

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Relato de experiência: educação permanente como ferramenta para visibilidade e transformações da saúde mental na atenção básica

Report of experience: permanent education in health as a tool for visibility and transformations of mental health in primary care

Marcossuel Gomes Acioles¹, Sâmara Gurgel Aguiar²

RESUMO:

Esta obra discute o processo de educação permanente enquanto ação que pode propiciar visibilidade e transformações no campo da saúde mental, seja com atuações direcionadas para profissionais ou com usuários dos serviços, podendo haver impactos sobre as representações sociais que envolvem as pessoas em sofrimento psíquico. Ela é apresentada pela ótica de um profissional residente psicólogo, o qual descreve sua vivência na qualidade de condutor do apoio matricial. A partir dessa experiência, foi possível perceber a relevância de trabalhar a temática, fomentando a articulação entre teoria, prática e vivência na comunidade. Por fim, é inevitável não refletirmos sobre a construção da lógica manicomial de modo histórico e o quão atinge a compreensão da população no senso comum. Nesse sentido, por vezes, a figura da pessoa em sofrimento psíquico é associada à ideia de periculosidade, percepção que, no decorrer das atividades, pudemos perceber transformar-se.

Palavras chave: *Educação Permanente; Saúde Mental; Estratégia de Saúde da Família.*

ABSTRACT:

This work discusses the process of permanent education as an action that can provide visibility and transformations in the field of mental health, either with actions aimed at professionals or users of services, and may have impacts on the social representations that involve people in psychological distress. It is presented from the perspective of a professional resident psychologist, who describes his experience as the conductor of the matrix support. From this experience, it was possible to perceive the relevance of working on the theme, fomenting the articulation between theory, practice and experience in the community. Finally, it is inevitable that we do not reflect on the construction of

¹ Egresso da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública, docente na Faculdade Vale do Salgado, Conselheiro Suplente no IX Plenário do Conselho Regional de Psicologia da 11ª Região e Presidente da Comissão de Saúde do Conselho Regional de Psicologia 11º;

² Mestre em Educação, docente da Faculdade Vale do Salgado, Bolsista da Escola de Saúde Pública.

E-mail para correspondência: marcossuelacioles@gmail.com

manicomial logic in a historical way and how it reaches the understanding of the population in common sense. In this sense, sometimes the figure of the person in psychic suffering is associated with the idea of dangerousness, a perception that, in the course of the activities, we could perceive to be transformed.

Keywords: *Permanent Education; Mental health; Family Health Strategy.*

INTRODUÇÃO

A percepção compartilhada socialmente acerca da loucura sofreu diversas modificações com o passar dos séculos. Inúmeras práticas e saberes também foram consolidados desde a psiquiatria de Pinel até os dias de hoje. O hospital psiquiátrico, como conhecemos hoje, se consolida no momento em que a loucura é percebida como adoecimento, passível de tratamento, como território médico e terapêutico¹. Também esse mesmo espaço físico que acolheu práticas medicamentosas e curativas já se erguera antes como símbolo de isolamento e segregação.

As casas de internamento tinham o princípio de instituir ordem à sociedade capitalista e burguesa nascente, dando abrigo a loucos, mendigos, prostitutas e todas as demais categorias que pusessem em risco a ordem social, atendendo também ao ideal caritativo, um dos pilares da sociedade da época. A loucura herda não só o espaço de segregação, mas o círculo mágico que se traça em torno desse fenômeno do qual a medicina demorou a se apropriar. É dessa forma que o hospital psiquiátrico se distancia do hospital geral em suas funções e na maneira como é socialmente percebido².

Com o passar dos anos, tendo a experiência italiana como marco e referência, o Brasil constrói sua Reforma Psiquiátrica, pautando-se na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e de sua rede de instituições e dispositivos que visam produzir cuidado nos territórios onde vivem os sujeitos. O SUS se alicerça na ideia de saúde como direito de todos e dever do Estado, em uma visão holística do homem que não permite fragmentá-lo, de modo a não separar o conceito de saúde do conceito de saúde mental³.

A reforma psiquiátrica brasileira teve seus primeiros passos a partir das movimentações sociais nas décadas de 70, 80 e 90. No entanto, apenas após a promulgação da Lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial

em saúde mental, foi dada visibilidade aos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, oportunizando modificações no modelo de tratamento biomédico, asilar e segregador³. Assim, as pessoas passaram a ser atendidas nos lócus do adoecimento, em interação direta com a comunidade, família, instituições e espaços públicos. Nessa perspectiva, o cuidado em Saúde Mental (SM) na atenção primária é bastante estratégico, pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa⁴.

Assim, é o trabalho no território de interação dos sujeitos que proporciona compreensão diante do dinamismo das relações e impacto na vida cotidiana das pessoas. Nos estudos sobre Psicologia Social, é relevante compreender o grupo como parte de um movimento histórico dialético que compõe um dinamismo contínuo na formação dos sujeitos, pois é na comunidade que a vida é constituída. A atividade no território pode permitir reflexões feitas sobre o porquê das necessidades, de como os processos vêm sendo realizados, ou seja, como as ações se encadeiam e quais resultados percebidos, tornando possível a todas as pessoas envolvidas pensamentos e ações sobre a comunicação e cooperação entre elas, sobre suas histórias individuais e social, podendo ser possível o despertar da consciência de si mesmas e de suas relações⁵.

Dado o processo histórico relatado até então, percebemos o quão o modelo de tratamento do doente mental foi se moldando de uma prática enclausurante, pautada no trabalho hospitalocêntrico, a um manejo territorial e mais holístico sobre as pessoas. Em decorrência dessa característica, é comum que os profissionais de saúde da atenção básica se encontrem a todo momento com consulentes em situação de sofrimento psíquico⁴.

Dentro do processo de reorientação da organização do sistema de saúde está previsto o apoio matricial como ferramenta que oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, tendo, assim, uma maneira compartilhada das linhas de cuidado com os cidadãos, que perpassa os dispositivos de atenção básica e atenção especializada. Desse modo, nos casos que envolvem sofrimento psíquico, os equipamentos de saúde mental, em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), são responsáveis pela condução de casos em seus territórios, seja no âmbito individual, seja no âmbito familiar ou comunitário⁶.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), uma política que objetiva a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), é compreendida como uma necessidade para melhorar as relações entre os sujeitos envolvidos e ampliar a participação dos atores sociais da saúde.

A ação de EPS não trata de capacitação ou treinamento, mas da construção de conhecimentos em uma vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar, priorizando a relação ensino-aprendizagem, movida pelo debate crítico e por discussões das exigências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, o que significa que o ponto de partida são os problemas ou a problematização da realidade concreta⁷.

No município de Brejo Santo-CE, a implementação da Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde Mental permitiu que a terceira turma de residentes pudesse elaborar estratégias que contemplassem a aproximação dos serviços especializados em Saúde Mental das Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes. Esse processo teve o apoio matricial como atividade relevante para fortalecimento da rede de saúde, usando como uma das ferramentas o processo de Educação Permanente em Saúde, voltado ao trabalho continuado com profissionais sobre a temática em questão.

Enquanto relato de experiência, acreditamos que explorar as vivências passadas no período de intervenção do projeto nos permite ter acesso a dados sobre o processo de conquistas e desafios, estratégias fundamentais no procedimento de construção e de transformação da assistência em saúde mental, abrindo espaço para possíveis modificações ou fortalecimento de ações que visionem qualidade de vida dos usuários e familiares.

No que tange à sua relevância social, o processo de Educação Permanente em Saúde, nesse ínterim, pode ser afirmado como espaço de construção ético-política e pedagógica. A EPS pode ser de suma importância para o cuidado, manejo e desinstitucionalização da SM nos territórios. A educação permanente é, nessa abrangência, uma estratégia político-pedagógica e parte do pressuposto da aprendizagem significativa que produz sentido para o sujeito.

Então, o relato de experiência aqui apresentado se configura como exercício para fornecer indícios empíricos, a partir da ótica de um profissional

residente psicólogo sobre o impacto da Educação Permanente em Saúde, no que tange às demandas de SM no território de atuação dos profissionais da atenção básica. Profissionais que são tomados como responsáveis no processo de Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização, de modo a dar forma a uma prática em SM descentrada dos serviços especializados.

Ressaltamos, ainda, que a EPS constitui um fazer compartilhado por profissionais com diferentes formações. Nesse sentido, a compreendemos, desde a percepção de um residente com graduação em Psicologia, como uma via de rompimento com uma atuação desse profissional que encontra dificuldades que permeiam a inadequação da formação acadêmica, apresentando um modelo limitado de atuação, bem como a dificuldade de adaptação às dinâmicas, condições de perfil profissional exigido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ⁸. Ou seja, as ascendências dessa crise em que o psicólogo vive implicam a construção de um perfil profissional ainda voltado para o modelo clínico privado, sendo as dificuldades atribuídas à clientela em vulnerabilidade social que faz uso do setor público e aos problemas relacionados com a estrutura e a organização dos serviços.

Assim, são necessários aportes teóricos, práticos e técnicos que possam embasar o fazer da Psicologia nas Políticas Públicas, incluindo as voltadas para as pessoas em sofrimento psíquico. Partindo desse ponto de vista, trazemos aqui o relato de uma experiência que contribui também para pensar deslocamentos no lugar que o psicólogo ocupa no âmbito da Saúde Pública, uma vez que se trata de uma prática que coletiviza saberes, permitindo um olhar para o sujeito para além daquele instituído na clínica particular clássica.

MÉTODO

As experiências aqui descritas fazem parte de um conjunto de ações idealizadas e efetuadas pela equipe de residentes com ênfase em saúde mental, atuantes no município de Brejo Santo, interior do Ceará, entre fevereiro de 2015 e fevereiro de 2017.

Os residentes eram lotados no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, em seu primeiro ano, sendo direcionados ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no segundo ano. As atividades de Educação Permanente em Saúde eram desenvolvidas em parceria com as Unidades de Saúde da Família (UBS), sendo pautadas numa abordagem qualitativa - uma vez que

buscávamos aprofundar o conhecimento em torno de uma dada questão, no caso, o fortalecimento da temática de saúde mental nas UBS, sendo do tipo dialógico e de caráter formativo.

É importante ressaltarmos que as intervenções tiveram um formato rotativo, com intuito de contemplar todas as Unidades do município, ocorrendo todas as quintas-feiras, no turno vespertino, das 14h às 16h, sendo o público-alvo os profissionais dos equipamentos de saúde que se dispuseram a participar.

Os residentes foram divididos em dois grupos para esta atividade. Em um deles, ficou um profissional de Psicologia, uma Enfermeira e uma Assistente Social; no outro grupo, ficaram responsáveis pelo andamento duas Psicólogas e uma Assistente Social, que semanalmente discutiam para viabilizar o fluxo das atividades e debater sobre as principais demandas apresentadas pelos profissionais da atenção básica.

Nesse contexto, a atuação contemplou as 20 UBS do município já referido, o que equivale a 100% de cobertura, e utilizou como recursos metodológicos estudos de casos, debates sobre reforma psiquiátrica, vídeos e exploração da temática por meio de rodas de conversa, realização de oficinas e grupos de trabalho sobre temas diversos, cursos de capacitação e vivências.

Assim, o objetivo do projeto se caracterizou como a execução de um trabalho em rede entre a saúde mental e a atenção básica, no sentido de um melhor atendimento dos usuários que procuram esses serviços e, conseqüentemente, uma maior divulgação e aprofundamento da temática, assim como contemplou familiares e trabalhou intersetorialidade e cuidado em rede com os profissionais das UBS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciando na política de Educação Permanente em Saúde Mental

Retratar em palavras as percepções e vivências da “Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica: fortalecendo o apoio matricial nos bairros” é apresentar as minúcias de um trabalho realizado com o cuidado necessário e militância no contexto da saúde mental no interior do Ceará, especificamente na Região de Cariri, na cidade de Brejo Santo.

A proposta de uma ação que envolvia as 20 Unidades Básicas de Saúde era desafiadora, entretanto, a mobilização da equipe firmou possibilidades de

intervenções sustentadas na proposta de reforma psiquiátrica, ultrapassando a lógica manicomial, debatendo e desconstruindo e/ou reconstruindo propostas de ações que puderam envolver agentes significativos na comunidade, equipes das UBS, usuários e familiares, objetivando viabilizar a garantia de direitos e proporcionar qualidade de vida às pessoas que estavam em sofrimento psíquico.

Nesse momento, levamos em consideração a proposta de Basaglia, que expõe: “É necessário lutar, transformando concretamente as instituições a partir de dentro”⁹. Em outras palavras, é imprescindível promover outros modos de subjetivação, de reconstruir os espaços de saúde em prol da qualidade de vida das pessoas que lá estão.

Ratificando essa ideia de que as transformações são necessárias, em alguns instantes, fosse no formato de debates, ou exploração de estudos de casos, as colocações permitiam perceber o quão a saúde mental ou a figura da pessoa em sofrimento psíquico ainda são estigmatizadas. Assim, demonstrou uma cena na qual os profissionais dos dispositivos de saúde, ao serem questionados sobre como compreendiam esses indivíduos, apresentaram reações diversas, algumas sinalizando certo receio de abordar ou trabalhar com esse público, permeadas principalmente pela ideia de periculosidade.

A historicidade, no que tange ao tratamento voltado a pessoas em sofrimento psíquico, perpassa por representações sociais impregnadas de ideias errôneas sobre esses indivíduos, que outrora foram enclausurados em espaços pelo fato de não estarem dentro do que se enquadraria enquanto norma social.

A prática asilar era tomada como parte do tratamento em saúde mental, uma vez que esse tratamento era pautado na vigilância de gestos, rebaixamento de pretensões, contraditos nos delírios e ridicularização dos erros, tendo a sansão que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal¹.

Outra querela que deve ser destacada está diretamente associada ao ponto destacado no parágrafo anterior. São as dicotomias entre corpo e mente, social e mental, corpo e social. Ao que parece, existe uma compreensão teórica sobre os processos biopsicossociais, mas que, em termos práticos, dada a sua complexidade, se fragmenta em áreas e saberes sobre cada esfera que compõe a integralidade do indivíduo.

Foi comum ouvir relatos sobre déficits na formação profissional que acreditamos poder contribuir para essa configuração. A tendência à divisão prioriza a figura médica, por vezes, e a ideia medicalocêntrica, ou seja, a de que apenas esse profissional pode intervir pela via da sugestão do uso de medicamentos para transformar a realidade da pessoa em sofrimento psíquico.

Três questões merecem destaque aqui: a dicotomia, o processo de formação e a hierarquização profissional com foco na ideia medicalocêntrica. Criou-se no imaginário popular que o hospital é o único local de tratamento. Assim, a figura médica ganhou destaque no decorrer dos tempos. No entanto, é na vida cotidiana que as ações podem ser promovidas, não só pelo médico, mas pelas obras que objetivam promover qualidade de vida, seja a de doentes mentais ou quaisquer outros cidadãos¹. Nessa perspectiva, é exposto que:

O primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desconstruir o paradigma problema-solução, ou seja, a ideia da doença que precisa de cura, em torno daquela se legitima o 'isolamento', a medicalização, a tutela e a desqualificação do sujeito. Este deixa de ser uma pessoa para tornar-se um doente, no qual toda a sua história de vida passa a ser a história de uma doença. O segundo passo da desinstitucionalização é o envolver e mobilizar, nesse processo, estes mesmo sujeitos enquanto atores sociais, enquanto protagonistas de suas histórias¹⁰.

De tal modo, torna-se viável uma percepção integral dos sujeitos, enquanto transformadores e transformados pelas suas histórias, suas vivências e seus processos de ser no mundo.

Assim, compreender o desmonte da lógica dicotômica e descentralizar os cuidados da figura médica e medicamentosa, estabelecendo a relevância da ação multiprofissional, com a participação dos agentes que compõem o quadro de interação e participação direta das pessoas em sofrimento psíquico em todos os momentos que interferem sobre sua vida, se faz necessário para o processo de desinstitucionalização.

Sobre o processo de formação, podemos compreender que foi moldado, no decorrer do tempo, uma cultura dicotômica. Desde os primórdios que compreendiam o adoecimento enquanto forças ocultas demoníacas até a contemporaneidade que expressa uma divisão de corpo e mente. Destacamos a lógica mágico-religiosa, em que saúde se aproximaria de recompensa e doença de punição, a ideia de que a saúde é um equilíbrio entre fatores e a doença um desequilíbrio ou a concepção de que a doença é um estado alterado

de funções e órgãos. Todas compõem modelos dicotômicos, que partem da noção de que saúde e doença são um par de opostos. Contra esse entendimento, Thomas Sydenham via, na doença, “um esforço salutar da natureza, um movimento extraordinário tendente a restabelecer a integridade das funções orgânicas”¹¹.

Por todo o explanado acima, podemos compreender que as limitações perpassam não apenas a promoção da saúde, mas também a atuação dos profissionais frente às situações de crise. Percebemos, a partir de diálogos, que alguns profissionais externavam o receio de intervenção, por associarem a pessoa em sofrimento psíquico ao sujeito que causa espanto. Nesse ínterim, quanto às origens do estigma em relação à loucura, é possível compreender dois marcos fundamentais: o grande enclausuramento, quando fora alocada junta aos demais indesejáveis da sociedade, nos lugares de segregação anteriormente destinados aos leprosos, os então perigosos; e, ainda, quando um discurso de verdade se cria, situando a loucura próxima à imprevisibilidade e à fúria¹².

Portanto, desmistificar a associação mencionada há pouco é parte do processo de desinstitucionalização e quebra de uma incoerência preconceituosa sobre a pessoa em sofrimento, para que a abordagem seja pensada da melhor forma possível para o usuário/família e equipes multiprofissionais e intersetoriais. Sobre a quebra de estigmas, o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal)¹³. É relevante enfatizar que outros mecanismos foram idealizados para que esse processo pudesse ser efetivado. Todavia, estes mesmos mecanismos podem continuar a exercer forças institucionalizantes, apontando quem é louco. Diante dessa reflexão, fica a importância de repensar como se dá a prática diária nos serviços de saúde³.

Essa articulação, mencionada por último, deve priorizar o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, envolvendo dispositivos da Atenção Básica, Saúde Mental, serviços do terceiro nível de complexidade em saúde, escolas, Assistência Social, entre outros⁴. Nas intervenções no município de Brejo Santo-CE, foi percebido por toda a equipe de residentes, a partir dos momentos com os profissionais da Atenção Básica, que há pouca articulação para a garantia de direitos e acesso à saúde, no que diz respeito às demandas de Saúde Mental.

Nas rodas reservadas para diálogos entre os residentes, os debates explicitavam o quão ainda é presente uma tendência ao atendimento pautado em um modelo biomédico, com tratamento medicamentoso. Uma questão significativa de ser relatada é a falta de leitos psicossociais no único hospital geral do município.

As grandes experiências ocorridas no campo da intervenção e transpostas para a reforma psiquiátrica no Brasil foram reduzidas a simples propostas de reformulação dos serviços de saúde mental ³.

Outro desafio para o qual atentamos é o fato de alguns serviços atuarem ainda de forma institucionalizante, ou seja, podem estar reproduzindo pequenas unidades asilares e verdades sociais e aprisionando subjetividades ¹⁰.

O processo de institucionalização está ligado não somente ao espaço do manicômio, ele vai além disso. Fechar os hospitais seria um passo, mas deixar as pessoas que lá estavam sem assistência nenhuma é violar o direito ao acesso à saúde.

É importante destacar um aspecto positivo da realidade brasileira: a redução de leitos de internamento psiquiátrico, um dos objetivos buscados na reforma em nível nacional, apresentando números significativos. Como aponta o documento do Ministério da Saúde, apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, foram reduzidos 6.227 leitos psiquiátricos no período de 2003 a 2005, indo de 48.303 para 42.076, respectivamente.. O mesmo documento traz ainda que “[...] o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal)” ¹⁴.

No que tange a outros aspectos positivos, só que agora voltados para as ações do projeto, podemos dizer que a participação da comunidade nos momentos elaborados pelos residentes, em conjunto com as equipes da Atenção Básica que sempre visionavam a transformação cultural e subjetiva na sociedade, como citado no parágrafo anterior, é de grande valia. Os casos identificados pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), e repassados nos encontros, apresentavam possibilidades de intervenções relatadas pelos próprios profissionais que se comprometiam em averiguar a viabilidade com outros componentes, fossem família, comunidade, escola ou outras políticas públicas. Entretanto, ainda é necessário vencer o modelo manicomial, repressor,

institucionalizante, que provavelmente está se repetindo na atual abordagem de pessoas em sofrimento psíquico.

TransFORMAÇÕES

Diante dos fatos anteriormente abordados, no processo de Educação Permanente, as demandas eram apresentadas e levantadas hipóteses de realização de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esses projetos eram realizados com a participação da equipe da Unidade Básica de Saúde, a qual o usuário era referenciado, junto com os residentes das áreas de Saúde Mental, Saúde da Família e Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Na medida em que os encontros se davam, eram notórias as mudanças na abordagem com os usuários e familiares. Os questionamentos se tornaram mais frequentes, bem como a participação das equipes, trazendo novos casos da comunidade, solicitando intervenções, compartilhando o cotidiano das pessoas, trabalhando intersetorialidade e multiprofissionalismo e dando tonalidade e ritmo às produções em saúde mental.

Pudemos confirmar isso com relatos de alguns profissionais, quando nos momentos de devolutivas expunham que a presença dos residentes foi relevante para o manejo e a percepção direcionados às pessoas que necessitavam do cuidado em saúde mental. Recordamos, emocionados, no final do processo de residência, a fala de uma agente comunitária de saúde. Ao agradecer, ela afirmou que o próprio grupo de trabalho mudou, pois passaram a ver de outro modo as pessoas que precisavam de atenção e isso refletia na abordagem, no atendimento.

Ainda sobre esse movimento, envolvendo equipes transversais das Políticas Públicas, usuários, familiares e comunidade, ressaltamos o exposto da teoria organísmica idealizada por Kurt Goldstein, na qual é expresso que não se pode separar o organismo do ambiente, ambos se comunicam e compartilham determinada realidade, passando a ser não apenas o eu e você, mas o nós. Segundo o autor, é na fronteira de contato que as alterações sensoriais, motoras, visuais e outras ocorrem, envolvendo sempre objetos e ambiente.

O organismo/ambiente humano naturalmente não é apenas físico, mas social. Desse modo, em qualquer estudo de ciências do homem, tais como fisiologia humana, psicologia ou psicoterapia, temos de falar de um campo no qual interagem pelo menos fatores socioculturais, animais e físicos⁹.

Assim, é nas relações que podem surgir diversas intervenções enquanto horizonte de possibilidades, tanto para equipe quanto familiares, comunidade e usuários. É importante pensar não apenas em estado de Saúde/Doença, mas ultrapassá-lo, adentrando o âmago de um modo de repensar as dimensões fundamentais da vida. Caracterizar eventos como externos e internos, dentro e fora, corpo e mente, indivíduo e meio seria, nessa perspectiva, um erro, tendo em vista que todos os elementos fazem parte de uma cena integrativa. Não se pode separar o organismo do ambiente. “Uma planta não sobrevive fora do seu ambiente, da mesma forma que um ser humano, se for privado de oxigênio, comida, e assim por diante”¹⁵.

Por fim, o processo de apoio matricial no projeto de Educação Permanente se configurou como ferramenta que propiciou visibilidade das temáticas que envolvem Saúde Mental, fossem elas no âmbito do uso abusivo de substâncias psicoativas, fossem na abordagem e intervenção com pessoas psicóticas ou ainda na promoção e prevenção em Saúde Mental, mobilizando, assim, transformações, principalmente nas representações sociais de profissionais e usuários sobre pessoas em sofrimento psíquico.

Os entraves ainda são notórios, no entanto, a luta para garantir direitos, saúde e dignidade é cotidiana, convidando os diversos agentes da sociedade civil para participarem ativamente dos processos que envolvem melhorias para a comunidade, para a cidade, para o país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À medida que transformações no contexto sociopolítico foram sendo realizadas, a proposta de reformulação psiquiátrica abriu espaço para que modificações no perceber social fossem possíveis. No Brasil, assim como em outros países, o foco no adoecimento tomou larga proporção, deixando em grande escala de enfatizar o cuidado com a pessoa que sofre. Como relatado, ainda é um desafio percebido por nós que compomos a atividade de Educação Permanente em Saúde Mental no município de Brejo Santo, interior do Ceará.

A noção de cuidado profissional ainda é alicerçada no tratamento medicamentoso e na responsabilidade médica, como outrora. Os problemas colocados pelos atores dizem respeito a uma rede lentificada, fragilizada, inflexível e fragmentada, na qual o trâmite do usuário é isolado entre os serviços,

que não se comunicam, que não reconhecem os direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Na atividade também foi percebido e relatado o quão a formação acadêmica pode deixar a desejar no aspecto de fornecer mais instrumentos e debates para a abordagem nesse campo. O método isolado em categorias de trabalho pode atrapalhar o andamento dos processos, tendo em vista que o formato multiprofissional e a participação de usuários, familiares e comunidade podem apresentar bons frutos.

A reforma não apenas significa a quebra do modelo asilar propriamente dito, mas também a invalidação da solidez no pensar o doente mental como improdutivo, sem valor social, sem opiniões que possam ser defendidas. Por tal, as fragilidades induzidas por preconceitos e discriminações podem provocar rupturas nas intervenções possíveis.

Durante a atividade de Educação Permanente em Saúde Mental, pudemos perceber uma transformação, mesmo que tímida, no modelo de atuação e intervenção das demandas de saúde mental. Os debates e estudos de caso fluíam como provocação para repensarmos o espaço da pessoa em sofrimento psíquico nas suas localidades, nas políticas públicas, enfim, enquanto cidadãos de direitos que devem ser efetivados no cotidiano.

Por fim, percebemos que a vida é feita nos lócus de interação dos profissionais, da comunidade, dos usuários. Que o sintoma não é apresentado de modo isolado, pois há agentes múltiplos que resultam na resposta do organismo com seu meio. Assim, é possível o trabalho em equipe, inter e multiprofissional, havendo comprometimento e dedicação. Afinal, a ação não pode ser pensada enquanto causa e efeito, como doença e ausência dela, mas como processos que apresentam uma das muitas formas de ser no mundo.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal; 2010.
2. Foucault M. História da Loucura: na idade clássica. 8.ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.
3. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Caderno de Atenção Básica e Saúde Mental. N. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. Lane S. O que é psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 2006.

6. Campos FCB, Nascimento SPS. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. In: Caderno IPUB: nº 24. Saúde mental na atenção básica. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB; 2007: 9-91.
7. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009.
8. Dimenstein MDB. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Saúde Est Psic. 1998; 3(1): 53-81.
9. Basaglia F. A instituição negada: relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro-RJ: Edições Graal; 1985.
10. Amarante P. O homem e a serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996.
11. Belinguer G. A doença. São Paulo: Cebes-Hucitec; 1988.
12. Bleicher T. A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de sistema local de saúde. Fortaleza. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] - Universidade Estadual do Ceará; Fortaleza; 2015.
13. Rotelli, F e cols. Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. [Acesso em: 03 jun. 2011]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/8256-desinstitucionalizacao-palavra-grande-qual-o-sentido-que-e-produzido-sem-meias-palavras>.
15. Perls F, Hefferline R, Goodman P. Gestalt-Terapia. São Paulo: Summus; 1998.
16. Perls F. Gestal-terapia explicada. 2. Ed. São Paulo: Summus; 1977.