

FORMAÇÃO EM SAÚDE DAS PROFISSÕES QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INTEGRALIDADE OU FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO NAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL?

Diego Mendonça Viana (1)

(Universidade Federal do Ceará – UFC, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ)

Resumo: Este trabalho se configura como um dos produtos oriundos da dissertação de mestrado do autor intitulada “Saúde Mental e Atenção Primária: compreendendo articulações e práticas de cuidado na Saúde da Família no Ceará”. Um dos recortes do estudo supracitado foi avaliar a categoria “Questões da Fragmentação da Formação em Saúde”. O objetivo do trabalho consistiu em compreender as propostas de formação em Saúde no que diz respeito a articulação entre Saúde Mental, Integralidade e Cuidado na atuação na Atenção Primária à Saúde. A metodologia do trabalho se caracteriza por ser uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, bem como por ser um estudo de campo (com a devida autorização de comitê de ética), com dados interpretados à luz do Materialismo Histórico Dialético e situado no campo da Saúde Coletiva. Os resultados apontaram para o fato de as práticas de cuidado sistematizadas transitarem de forma contraditória e dialética entre a fragmentação e a articulação dos usos dos conhecimentos aprendidos na formação. Conclui-se que a maioria dos profissionais entrevistados não se sente preparada para o desafio de intervir na saúde mental na atenção primária. Os motivos são diversos, muito embora seja importante destacar a insegurança oriunda da formação de base, pouco acesso à formação permanente e pouca confiança na capacidade de retaguarda da rede substitutiva.

Palavras-chave: Atenção Primária, Saúde Mental, Formação, Cuidado, Integralidade.

Introdução

Destaca-se que uma das motivações para a escrita deste trabalho surgiu de inquietações na trajetória de trabalho do autor no sentido de compreender como lidar, de forma coerente, com as demandas de saúde mental percebidas no cotidiano do serviço de saúde de base territorial, em especial no contexto da Saúde da Família. Esta inquietação preliminar permitiu levantar alguns questionamentos orientadores: afinal, quais as contribuições das formações em saúde para preparar os trabalhadores de forma a lidar com as demandas de saúde mental nos territórios? Os profissionais da Estratégia Saúde da Família se sentem preparados para cuidar de demandas de saúde mental em seu cotidiano de trabalho? Quais as influências das diretrizes de formação para este debate entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde?

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

Estas motivações acima citadas também foram o cerne da feitura de uma dissertação de mestrado intitulada “Saúde Mental e Atenção Primária: compreendendo articulações e práticas de cuidado na Saúde da Família no Ceará”. Os dados deste estudo apontaram para uma categoria de resultados denominada “**Questões da Fragmentação da Formação em Saúde**”. Dentro desta categoria, evidenciaram-se algumas informações relevantes sobre um certo descompasso entre as diretrizes curriculares de formação de diversas profissões da saúde em relação à Saúde Mental, à Integralidade e ao Cuidado com os pacientes e usuários da política de saúde.

Considerando o levantamento inicial dos estudos realizados sobre os campos de conhecimentos em saúde e da formação profissional tratados neste projeto, é possível perceber que existe interesse de pesquisa e de intervenção na fronteira entre Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental e Formação. Na primeira etapa da revisão bibliográfica, feita com a busca integrada e utilizando os descritores em saúde “Atenção Primária à Saúde”, “Saúde Mental” e “Formação”, nas bases de dados ligadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), mais especificamente nas bases LILACS (60 estudos), IBECs (01 estudo), MEDLINE¹ (21 estudos); foram encontrados 82 estudos no total. Este primeiro dado é demonstrativo que existe interesse de pesquisa sobre estes descritores na literatura científica, contudo ainda representam poucos estudos considerando uma escala internacional de publicações.

Percebe-se, preliminarmente, que existe um esforço acadêmico, científico e governamental na busca de caminhos para lidar com os problemas e potencialidades da fronteira existente entre a Atenção Primária à Saúde, a Saúde Mental e a Formação em Saúde nos serviços e na estruturação das referidas políticas.

É possível notar que existe um campo de possibilidades em aberto tanto para a pesquisa quanto para as intervenções na temática tratada neste trabalho. Diante do contexto explicitado, este estudo se insere na articulação de esforços para produção de conhecimentos com vistas à construção de um sistema de saúde nacional orientado para a integralidade do cuidado, para o fortalecimento de políticas de caráter territorial, em especial na estreita

¹ LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. LILACS é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe; IBECs - é uma base de dados bibliográficos. Ela fornece referências bibliográficas e resumos de artigos. Desenvolvido pelo Instituto de Saúde Carlos III, em colaboração com a BIREME (Biblioteca Regional de Medicina, OPAS) com um programa chamado LILDBIWEB e seguindo a metodologia LILACS; MEDLINE - é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM (National Library of Medicine, USA) e que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 4.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países.

Fonte: <http://www.bvsoncologia.org.uy/php/level.php?lang=pt&component=17&item=119>

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

articulação entre a Atenção Primária à Saúde (com foco na Estratégia Saúde da Família), a Saúde Mental e Formação em Saúde. Para lograr tal intento, esta pesquisa possui o seguinte questionamento central: quaisas propostas de formação em Saúde no que diz respeito a articulação entre Saúde Mental, Integralidade e Cuidado na atuação na Atenção Primária à Saúde?

Importante notar que as reformulações curriculares e o apontamento de diretrizes de formação das profissões da saúde que compõem a Estratégia Saúde da Família, em sua grande maioria, são da primeira década dos anos 2000. Este dado é coerente com um movimento generalizado de revisão de parâmetros de formação e atuação profissional ocorridos justamente neste período histórico. Em termos de destaque positivo, têm-se as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de Medicina. São as DCNs mais recentes e apresentam avanços em diversos pontos, em especial por pensar a saúde mental como eixo estruturante da formação dos futuros médicos e médicas. A relação com a categoria cuidado e com a integralidade também aparece de forma interessante nas propostas de desenho de habilidades e competências.

No conjunto das demais profissões, é possível notar que a ausência destas categorias ou a aparição tímida é coerente com a reclamação de boa parte dos profissionais em termos de aprendizado superficial a respeito do campo da saúde mental, das dimensões do cuidado e de uma defesa da integralidade. Chama atenção as DCNs dos cursos de Psicologia e Serviço Social, pois são profissões historicamente militantes pela efetivação de diversos seguimentos do Sistema Único de Saúde e não terem contemplado nas suas reformulações curriculares estes eixos basilares. Outro fato bastante intrigante é a Psicologia não ter a saúde mental como eixo estruturante de sua proposta de formação de profissionais.

Evidentemente que se sabe que as diretrizes curriculares não são a verdade absoluta sobre os cenários de formação e de prática profissional no país, contudo, o que está escrito para orientar a formação é de suma importância para a Histórica e para a feitura do cotidiano e pode determinar a inclinação política, ética e técnica da intervenção dos trabalhadores. Fica esta provocação e esta reflexão baseada nas evidências supracitadas.

Os estudos de Moraes e Costa (2015), quando da realização de um extenso levantamento documental sobre as propostas de formação dos cursos de saúde no Brasil, tem evidenciado estes e outros descompassos. Nestes termos, coube investigar se os cursos de graduação em saúde dos profissionais entrevistados na

pesquisa estão alinhados ou não com este descompasso existente na legislação nacional que orienta a formação. O objetivo geral do trabalho consistiu em compreender as propostas de formação em Saúde no que diz respeito a articulação entre Saúde Mental, Integralidade e Cuidado na atuação na Atenção Primária à Saúde. Os objetivos específicos foram: sistematizar as propostas de Formação em Saúde dos profissionais entrevistados no que diz respeito a articulação entre Saúde Mental, Cuidado e Integralidade na Atenção Primária à Saúde; analisar as propostas de formação em Saúde dos cursos dos profissionais entrevistados no que diz respeito a articulação entre Saúde Mental, Cuidado e Integralidade na Atenção Primária à Saúde em relação ao conteúdo oficial preconizado pelo Estado e construir síntese analítica da formação em Saúde com possíveis avanços, retrocessos e desafios da articulação a respeito da articulação entre Saúde Mental, Cuidado e Integralidade na Atenção Primária à Saúde. Ou seja, interessa saber o que tem sido debatido nos cursos de saúde, tanto do ponto de vista formal (currículos, disciplinas e Projetos Pedagógicos) quanto do ponto de vista cotidiano dos profissionais sobre os campos de fronteira Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde na Formação em Saúde.

Metodologia

A respeito das questões relativas à metodologia necessária para realização da pesquisa, é de fundamental importância destacar que este trabalho se situa no campo da pesquisa qualitativa em saúde coletiva, com especial vinculação aos estudos de Bosi (2012). Este estudo se propõe como transversal quanto ao tempo e em uma perspectiva exploratória quanto às possíveis descobertas de seu objeto.

Com o intuito ampliar às possibilidades de análise do objeto, esta pesquisa foi realizada em dois contextos, levando-se em conta as realidades existentes no cenário da capital do estado do Ceará (Fortaleza) e no cenário da cidade de Iguatu, uma das cidades de interior do referido estado, com equipes de saúde da família de ambos os municípios.

Os sujeitos desta pesquisa foram profissionais que integram as equipes de saúde da família (referência e apoio) e que aceitarem participar do estudo. O convite aos participantes foi de feito de forma a equilibrar a quantidade de profissões analisados integrantes da amostra. A escolha de concentrar esforços na investigação nestes sujeitos se justifica pelo fato de estes serem estratégicos para compreensão de possíveis problemas, bem como para o fortalecimento de práticas exitosas a respeito da

temática. Como este projeto possui a preocupação e relacionar os aspectos da formação com o exercício profissional no campo da atenção primária e da saúde mental, foram escolhidos profissionais que lidem direta ou indiretamente próximos a este recorte da formação em saúde.

A coleta de dados foi feita por meio análise documental de currículos, projetos pedagógicos e legislações pertinentes no quesito levantamento de dados formais, bem como foram feitas entrevistas semiestruturadas individuais com os sujeitos supracitados, com uso de um roteiro de entrevistas, contendo perguntas orientadoras para que o pesquisador obtenha o máximo de informações pertinentes durante a entrevista. O caráter semiestruturado da entrevista permite maior fluidez durante a conversa, bem como permite que o pesquisador possa aprofundar questões suscitadas pelos sujeitos entrevistados que não estavam previstas no roteiro inicial de acordo com o entendimento de Flick (2008).

É de fundamental importância destacar que toda a pesquisa seguiu todas as normativas em vigência de pesquisa com seres humanos regulamentada pelos comitês de ética pertinentes das instituições envolvidas (CAAE 49552915.0.0000.5054 – aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará), a saber a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas foram gravadas por meio da utilização de gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra para análise dos dados. Para a análise de dados, foi utilizado o referencial da Análise de Conteúdo de Bardin (1977) e interpretação dos dados à luz do referencial do Materialismo Histórico Dialético. A escolha destes referenciais de análise permitiu a construção de critérios para categorização e subcategorização dos conteúdos oriundos das entrevistas.

O resultado das análises das entrevistas serviu de substrato para realização do confronto comparativo das possíveis diferentes compreensões entre os sujeitos participantes. Também foi feito o confronto das referidas compreensões com o prescrito nas políticas oficiais e governamentais que versam sobre o tema. Estas etapas subsidiaram a formação do produto analítico desta pesquisa no sentido apontar possíveis avanços, retrocessos e desafios da articulação entre Saúde Mental, Cuidado e Integralidade na Atenção Primária à Saúde

Importante notar que esta pesquisa foi executada inteiramente com recursos oriundos do pesquisador. Esta pesquisa não recebeu

financiamento direto ou indireto de órgãos governamentais ou órgãos privados.

Resultados e Discussão

As insuficiências, as deficiências e as contradições na formação de base e na formação permanente possuem impactos diretos no fazer cotidiano dos profissionais. Neste sentido, é compreensível que haja insegurança técnica para lidar com fenômenos complexos ou que exijam uma visão ampliada dos processos saúde doença. Esta é a condição para lidar com as demandas de saúde mental: lidar com o inesperado, lidar com a multifacetada realidade das famílias e necessariamente agir e articulação com diversos atores. Fazer este tipo de proposta não é das tarefas mais simples e exige disponibilidade dos profissionais e também condições facilitadoras para o aprendizado de tais habilidades e competências de atuação. Embora haja estas dificuldades de articulação relatadas pelos profissionais, é importante que se destaque que a Saúde da Família é um *Locus* privilegiado de estabelecimento de práticas de saúde mental:

A ESF é, por assim dizer, um Programa de Saúde Mental: há tratamento continuado, base sobre a qual os pacientes podem ressignificar seus sintomas e seus sofrimentos; pratica-se o acolhimento, que é uma maneira de escutar as pessoas e que é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de saúde mental; desenvolvem-se ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação e protagonismo político. (LANCETTI e AMARANTE, 2009. p 629)

Os elementos trazidos acima são interessantes para se pensar o fazer da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. Embora haja uma reclamação geral dos profissionais entrevistados sobre o “não saber o que fazer” com os casos de saúde mental, muito do que já se faz na Saúde da Família é considerado como atividade relevante para a condução das questões de saúde mental. Existe uma declaração de uma das entrevistadas que é emblemática no sentido de que atitudes basicamente triviais podem ter repercussões gigantescas para o estabelecimento de cuidado em saúde mental na atenção primária:

S3: O que eu mais faço é ouvir, escutar o que pessoa tá (sic) precisando, porque as pessoas chegam com as demandas delas, **e a primeira coisa que você faz é ouvir.** Para dar determinados encaminhamentos, vê o que a pessoa tá (sic) precisando. E aí tomar uma atitude. Mas a gente faz todos os atendimentos da atenção básica, criança, gestante, idoso, tudo. (Grifos do autor)

Ou seja, a escuta é um elemento central no estabelecimento de projetos de cuidado. A escuta qualificada é elemento central para se pensar propostas de acolhimento coerentes, humanizados e com vistas ao estabelecimento da integralidade no seu sentido mais nobre: usar todos os recursos disponíveis para atender às

necessidades dos sujeitos em sua singularidade. Por mais que pareça trivial, mas qualquer iniciativa de formação aos trabalhadores deve estar atenta a estas questões acima discutidas sob o risco de a reivindicação por formação se transformar reivindicação de tecnicismo que conduz a certo “embrutecimento” no agir com os sujeitos:

S1: Às vezes, é tanta correria, é tanta coisa que você tem que atender, aquele monte de paciente num espaço pequeno, que às vezes é mais fácil você deixar de **ouvir o paciente com uma conversa que até iria dá alguma contribuição em relação a melhora deles.** (Grifos do autor)

Neste sentido, a escuta, o ouvir atento é uma tecnologia das relações do tipo leve (MEHRY, 1998 apud FRANCO E JUNIOR, 2004) bastante potente para o estabelecimento de processos de acolhimento. O acolhimento é um atributo diferencial da Estratégia Saúde da Família tanto porque já há consenso no meio sanitário e governamental como uma estratégia de acesso qualificado aos serviços prestados, quanto porque o acolhimento feito de forma coerente e atenta pode significar uma maior vinculação ou não de usuários e familiares às equipes e às unidades de saúde.

É justo que os profissionais reivindiquem mais espaços de formação para saber como lidar com o acolhimento daquilo que eles já disseram claramente que tem medo: o paciente de “saúde mental”. Afinal, costuma se temer o que não se conhece. Neste sentido, tornar o tema da saúde mental presente dentro de uma rotina de debates e formações temáticas pode contribuir para redução da alegada insegurança constante.

Tomou-se a liberdade de avaliar as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de nível superior que fazem parte das equipes das unidades investigadas neste estudo buscando as seguintes expressões e palavras-chave: saúde mental, integralidade e cuidado. O mesmo foi feito com a supracitada legislação dos Agentes Comunitários de Saúde. O resultado é interessante:

Tabela 01 – Síntese das Propostas de Formação das Profissões das Equipes

<i>Profissão</i>	<i>DCN</i>	<i>Ano</i>	<i>Saúde Mental</i>	<i>Integralidade</i>	<i>Cuidado</i>
Enfermagem	RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001	2001	Não há menção	5 aparições, relacionadas a Integralidade da assistência e da atenção à saúde	5 aparições relacionadas aos cuidados em enfermagem

Odontologia	RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.	2002	Não há menção	1 aparição relacionada à integralidade da assistência	3 aparições relacionadas aos cuidados da assistência em saúde bucal.
Medicina	RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014	2014	1 aparição relacionada como disciplina fundamental do curso	4 aparições relacionadas a atenção à saúde e ao cuidado	53 aparições relacionadas à responsabilização do cuidado, gestão do cuidado e humanização do cuidado
Fisioterapia	RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.	2002	Não há menção	2 aparições relacionadas à integralidade da assistência	Não há menção
Nutrição	RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 5, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001	2001	Não há menção	2 aparições relacionadas à integralidade da assistência	Não há menção
Psicologia	RESOLUÇÃO Nº 5, DE 15 DE MARÇO DE 2011	2011	Não há menção	Não há menção	Não há menção
Serviço Social	RESOLUÇÃO Nº 15, DE 13 DE MARÇO DE 2002	2002	Não há menção	Não há menção	Não há menção
Agente Comunitário de Saúde	PORTARIA Nº 3.189, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2009	2009	Não há menção	1 aparição relacionada à integralidade da atenção à saúde coletiva e individual em	1 aparição relacionada ao cuidado com o outro (alteridade)

Fonte: elaboração própria

Importante notar que as reformulações curriculares e o apontamento de diretrizes de formação, em sua grande maioria, são da primeira década dos anos 2000. Este dado é coerente com um movimento generalizado de revisão de parâmetros de formação e atuação profissional ocorridos justamente neste período histórico. Em termos de destaque positivo, têm-se as DCNs dos cursos de Medicina. São as DCNs mais recentes e apresentam avanços em diversos pontos, em especial por pensar a saúde mental como eixo estruturante da formação

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

dos futuros médicos e médicas. A relação com a categoria cuidado e com a integralidade também aparece de forma interessante nas propostas de desenho de habilidades e competências.

Outro fator relevante de discussão consiste no fato de que se percebeu nesta pesquisa que existe uma fragilidade nos entendimentos sobre as ferramentas propostas como estruturantes para o trabalho no contexto da Saúde da Família, em especial a do acolhimento. Os elementos percebidos nesta pesquisa levam a constatar que processos de discussão, implementação e avaliação permanentes de feitura de acolhimento, de Projeto Terapêutico Singular, de ações de sensibilização e humanização, bem como de articulação e matriciamento são potentes no sentido de preparar os profissionais para lidar com diversos problemas complexos, inclusive os relacionados à Saúde Mental.

Um fator relacionado ainda aos aspectos concernentes às inseguranças alegadas pelos profissionais diz respeito a um importante debate dentro do campo saúde: que tipo de clínica se reivindica para elaborar projetos de cuidado? Este debate perpassa por diversas dimensões de análise, dentre elas os modelos de formação de profissionais (tratados nesta pesquisa pela disputa majoritária entre os modelos propostos por Flexner e Dawson) e o entendimento político e técnico do que venha a ser uma intervenção clínica com os sujeitos nos serviços de saúde.

O debate da clínica necessariamente remete ao debate sobre a hegemonia do saber da clínica médica e dos saberes da Medicina moderna que influenciaram e influenciam os saberes de diversas profissões de forma direta ou indireta. Foucault (1977), em o Nascimento da Clínica destaca diversos processos históricos no desenrolar do desenvolvimento da Medicina enquanto campo de saber-poder em que se desenvolveram mudanças na forma de se perceber as doenças e o corpo doente dos sujeitos. A Medicina construiu, aos poucos, um discurso e uma prática que buscava trazer à luz aquilo que estava obscuro no conhecimento das doenças. Este “trazer a luz” para além dos aspectos visíveis do adoecer, é a constituição da clínica, do saber clínico desenvolvido pela Medicina moderna dos Séculos XVIII e XIX e que, de certa maneira persiste até os dias atuais. A análise de sintomas e signos permitia conhecer a doença para elaboração de diagnósticos por meio da anamnese (CRUZ et al, 2013).

Foucault explora a miúde a complexidade do debate histórico a respeito da clínica médica e das influências deste tipo de saber nas demais disciplinas e ciências da saúde. Um dos desdobramentos deste debate consiste na

preocupação em conceber a clínica como mero ato de análise de sinais e sintomas, como uma simplificação vulgar da investigação.

Esta narrativa ideal, tão frequente no final do século XVIII, deve ser compreendida tomando como referência a recente criação das instituições e dos métodos clínicos: lhes dá um estatuto ao mesmo tempo universal e histórico. Valoriza-os como restituição de uma verdade eterna, em um desenvolvimento histórico contínuo, em que os únicos acontecimentos foram de ordem negativa: esquecimento, ilusão, ocultação. De fato, tal maneira de reescrever a história evitava uma história muito mais complexa. Massacrava-a, reduzindo o método clínico a qualquer estudo de caso, conforme o velho uso da palavra: e autorizava assim todas as simplificações ulteriores que deveriam fazer da clínica e que fazem dela ainda em nossos dias um puro e simples exame do indivíduo. (FOUCAULT, 1977. pp 62-63)

Neste sentido, as instituições formadoras possuem uma parcela importante de responsabilidade histórica sobre os tipos de compreensão do fazer clínico. No entendimento deste autor, os modelos de formação majoritariamente dominantes nas Universidades, Faculdades, Institutos e instituições assim, embora “flertem” dos ponto de vista do discurso com propostas de viés progressistas e críticos a respeito da construção de uma clínica ampliada e contextualizada, mas elaboram suas propostas de formação, seus currículos e seus estatutos com base predominante para o fortalecimento de uma clínica classificatória, mecânica e reducionista dos fenômenos de saúde-doença. Uma evidência deste fato consiste na investigação das diretrizes curriculares que, quando versam sobre integralidade e cuidado, o fazem com vistas apenas aos aspectos assistenciais com foco no saber corporativo.

Ao mesmo tempo que as orientações dos currículos constroem uma narrativa de ampliação da compreensão dos fenômenos de saúde, gera-se uma contradição por se propor uma clínica de mera análise de sinais e sintomas. Existem diretrizes, inclusive, que os aspectos de ampliação do cuidado sequer aparecem na narrativa oficial como no caso das diretrizes dos cursos de Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Fisioterapia.

É importante que se faça uma ressalva de que não se pretende aqui negar a potência de intervenção e cura da análise de sinais e sintomas do fazer clínico. Mesmo considerando a crítica foucaultiana de que o fazer biomédico, a clínica médica e as demais formas análogas de clínica são instituições de controle, de apropriação de normatização e corpos e subjetividades e de consagração do Biopoder por excelência, faz-se necessário pensar alternativas para a clínica convencional e majoritariamente ensinada nos cursos de saúde. Este tem sido o debate encampado pelas universidades, pelos movimentos sociais e Ministério da Saúde nos últimos 16 anos.

Quando os profissionais não sabem o “quer fazer” e como proceder quando lhes chega ao conhecimento um caso de uma pessoa com transtorno mental ou sofrimento psíquico, eles estão dizendo que não sabem que tipo de clínica adotar. Não se sentem preparados e instrumentalizados (em nível de procedimentos e fundamentação dos procedimentos) para intervir com aquela pessoa que chega ao serviço. O rol de “ferramentas” e conhecimentos aprendidos parece não ser suficiente para o “que fazer”.

Considerando os elementos trazidos por Lancetti e Amarante (2009) acima mencionados de que boa parte do que se faz corriqueiramente na Saúde da Família já é prática de cuidado potente e efetiva para lidar com casos de Saúde Mental, pode-se perceber, mesmo considerando legítima a angústia dos profissionais, que existem muitos processos de alienação dos conhecimentos aprendidos e do processo de trabalho como um todo. A fragmentação da formação em saúde é um fator relevante para entender estes processos de alienação como se pode notar abaixo:

Na luta para vencer as unilateralidades decorrentes da alienação, é preciso enxergar o todo. Marx critica o ensino separado das disciplinas que nos proporcionam contato com aspectos vivos da realidade, mas mantendo-os isolados uns dos outros. Quando se estuda geografia, economia, política, direito, religião ou história, tropeça-se inevitavelmente na necessidade de compreender as articulações desses diversos campos, uns com os outros (KONDER, 2010. p 38)

Nestes termos, por razões históricas e conjunturais, a formação dos profissionais já possui o traço da alienação em seu bojo. É possível que as iniciativas de Formação e Educação Permanente contribuam para que o fazer cotidiano esteja mais conectado com uma globalidade de processos. Contudo, a redução de uma percepção alienante sobre o cuidado e sobre as ações e objetivos do fazer, do intervir não virá do acaso, nem muito menos da participação de cursos ou iniciativas similares requeridas pelos profissionais. É necessário uma compreensão política ampliada e crítica sobre estes processos e os profissionais possuem um papel importante no protagonismo de construção desta ação desalienante.

Conclusão

A conclusão que se chega neste trabalho é que as práticas são contraditórias quando se analisa as narrativas dos profissionais em relação ao que eles defendem e o que de fato é feito no cotidiano de trabalho. Notou-se que existe uma apropriação do discurso progressista em saúde mental, contemplando elementos como articulação, cuidado, clínica ampliada e integralidade. Em relação às práticas em si, nota-se a fragmentação, algumas práticas de cuidado pelo viés coletivo, a prevalência da clínica na lógica médica clássica (queixa-conduta) e a especialização das ações. Nas mesmas equipes, há momentos em que se consegue a feitura de

práticas cujas dimensões do cuidado são ética, política e tecnicamente acolhedoras e promotoras da autonomia dos sujeitos e, há momentos em que todas estas práticas são esquecidas nas intervenções.

Pelos dados obtidos, é possível concluir que a maioria não se sente preparada para este desafio. Os motivos são diversos, muito embora seja importante destacar a insegurança oriunda da formação de base, pouco acesso à formação permanente e pouca confiança na capacidade de retaguarda da rede substitutiva.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):575-586, 2012.

CRUZ, C da S. S el al. Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 11, n. 1, p. 30-39, jan./jul. 2013.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2008.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 1977.

FRANCO, T.B; JUNIOR, H.M.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP. 2004

KONDER, L. Em torno de Marx. São Paulo: Boitempo, 2010

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. IN: CAMPOS, G. W. de S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

MORAES, B.A; COSTA, M.N da S.C. Análise Documental de Currículos da Área da Saúde no Brasil. **Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 1, 2015.**