

**A PRÁTICA MÉDICA NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS
DE SAÚDE MENTAL^a**

Daniel Rocha e Silva^b

Diego Muniz Pinto^c

Maria Salete Bessa Jorge^d

Resumo

Com os movimentos da Reforma Psiquiátrica, o modelo de atenção em saúde mental passa por um processo de (re)construção, visando à transição de uma prática clínica centrada na doença para uma centrada nas singularidades do ser. Objetiva-se discutir as práticas clínicas médicas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza (CE). Utilizou-se a metodologia de natureza qualitativa com uma perspectiva crítica e reflexiva. A pesquisa foi realizada em dois CAPS gerais do município de Fortaleza (CE), com sete médicos dos serviços citados, os quais foram nomeados de M1 a M7. As técnicas de busca de informações selecionadas foram: entrevista semiestruturada e observação sistemática. A análise do material empírico baseou-se na hermenêutica crítica. A partir daí, observou-se que o modelo positivista de atenção em saúde ainda perdura na prática clínica dos profissionais médicos do CAPS. Contudo, estratégias são utilizadas por esses profissionais visando a uma (re)formulação dessa prática, como: a incorporação das tecnologias relacionais no seu processo de trabalho; a interdisciplinaridade na construção de projetos singulares, com base nas necessidades de saúde de cada usuário; e a interação da família no processo de cuidar. Conclui-se que a Saúde Mental é um campo de saberes e práticas em construção.

Palavras-chave: Saúde mental. Medicina geral. Psiquiatria.

^a Recorte do Projeto Saberes e Práticas dos Trabalhadores Produção do Cuidado em Saúde na Rede de Serviços de Saúde Mental e Atenção Básica com Eixo na Integralidade financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

^b Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE/UECE).

^c Enfermeiro. Mestrando em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do GRUPSFE. diegomupi@yahoo.com.br

^d Enfermeira. Titular da UECE na Área de Saúde Mental. Coordenadora do GRUPSFE. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). masabejo@uece.br

Endereço para correspondência: Rua Dr. José Lourenço, nº. 2.835, apart. 301, Aldeota, Fortaleza, Ceará. CEP: 60115-282. masabejo@uece.br

Abstract

The mental health care model is undergoing a process of (re) construction since Psychiatric Reform is aiming to change from a clinical practice focused on illness to one that focuses on the uniqueness of being. The objective of this study is to discuss the medical clinical practices in Psychosocial Care Centers (CAPS). For this study a qualitative methodology was used in a critical and reflective perspective. The survey was conducted in two general CAPS Fortaleza- CE with seven doctors, which were named M1-M7. The selected techniques for finding information were: semi-structured interviews and systematic observation. The empirical analysis was based on the critical hermeneutic. From there, it was observed that the positivist health care model still exists in physicians' clinical practice at CAPS. However, These strategies are used by professionals seeking a recreation of this practice, such as: the incorporation of relational technologies in their work process; interdisciplinary in the construction of individual projects based on the health needs of each user, and the interaction of family in the care process. Thus, we realize that mental health is a field of knowledge and practices in construction.

Key words: Mental health. General medicine. Psychiatry.

LA PRÁCTICA MÉDICA EN EL CONTEXTO DE SERVICIOS SUSTITUTOS DE SALUD MENTAL

Resumen

Con la Reforma Psiquiátrica, el modelo de atención de salud mental pasa por un proceso de (re)construcción, buscando la transición de una práctica clínica centrada en la enfermedad para una centrada en la singularidad del ser. El objetivo es analizar la práctica clínica en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), en la ciudad de Fortaleza (CE). Se utilizó la metodología cualitativa, con perspectiva crítica y reflexiva. El estudio se realizó en dos CAPS generales de Fortaleza (CE), con siete médicos de estos servicios, nominados de M1 a M7. Las técnicas seleccionadas para la búsqueda de información fueron: entrevistas semiestructuradas y observación sistemática. El análisis empírico se basó en la hermenéutica crítica. A partir de ahí, se observó que el modelo positivista de la atención en salud aún persiste en la práctica

clínica de los médicos del los CAPS. Sin embargo, estrategias son utilizadas por estos profesionales que buscan una (re)formulación de esta práctica, como: la incorporación de tecnologías relacionales en su proceso de trabajo; la interdisciplinariedad en la elaboración de proyectos individuales con base en las necesidades de salud de cada usuario; y la interacción de la familia en el proceso del cuidado. Se concluye que la Salud Mental es un campo de saberes y prácticas en construcción.

Palabras-clave: Salud mental. Medicina General. Psiquiatría.

INTRODUÇÃO

No final do século XIX, a psiquiatria assume posição positivista, centrada na medicina biológica, que passa a orientar toda a conduta médica. Assim, a prática médica psiquiátrica tinha como objetivos o controle, a contenção, a medicalização e os maus tratos, cenário que perduraria por mais de um século.

Contudo, as tentativas de inserir a psiquiatria na ciência médica, com base na adoção dos conceitos de saúde-doença, somente trouxeram novos dilemas, o que se denominou de “crise da psiquiatria”. O déficit tanto prático quanto teórico observado então estimulou uma radical mudança no objeto da psiquiatria, que deixou de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental.¹ Com isso, a psiquiatria saiu da condição de especialidade médica de tratamento para designar um campo extremamente complexo – a Saúde Mental – que ultrapassa em muito as fronteiras das ações estritamente terapêuticas.²

Dessa forma, ressalta-se uma (re)formulação teórico/prática do arcabouço de conhecimentos da psiquiatria e uma mudança paradigmática no processo de cuidar em saúde mental. A categoria médica, como as demais, deixou de focar seu processo de trabalho apenas na cura e queixa-conduta (clínica oficial) e assumiu uma visão ampliada de saúde, que integra os aspectos biopsicossociais do ser humano (clínica ampliada).

Essa (re)formulação da psiquiatria em saúde mental deu-se principalmente com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial (década de 1970), obtendo como conquistas: a promulgação de leis; a emancipação do sujeito portador de transtorno mental, que deixa de ser o “louco”, com todos os estigmas e preconceitos, para ser um cidadão comum com direito a cidadania, autonomia, reinserção social, respeito e dignidade; a construção de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, a despeito de ainda reproduzirem um modelo ambulatorial, possuem estratégias

de tratamento que excluem os maus tratos e os internamentos prolongados, utilizando os dispositivos de integralidade – acesso, vínculo-responsabilização, acolhimento e qualidade da atenção – como principais ferramentas para a inversão do modelo de atenção (do asilar para o psicossocial); a (re)construção da clínica, na tentativa de um olhar multifacetado e ampliado da saúde mental, deixando de lado o foco apenas no aspecto biológico do sujeito.

Para isso, faz-se necessário o uso de novas ferramentas de cuidado, o que inclui o uso de tecnologias em saúde, o relacionamento terapêutico, além do trabalho em equipe dentro de uma perspectiva de interdisciplinaridade e de um novo conceito de clínica, a clínica ampliada. Essa nova forma de condução da prática clínica tenta superar todos os problemas enfrentados pela clínica oficial. Sugere a interdisciplinaridade entre as diversas especialidades, em que um clínico coordena o tratamento com a colaboração de toda a equipe envolvida na atenção àquele sujeito. A clínica ampliada pretende, portanto, construir um vínculo entre clínico e sujeito e tentar superar a fragmentação entre biologia, subjetividade e sociabilidade.²

Diante desse contexto, o estudo objetiva descrever as práticas clínicas médicas nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza, Ceará.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, com uma perspectiva crítica e reflexiva. Tal metodologia é adequada para a análise do fenômeno social investigado, pois, nessa abordagem teórico-metodológica, pode-se dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais.³

Como local da pesquisa optou-se por dois CAPS Gerais das Secretarias Executivas Regionais (SER) III e IV do município de Fortaleza, estado do Ceará, Brasil, os quais fazem parte dos serviços substitutivos existentes no campo empírico do estudo.

Para a coleta das informações foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e observação sistemática das práticas. Os sujeitos da pesquisa foram sete médicos lotados nos locais referidos, conforme coleta no período de fevereiro a julho de 2009. Quatro médicos estavam lotados no CAPS da SER III e três médicos no CAPS da SER IV. Para melhor organização dos resultados as entrevistas foram identificadas com a letra M seguida de um número de 1 a 7 (M1, M 2... M7).

Adotou-se, então, a amostragem intencional definida pela saturação teórica, a qual, ao estabelecer o tamanho final da amostra em estudo, interrompeu a captação de novos

participantes fundamentada na redundância e convergência de sentido e significado obtido durante a coleta e análise dos dados.⁴

Conforme definido, as entrevistas e as observações foram orientadas por roteiros preestabelecidos sobre os seguintes aspectos: Como se dá a prática médica no cotidiano do CAPS? Quais as atividades realizadas por esses profissionais nesses serviços (atendimento individual, participação em grupos terapêuticos, participação nas reuniões de equipe – visão interdisciplinar, realização de visita domiciliar)? Como se dá a construção do projeto terapêutico dos usuários do CAPS pela equipe médica (observar a relação médico-paciente durante as consultas e outras atividades, as opiniões dos usuários e familiares são levadas em consideração durante o atendimento médico)? Como são percebidas as tecnologias relacionais em saúde (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia) pelos psiquiatras na resolução dos casos de saúde mental?

A pesquisa é um recorte do projeto *Saberes e Práticas dos Trabalhadores Produção do Cuidado em Saúde na Rede de Serviços de Saúde Mental e Atenção Básica com Eixo na Integralidade*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob protocolo 08133604-7.

Para o melhor entendimento do objeto de estudo, a análise do material empírico baseou-se na hermenêutica crítica, na qual o fundamento de análise é a práxis social na perspectiva crítico-analítica.³

O primeiro passo operacional foi a ordenação dos dados – no primeiro contato com os “dados brutos” realizou-se a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto do material coletado gravado. Em seguida, procedeu-se à organização dos dados, com o objetivo de estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo, organizando-o em diferentes conjuntos: classificação dos dados – leitura exaustiva e flutuante do material coletado nas entrevistas e observações, na busca de estabelecer relações e elaborar unidades categoriais (prática clínica, modelo biomédico, tecnologias relacionais, tratamento, trabalho em equipe) apoiadas nas ideias centrais sobre o tema em questão; e a análise final dos dados – nessa etapa, houve a possibilidade da fusão entre o real vivenciado pelos sujeitos sociais da pesquisa, em seu cotidiano e em seus contextos práticos, e o mundo conceitual e teórico e também vivo do pesquisador, ambos com suas condições sócio-históricas e culturais.³

Os resultados conformam-se na configuração analítica da compreensão do objeto de estudo, dispostos em discursos e observações, constituindo o entendimento temático da categoria *O Cotidiano das Práticas Médicas no CAPS: Avanços e Desafios*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Reforma Psiquiátrica foi o resultado de uma mobilização reivindicatória da sociedade que apresentava uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, privilegiando novos espaços territoriais de desenvolvimento dessas práticas, ou seja, espaços que possibilitam a integração da pessoa em sofrimento psíquico, promovendo a organização das atividades em território definido, reafirmando e buscando incorporar, nas ações de saúde mental, os princípios e garantias dos direitos humanos.⁵

COTIDIANO DAS PRÁTICAS MÉDICAS NO CAPS: AVANÇOS E DESAFIOS

As modalidades de atendimento no CAPS constituem um universo de prática que visa dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções que têm por objetivo assegurar sua reinserção no contexto social e familiar.⁶ Assim, as práticas clínicas desses serviços ultrapassam a lógica de disciplinarização de um determinado segmento social. A prática clínica médica foi evidenciada nos discursos a seguir:

“A minha prática clínica aqui se resume ao ambulatório. Ambulatório de psiquiatria clínica, em que eu diagnostico pacientes com transtornos mentais e faço o tratamento que minha especialidade permite fazer, a que utiliza psicofármacos.” (M2).

“[...] em muitos momentos a prática do psiquiatra dentro do CAPS está se resumindo ao atendimento ambulatorial, caracterizando a consulta médica clássica.” (M4).

“Aqui na unidade, nós médicos atendemos quase que exclusivamente as consultas do ambulatório, as consultas individuais com os pacientes.” (M5).

“Tento ajudar o paciente psiquiátrico, de um ponto de vista clínico, dando um diagnóstico mais aproximado possível do correto e fazendo um atendimento farmacológico.” (M3).

Percebe-se, nas falas, que, não obstante as mudanças ocorridas nas políticas de saúde mental desde a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, a prática clínica realizada pelos médicos nos CAPS ainda está bastante permeada pela condução diretiva e prescritiva da abordagem psicofarmacológica, influenciada pelo tradicional modelo “queixa-conduta”.

A visão ambulatorial da classe médica contrapõe-se à clínica psicossocial dos serviços substitutivos de saúde mental, pois, no CAPS, as modalidades de atendimento devem constituir um universo de prática que visa dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções que têm por objetivo assegurar sua reinserção no contexto social e familiar.⁶

A persistência do modelo positivista de atenção é decorrente das transformações da medicina contemporânea rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica, apresentando efeitos positivos e negativos, já relativamente bem conhecidos. De um lado, identificam-se como importantes avanços a aceleração e ampliação do poder de diagnose; a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica; o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções; além de melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Em contrapartida, a automatização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites.⁷

Contudo, no decorrer da pesquisa, identificaram-se sutis transformações e mudanças no cuidar em saúde mental pelos psiquiatras no cotidiano do CAPS, conforme os relatos demonstram:

“[...] mas, quando necessário, nós temos um momento de discussão em equipe. Isso é muito reduzido em relação à população atendida, mas há situações onde o enfermeiro, o médico, o terapeuta ocupacional, o psicólogo, o assistente social se encontram para discutir o projeto terapêutico daquele usuário.” (M4).

“A construção do projeto terapêutico que busco trabalhar no CAPS é muito individual. É um negócio, assim, muito holístico [...]” (M6).

“Hoje o paciente fala com mais desenvoltura de suas questões emocionais sem se sentir rotulado. Então, eu percebo com uma maior facilidade o diálogo e a reciprocidade entre médico e paciente.” (M1).

“Eu tenho criado uma relação de cuidado, de autonomia, de respeito e de corresponsabilização com os usuários, e tento trazer a família para o tratamento. Sobretudo, valorizando o saber do outro e singularizando esse cuidado.” (M7).

“O cuidado em saúde mental no CAPS se configura como um processo em transição, que, apesar do atendimento médico se embasar principalmente no aspecto biológico e farmacológico, percebe-se algumas mudanças na postura de alguns psiquiatras, principalmente na relação destes com os demais membros da equipe de saúde, participando das reuniões com os demais profissionais do serviço, e na relação médico/usuário/família, fazendo da consulta individual um espaço de diálogo e troca de experiências.” (Observação sistemática).

As experiências revelam que, não obstante a persistência da prática médica voltada para atendimentos ambulatoriais e medicalizantes, existem também traços de uma nova clínica, a qual é pautada por equipes multi e interdisciplinares que objetivam construir projetos terapêuticos individualizados e compartilhados entre a equipe de saúde, com a participação do usuário e da família.

Outro aspecto de fundamental importância que as falas trouxeram foi a utilização das tecnologias relacionais por parte dos médicos do CAPS, que buscam construir no seu espaço de trabalho uma relação horizontal e dialógica entre os atores envolvidos no processo de cuidar (profissionais de saúde/usuário/família), ressaltando aspectos como a escuta, o respeito, a confiança, o diálogo e a corresponsabilização.

Assim, o conceito de projeto terapêutico que está sendo construído pelos profissionais do CAPS é uma discussão de caso em equipe, um grupo que incorpora a noção interdisciplinar e que reúne a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Entretanto, como indica o termo “projeto”, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia com a tradição de discussão de casos em medicina.⁸ Essa noção de projeto terapêutico favorece o cuidado integral e holístico, no qual todos os membros da equipe devem trabalhar de forma interdisciplinar, pois é quando há interconexão entre vários saberes e práticas que se pode abranger toda a complexidade e singularidade do real.⁹

A outra mudança incorporada por alguns psiquiatras foi a utilização das tecnologias relacionais no seu cuidado clínico. Essa alteração pode ser considerada uma forma de humanizar as práticas da saúde, uma vez que a humanização é um valor atribuído aos esforços dos sujeitos na produção da saúde, quando se contemplam a autonomia, o diálogo, a escuta, o protagonismo, a corresponsabilidade e a vinculação das instâncias e coloca-se em evidência a dimensão da subjetividade e da singularidade.¹⁰

Essa clínica pautada no diálogo abre perspectivas e reflexões sobre o trabalho com “pessoas em sofrimento”, com experiências de vida complexas, cujas necessidades

transbordam pelos muros das unidades de saúde. Para elas, o espaço de cuidado no mundo dos serviços de saúde é apenas parte de demandas mais amplas por um bem-estar que deve necessariamente estar expresso no cotidiano de moradia, renda, trabalho, família, além de grupos e redes de pertencimento.¹¹

Assim, as tecnologias relacionais favorecem um cuidado integral, pelo fato de democratizarem e horizontalizarem as práticas em saúde, na medida em que constroem laços afetivos, confiança, respeito, valorização e troca dos saberes dos usuários/familiares/trabalhadores de saúde, propiciando o desenvolvimento da corresponsabilização, parceria de sujeitos para a melhoria da qualidade de vida do portador de transtorno mental.¹²

Não obstante as tentativas de consolidação de uma nova clínica no CAPS, os médicos relatam dificuldades encontradas no dia a dia do serviço para a sua implantação, como se observa nos seguintes relatos:

“[...] com uma pressão muito grande pelo número, pela excessiva quantidade de atendimentos. Isso reduz a qualidade do atendimento [...] se a gente tem um baixo número de profissionais. Embora a qualidade dos profissionais seja muito boa, quando a demanda é muito grande, a gente não tem tanto tempo como gostaria de ter. A gente poderia, por exemplo, ter discussões de casos com muito mais frequência.” (M3).

“[...] a falta de uma rede assistencial de saúde mental e de outros serviços importantes para que se alcancem os objetivos da Reforma Psiquiátrica, como a relação CAPS e PSF que está ainda incipiente aqui no município.” (M1).

“É óbvio que se houver um interesse e tempo disponível, o médico poderá se engajar em outras atividades, dentre elas as atividades grupais e atividades junto à comunidade. Porém, a grande demanda e o fato da própria população exigir uma medicação quando procuram o CAPS dificultam a substituição dos modelos.” (M2).

“Seria necessário se criar mais CAPS para se atender mais gente. O volume é muito grande.” (M5).

“O número de pacientes que entram no CAPS é muito superior ao dos que saem. Os pacientes têm muitos problemas sócio-habitacionais que os fazem prender por

mais tempo no CAPS. Não é só a medicação que os prendem no serviço, porque existem outros tipos de problemas que não são resolvidos; são complicações de ordens sociais e por isso eles ficam bastante tempo no CAPS.” (M7).

Várias dificuldades foram apontadas pelos médicos para a não concretude da modificação da prática clínica. Dentre elas destacam-se o excesso de demanda para o atendimento psiquiátrico e, conseqüentemente, para o serviço. Essa demanda excessiva promove a falta de tempo para a equipe médica, que se limita aos atendimentos individuais/ambulatoriais, impossibilitando-a de participar de outras atividades e de melhor interagir com os outros profissionais para a coparticipação na construção dos projetos terapêuticos; a cultura da medicalização bastante evidente nas populações assistidas, exigindo dos serviços um atendimento centrado em psicofármacos; dificuldade de alta dos usuários dos serviços substitutivos de saúde mental; a falta de uma rede articulada de saúde mental que consiga descentralizar o número de atendimentos no CAPS, a exemplo do matriciamento, que é uma ferramenta articuladora entre atenção primária em saúde e atenção especializada, determinando o atendimento dos casos leves de transtorno mental pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em âmbito local; e outros problemas identificados que ultrapassam a questão saúde e retratam dificuldades sociais e econômicas, determinantes/agravantes de adoecimento mental.

Sobre algumas dessas questões, nota-se a consciência da classe médica sobre a necessidade, a importância da participação de toda equipe de profissionais do CAPS (visão interdisciplinar) na construção do projeto terapêutico individualizado de cada usuário, porém a falta de tempo tem dificultado esse processo, pois “[...] não existe auto-suficiência no trabalho em saúde, do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários. Será sempre necessário o trabalho de vários profissionais operando em rede para resolver os problemas que surgem no cotidiano dos serviços de saúde”.^{12:462} Essa interação entre saberes e práticas de abordagem interdisciplinar ainda está restrita a poucos usuários, sendo factível somente diante de casos julgados pela equipe.

Outra dificuldade relatada é a deficiência da rede de cuidados para os portadores de transtornos mentais, o que recrudescerá a sobrecarga sobre o CAPS. Então, mudanças organizacionais são essenciais para a transformação dos modelos assistenciais, sejam elas pelas modificações nas proporções entre os diversos níveis de organização da produção dos serviços, como, por exemplo, a ampliação da rede básica de saúde, seja pelo estabelecimento das relações hierárquicas entre os níveis de complexidade tecnológica do

sistema de saúde, como estratégias de racionalização dos custos e organização da demanda. Essas mudanças proporcionam práticas mais adequadas aos problemas de saúde da população.¹⁴

Essa ampliação da rede básica de saúde é entendida pelos sujeitos da pesquisa mediante a articulação entre a ESF e o CAPS pelo matriciamento, que procura produzir saúde por meio de profundas reformas estruturais de forma a atingir um grau maior de resolutividade, favorecendo a desalienação dos trabalhadores de saúde em relação ao objetivo último de seu trabalho. Dessa forma, os departamentos especializados passam a ser horizontais, oferecendo apoio especializado às equipes interdisciplinares de referência. A especialidade (equipe do CAPS) vai até a Unidade Básica de Saúde (UBAS) e proporciona suporte à equipe de referência (equipe da ESF) na discussão de casos. Nessa linha, as equipes de referência são responsáveis por ampliar a clínica, realizar projetos terapêuticos a médio e longo prazo, promovendo, assim, o vínculo e a responsabilização, ao desviar a lógica de encaminhamentos desnecessários.^{15,16}

Por meio do apoio matricial, irão se distinguir as situações individuais e sociais comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe local e por outros recursos sociais da região, daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada da equipe de saúde mental.¹⁵

Por fim, ressalta-se nos achados que a prática clínica centrada nos binômios causa-efeito, doença-cura e medicalização-satisfação ainda está predominante no cenário social brasileiro, arraigada desde a formação profissional até a formação cultural dos usuários, os quais só se sentem satisfeitos com a conduta dos profissionais de saúde que prescrevem e medicalizam seus sintomas de ordem social/econômica/afetiva/biológica.

Para finalizar a discussão desenvolvida neste artigo, afirma-se que o contexto em que ocorre a transição do modelo de atenção à saúde é polissêmico, tendo em vista a pluralidade de sujeitos envolvidos e as diversas situações existentes no cotidiano dos serviços substitutivos de saúde mental, o que solicita formas de atuação que lhes sejam adequadas. Encontrar possibilidades singulares a cada pessoa, nas diferentes situações de suas vidas, pede a todo instante um olhar, uma escuta, uma relação horizontal e dialógica entre profissional de saúde/usuário/família, favorecendo uma (re)construção da prática clínica médica e o reconhecimento das subjetividades desses partícipes do processo de cuidar. Desse modo, a proximidade com a pessoa que sofre a experiência de transtorno mental coloca em confronto as diversas possibilidades interpretativas, interroga competências, pede sensibilidade do profissional e o entendimento de que o sofrer psíquico não pode ser visto como a ser

eliminado ou combatido, mas pode levar à redescoberta do real, da compreensão da experiência emocional de quem a sofre.¹⁷

Assim, compreende-se que a prática clínica médica passa por um período de transição que propicia o surgimento de estratégias de reformulação dessa prática, a exemplo da priorização das tecnologias relacionais na democratização do processo de cuidar e da interdisciplinaridade como facilitador e construtor de projetos terapêuticos singulares, a despeito de perdurar um atendimento ambulatorial e psicofarmacológico no CAPS. Contudo, desafios foram evidenciados no estudo, como a fragilidade da rede de saúde mental e a necessidade de articulação entre a ESF e o CAPS, mediante apoio matricial, favorecendo uma prática corresponsável e emancipatória do cuidado.

O grande desafio encontrado na pesquisa é a necessidade de uma reflexão da sociedade sobre a medicalização do sofrimento e do afeto. Tem-se preferido a abstenção dos sentimentos e das sensações, bem como o mascaramento dos problemas sociais e econômicos. Entretanto, entende-se que a cultura de prescrição de normas, condutas e psicofármacos não solucionará as necessidades de saúde, sociais, econômicas e emocionais da população. É preciso (re)construir uma sociedade que seja capaz de valorizar o ser humano na sua essência biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ci Saúde Coletiva*. 2005;10(3):549-60.
2. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2003 set/2004 fev;8(14):73-92.
3. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ci Saúde Coletiva* 2007;12(4):849-59.
4. Campos GW. *Saúde Paidéia*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
5. Prandoni RFS, Padilha MICS, Spricigo JS. A reforma psiquiátrica possível e situada. *Rev enferm UERJ*. 2006;14(3):357-65.
6. Carvalho RS, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(2):507-15.

7. Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP) [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
8. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.
9. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Matos RA. *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006. p. 459-74.
10. Jorge MSB, Randemafk NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Rev bras enferm*. 2006;59(6):734-9.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
12. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ci saúde coletiva*. 1999;4(2):621-8.
13. Pinto DM. *Tecnologias leves em saúde (acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia) na produção do cuidado em saúde mental e na construção do projeto terapêutico* [Monografia]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2009.
14. Pitta AMR, Rivera FJU. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2006 jul/dez;10(20):395-410.
15. Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. *Rev Saúde Soc*. 2004 set/dez;13(3):36-43.
16. Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005 jul/ago;13(4):591-5.
17. Teixeira C. Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira C, Solla JP. *Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA; 2006. p. 19-58.

Recebido em 16.7.2010 e aprovado em 12.8.2011.