poderia ser: É mais inteligente trabalharmos em grupo/em equipe!

O segundo vídeo trazia uma questão ética que permeia as condutas e posturas acerca da medicalização da infância, pois absurdamente somos o 2º consumidor de ritalina no mundo (a tão conhecida “droga da obediência”), título que adquirimos pela necessidade de um sistema em que a ordem, a regulação, o controle é exercido em nome da lógica de um poder, do biopoder e, Foucault (2010) fala bem disso e como é atual!

Sigamos! O Colegiado Gestor da RAPS foi criado e implantado, acontecendo a primeira reunião em 05/04, tendo sido apresentado o PAEE, que foi considerado interessante, mas também instigante, já que o lidar com saúde mental na AB ainda representa um desafio, pela associação direta: saúde mental:CAPS, bem como pela “inabilidade” sentida para esse trabalho.

Na ocasião, os trabalhadores presentes se mostraram à vontade para expor suas preocupações, angústias, insatisfações, fragilidades, necessidades de reconhecimento e de valorização, que tem se refletido nos processos de trabalho, processos esses que dizem respeito não tão somente às capacidades e/ou habilidades de realização de procedimentos, condutas, numa visão biomédica, mas principalmente como um vasto campo, em que há possibilidades de atos de cuidado se inventando, reinventando,

sendo experimentados numa visão ampliada do que seja cuidado, a partir do respeito às singularidades (FARIA e ARAÚJO, 2010).

Compreendi que no papel de ativador de redes se inclui a importância da escuta qualificada e comprometida, dotada da sensibilidade necessária para acolher as subjetividades, atuação condizente com a desinstitucionalização, pilar da Reforma Psiquiátrica, nessa “... ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco” (YASUI, 2006, p. 188).

É nisso que acreditamos; seguimos com o conceito de que desinstitucionalizar não como sinônimo imediato de desospitalizar, mas sim, remetendo-o a termos como base das nossas práticas, um profundo respeito para com o outro, numa postura de cuidado que envolve o crescimento da pessoa, enquanto verdadeira protagonista do processo, funcionando como contraponto às inúmeras categorizações sofridas, que podem culminar na redução das possibilidades da existência humana e social (VENTURINI, 2010; AMARANTE, 2007).

No dia 12/04 um outro encontro aguardado aconteceu: reunião com gestores escolares, representantes do CRAS, CREAS, Secretários Municipais de Educação e Saúde.

O PAEE foi apresentado e discutido com ênfase nas Oficinas de Saúde Mental Infanto-juvenil (voltadas pra gestores, professores e cuidadores) e, embora, ficasse perceptível que a temática provocou discussões importantes acerca do nosso papel enquanto reforçadores, legitimadores da segregação sofrida por crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, empecilhos da ordem de disponibilidade de horários dos professores para os encontros, devido exigências de cumprimento de horas em sala de aula, por

exemplo, foram colocados, tendo, ao final, sido lançadas duas propostas: ocorrerem no período noturno ou aos sábados.

O encontro também teve o seu momento catártico, com um discurso em comum de como a escola em si não se encontra “preparada” para acolher, tanto crianças, quanto adolescentes, com necessidades decorrentes de sofrimento psíquico, patologizando comportamentos e discursos, por vezes resultantes de contextos sócio-histórico-culturais excludentes.

Pensei, então, que se inclui no papel de ativador de redes ser provocador, inquietador, peça de uma engrenagem maior que, ora auxilia, ora é auxiliado a movê-la.

Acreditamos que o primeiro passo foi dado, para entendermos que “no trabalho com crianças e adolescentes deve-se estar atento para diferenciar mudanças comuns para cada faixa etária, quanto a comportamentos com características patológicas. Eles devem receber atenção de vários profissionais da saúde para que seja ou não confirmada sua necessidade de acompanhamento” (SILVA, 2009, p. 38,39).

A 3ª reunião com a tutora e ativadores aconteceu em 15/04 como, costumeiramente, na cidade de Brasília-DF, sendo iniciada com as discussões das exposições de dificuldades enfrentadas no andamento do PAEE, bem como pelas experiências que já apontam para outros caminhos a serem trilhados para articular, então, a mobilização dos coletivos.

No decorrer da reunião a tutora procurou atender às necessidades apresentadas pelo grupo, priorizando as discussões dos seguintes aspectos: -a problemática do CAPS enquanto um serviço, ainda, alternativo, ao invés de efetivamente substitutivo, e quais as consequências para a RAPS; -a relação do processo de trabalho com a concepção de saúde; -o conceito de rede; -o porquê da adoção de termos e conceitos hospitalares no

cotidiano dos serviços; -o entendimento do processo saúde-doença como social, uma determinação social; -acordos para a próxima reunião.

Diante de tanto aprendizado, o sentimento de revigoramento é inevitável, sendo o espaço das reuniões propício para afetarmos e sermos afetados pelo outro de forma edificante.

Constatei que o papel de ativador também perpassa pelo afetar/afeto.

Em 10/05 realizou-se a segunda reunião do Colegiado Gestor da RAPS, cuja ênfase foi dada a questões de saúde mental na área de cada representante das Unidades Básicas de Saúde, inclusive envolvendo situações do âmbito escolar que refletiram em atendimento na Unidade.

A reunião, enfim, foi considerada bastante motivadora, pelas reflexões baseadas no intuito de contribuir na diminuição das fragilidades no atendimento à população, o que perpassa pela conceituação de acolhimento como elemento presente em todo o processo do cuidado, sem perder de vista o contexto sócio-histórico-cultural em que os nossos sujeitos e nós estamos inseridos; encontro importante pelo fato de que “... as equipes de Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico” (BRASIL, 2005, p. 33).

No 4º encontro com a tutora e demais ativadores de rede, no dia 13/05, as discussões se voltaram para, dentre outras questões: -o contexto político atual, com foco em práticas que reverberem em autonomia, fortalecimento e empoderamento, tanto dos trabalhadores, quanto dos usuários, além da necessidade de ações voltadas para a desmedicalização; -a importância de serem percebidos os sentidos

do trabalho; -o que é uma intervenção em saúde mental na AB e qual a sua relação com o papel de ativador de redes; -a essencialidade na escuta ao sofrimento das pessoas; -a inclusão marginalizada; -a periculosidade ainda vinculada ao transtorno mental; -sobre os coletivos envolvendo os usuários, familiares; -discussão de trechos de livros, crônica, análise de artigos científicos, vivências; -escolha de temáticas a serem discutidas nos próximos encontros (como: clínica ampliada, desinstitucionalização, etc).

Sáimos desse encontro com um pensamento: o ativador de redes tem um papel político.

Dando continuidade às ações, realizamos no dia 17/05, fazendo parte das comemorações alusivas à Semana da Luta Antimanicomial, a Oficina: “O papel da Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial: Dilemas e Soluções”, com a pretensão de envolver os trabalhadores da Atenção Básica, Especializada e de atenção à urgência e emergência do município de Barra de Santa Rosa-PB, assim como as equipes de AB de outros dois municípios (Damião e Sossego), tendo em vista o CAPS também atender à essa população; no entanto, atingimos somente o público de Barra de Santa Rosa.

A vivência dessa Oficina foi importante, pelo conjunto de provocações suscitadas, conhecimentos/desconhecimentos discutidos, percebidos nos discursos que reconheciam um modelo de atendimento, ainda, segregador no contexto da AB.

No cenário atual de uma Reforma Psiquiátrica em curso, após anos de enclausuramentos físicos e subjetivos, entraves, de ordem teórica e prática podem ainda persistir manifestando-se em ações com propostas institucionalizadoras, mas agora com novas roupagens, fortalecedoras de novas segmentações, o que ainda tem

dificultado o dialogar com as diferenças (LIBERATO e DIMENSTEIN, 2013).

Pensei, então, que ser “engrenheiro” é ser um sonhador; ser ativador de redes é ser um vendedor de sonhos; sonhos esses que são possíveis e são garantidos pelas Políticas Públicas, estão explícitos nos princípios do SUS, da PNAB, da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS, da EPS.

O Fórum de discussão que aconteceu durante todo o mês de maio, funcionou como uma ferramenta imprescindível no nosso processo de amadurecimento enquanto ativador de rede. O compartilhamento de ideias, saberes, angústias, dúvidas, algumas certezas, nenhuma certeza, fizeram com que o nosso sentimento de pertencimento se acentuasse, pois cada território é fonte infindável de possibilidades de atuações.

CONCLUSÕES: No nosso cenário atual muito se tem falado em qualidade e humanização dos serviços, o que pode estar relacionado a insatisfações geradas pela falta desses componentes, tão priorizados na política do SUS; uma lacuna que tem como principal marca a iniquidade social e, como consequência, o sofrimento ético-político.

Com uma intenção contra-hegemônica, a 2ª fase do Projeto Percursos Formativos na RAPS vem sendo desenvolvida no município de Barra de Santa Rosa-PB dentro dos parâmetros estabelecidos e exigidos pelo Ministério da Saúde, a partir de ações de caráter coletivo, envolvendo equipes da Estratégia Saúde da Família, CAPS, CRAS, CREAS, Educação, NASF, SAMU, embora ainda haja muito a ser construído, para que o cenário da centralização das ações não incorram na psiquiatrização do cuidado à saúde mental.

Vincular, através da EPS, as ações de saúde mental na AB atendendo ao princípio

da integralidade, possibilitará as transformações das práticas, refletindo numa práxis intimamente relacionada com as singularidades/subjetividades dos membros da comunidade.

A relação da EPS com o mundo do trabalho, onde a gente produz no outro e o outro produz na gente, o que exige pensar sobre o próprio ato, o reconhecer que conhecimentos novos estão sendo produzidos, reflete-se no posicionamento do cuidado ao outro, independente que exista uma Política para isso. Eis o desafio.

Vislumbra-se que o movimento de retirar, rasgar as etiquetas, os rótulos está intimamente relacionado com o papel de “engrenheiro”, de ativador de redes, bem naquele sentido mesmo de construção de espaços onde venham à tona o crescente fenômeno da medicalização da vida, numa sociedade capitalista como a nossa que, antes de tudo, é segregatória e o “normal” ainda é ditado por representantes de um saber médico que atuam sob a lógica da disciplina, embora sigamos acreditando num saber/fazer saúde mental na AB de forma integral, resolutiva e acolhedora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro:Fiocruz.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas, **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 11-23, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E Legislação em Saúde. Brasília:Ministério da Saúde, 2012, 114p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de**

Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 44p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília:Ministério da Saúde, 2007, 7p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Análise da Política de Educação Permanente de Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde(Relatório Final)**. Rio de Janeiro:Fundação Oswaldo Cruz, 2006, 102 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo:Editora HUCITEC, 2007, 236 p.

CAMURI, Danilo.; DIMENSTEIN, Magda. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho, **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 47-51, 2009.

CAVALCANTE, Cíntia Mendonça et al. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia saúde da família. **Rev. Bras. em Promoção da Saúde**, n. 24, fev, p.102-108, 2011.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde Mental na Atenção Básica: prática da equipe de saúde da família, **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 45, n. 6, p. 1501-6, 2011.

FARIA, Helaynne Ximenes; ARAÚJO, Maristela Dalbello. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos, **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 19, n.2, p. 429-439, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 9ª edição. São Paulo:Perspectiva, 2010.

GRYSCHKEK, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?, **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.

LIBERATO, Mariana Tavares Cavalcanti; DIMENSTEIN, Magda. Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis, **Rev. Psicologia e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 272-281, 2013.

MALTA, Débora Carvalho; MEHRY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não-transmissíveis, **Rev. Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MEHRY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

NORONHA, José Carvalho de.; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.), **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 365-392.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlória Jamile.; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com

os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2375-2384, 2007.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?, **Physis: Rev. de Saúde Coletiva (online)**, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, p. 2157-2166, jul, 2013.

SILVA, Máguida Gomes da. **O cuidado clínico à criança e ao adolescente**. 76 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luíza Stiebler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização: limites e possibilidades, **Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**. v. 20, n. 1, p. 138-151, 2010.

YASUI, Sílvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 208 p. Tese (Doutorado) - Ciências na área de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br