

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

VINÍCIUS BATISTA VIEIRA

ESTIGMA, TRANSTORNOS MENTAIS E FORMAÇÃO MÉDICA: ESTRATÉGIAS
PEDAGÓGICAS PARA A SUPERAÇÃO DE BARREIRAS DE ACESSO ATRAVÉS
DO MATRICIAMENTO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RIO DE JANEIRO
MAIO DE 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

VINÍCIUS BATISTA VIEIRA

ESTIGMA, TRANSTORNOS MENTAIS E FORMAÇÃO MÉDICA: ESTRATÉGIAS
PEDAGÓGICAS PARA A SUPERAÇÃO DE BARREIRAS DE ACESSO ATRAVÉS
DO MATRICIAMENTO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada como requisito parcial do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB – UFRJ) para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

RIO DE JANEIRO
MAIO DE 2018

610

Vieira, Vinícius Batista

Estigma, transtornos mentais e formação médica: estratégias pedagógicas para a superação de barreiras de acesso através do matriciamento de Equipes de Saúde da Família. \ Vinícius Batista Vieira. Rio de Janeiro-RJ; 2018.

129f.

Orientador: Delgado, Pedro Gabriel Godinho

Dissertação (mestrado) – IPUB/UFRJ.

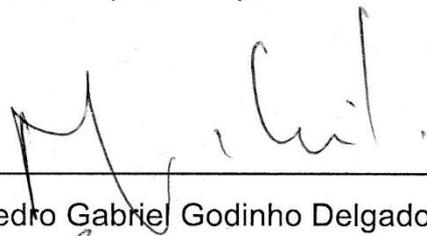
1. Estigma social 2. Saúde mental 3. Acesso aos serviços de saúde 3. Educação Médica 4. Atenção primária à saúde.

ESTIGMA, TRANSTORNOS MENTAIS E FORMAÇÃO MÉDICA:
ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS PARA A SUPERAÇÃO DE BARREIRAS DE
ACESSO ATRAVÉS DO MATRICIAMENTO DE EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA

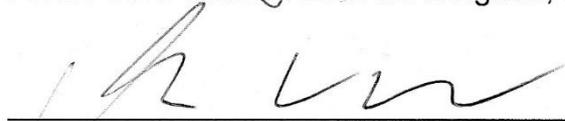
Vinícius Batista Vieira

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS
GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO INSTITUTO DE
PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE MESTRE EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

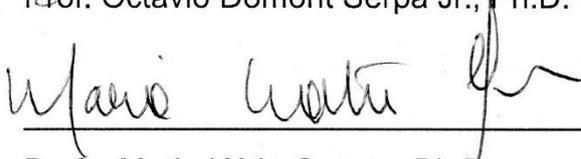
Examinada e aprovada por:



Prof. Pedro Gabriel Godinho Delgado, Ph.D.



Prof. Octavio Domont Serpa Jr., Ph.D.



Profa. Maria Kátia Gomes, Ph.D.

RIO DE JANEIRO

MAIO de 2018

Aos que lutam por um mundo mais justo.

AGRADECIMENTOS

Toda vez que eu dou um passo o mundo sai do lugar.
(Siba)

Dizer que o percurso até o fim do Mestrado foi longo e turbulento é, além de figura de linguagem, resumir os dois anos que estive com a vida dividida entre o Recife e o Rio de Janeiro. A conclusão desta etapa da jornada significa que os sonhos continuam sendo realizados, que o espírito de luta ganha força e que estão certos os caminhos escolhidos por mim. Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, cooperaram comigo nessa tarefa.

Agradeço a Deus como símbolo do cosmos que, misteriosamente, constrói destinos, promove encontros e desencontros e possibilita nosso crescimento espiritual. À natureza, que alimenta a alma e aos espíritos que iluminam nossos caminhos.

Ao meu pai e à minha mãe por ensinarem que o respeito a todo ser humano é inviolável. Pelo compromisso com a educação dos filhos e a forma amorosa de orientar. Pelo total apoio à decisão de fazer o mestrado, que me deixou seguro de que seria possível.

Aos meus irmãos pelo amor que compartilhamos, pela lealdade que aprendemos a cultivar e pela confiança em saber que existimos como um chão uns para os outros. Às minhas cunhadas por compartilharem a vida conosco. Ao meu sobrinho João por ensinar o amor pelo amor e mostrar a capacidade que temos de renovação.

À toda minha família, principal responsável pelo que sou.

Ao pessoal da Pangeia, família unida pelo destino, pela forma incrível que compartilhamos os momentos de alegria, por nos deixarmos inquebráveis nos de dificuldades e pelo crescimento que nos proporcionamos em nossas trocas. Em especial à Carla por juntos termos desbravado esse Mestrado.

Aos amigos e amigas pelo apoio, por tolerar as ausências e por tornar os encontros momentos de felicidades e colo. Aos amores por serem um afago nos dias duros.

Ao meu orientador, Professor Pedro Gabriel, pela confiança no trabalho, pelas ideias geniais, pela forma tranquila como conduziu o processo, por ter me ensinado a fazer pesquisa com prazer e pelo compromisso com a justiça social.

Aos professores do mestrado pelo engrandecimento técnico e pessoal que proporcionaram, em especial à Professora Cristina Ventura com sua força para o trabalho e para a luta antimanicomial.

Aos professores Erotildes Maria Leal e Octávio Dumont de Serpa Júnior, que contribuíram imensamente para o trabalho nas argumentações da banca de qualificação. Novamente a eles e aos professores Maria Kátia Gomes e Manoel Olavo Loureiro Teixeira, que gentilmente aceitaram convite para serem membros da banca de defesa deste trabalho.

Aos colegas do Mestrado pela leveza e animação que marcou nossa convivência. Em especial a Alessandra, Fernanda, Mônica, Sarah e Tatiana, amigas para além dos muros do IPUB. A Melissa e Daniela do NUPPSAM pelo carinho e apoio.

Aos colegas militantes da RAPS de Pernambuco pelos ensinamentos, por compartilhar vitórias e desafios e demonstração de força na luta por uma vida melhor para as pessoas com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de drogas. Em especial às amigas Cintia Mota e Cynthia Monteiro, fundamentais para minha formação e para a execução dessa pesquisa.

Às pessoas que direta ou indiretamente participaram da pesquisa.

Por último, e mais especial, às pessoas que convivem com transtornos mentais por ensinar diariamente a duvidar das certezas da vida; pela força para a superação das inúmeras dificuldades e pela vontade de viver mesmo que em um mundo que as rejeita. Que este trabalho possa ser ao menos uma mínima contribuição para melhoria de suas vidas.

LISTA DE SIGLAS

CAA/UFPE - Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HCPE - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

HEPR - Hospital Escola Portugal Ramalho

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PBL – Problem-based learning

PET-RAPS - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede de Saúde Mental

PNAB - Programa Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

TMFC - Tratado de Medicina de Família e Comunidade

UNCISAL - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

USF - Unidade de Saúde da Família

IDH - Índices de Desenvolvimento Humano

PMM - Programa Mais Médicos

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Ferramentas para contatos terapêuticos culturalmente sensíveis

Quadro 2 – Exemplos de ações de apoio matricial na área da saúde mental

Quadro 3 – Abordagens metodológicas

Quadro 4 – Roteiro de observação do campo de pesquisa

Quadro 5 – Ficha auxiliar de discussão

Quadro 6 – Contexto

Quadro 7 – Conceito x *habitus*

Quadro 8 – Habilidades x *habitus*

Quadro 9 – Atitudes x *habitus*

RESUMO

A Reforma Sanitária conduziu uma reorientação no campo da saúde e desde então, o papel do médico tem sido repensado. A universalização do acesso à saúde ampliou a diversidade da clientela, exigindo mudança nas relações sociais do médico (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012). Dentro desse contexto, a Reforma Psiquiátrica protagonizou um expressivo avanço na transformação paradigmática da atenção à saúde no Brasil. Com isso, pessoas com transtornos mentais e abuso de substâncias tornaram-se frequentadoras dos serviços de saúde. A literatura tem evidenciado o estigma como uma barreira importante ao cuidado em saúde de alguns grupos sociais, entre eles estão as pessoas com transtornos mentais e as que consomem drogas (THORNICROFT, 2006). Em um estudo que realizou grupos focais sobre o estigma com usuários da saúde mental na Inglaterra, dois terços dos participantes citam a necessidade de os médicos de família passarem por sessões educativas para diminuir a discriminação (THORNICROFT, 2006). Thornicroft (2006) dedica parte do seu livro *Shunned – discrimination against people with mental illness* para falar sobre a importância de haver estratégias educativas para desconstruir conceitos errados sobre as pessoas com transtornos e minimizar os efeitos do estigma. Com o objetivo de observar o estigma como barreira de acesso e de discutir estratégias pedagógicas na formação médica para superação desse problema, foi realizada observação participante nas atividades de matriciamento na Rede de Atenção Psicossocial de um município da Região Metropolitana do Recife – PE. A observação incluiu uma estratégia educativa aplicada com participação de médicos da Estratégia de Saúde da Família. No material obtido, pode ser observado o estigma como possível gerador de barreira de acesso pela identificação de competências médicas marcadas pelo estigma. A análise do material permitiu reflexões acerca: da atuação dos participantes em contextos territoriais de violência e vulnerabilidade social; da insegurança dos profissionais para atuar na área da saúde mental; da visão e utilização médica de benzodiazepínicos; da postura dos participantes diante do assunto de álcool e outras drogas; e do matriciamento como espaço para enfrentar o estigma e contribuir para a formação profissional em saúde mental.

Palavras-chave: Estigma social, saúde mental, acesso aos serviços de saúde, educação médica, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Brazilian Health Care Reform led to a reorientation in the field of health. Since then, physician's way of work has been rethought in healthcare. The universalization of access to health has widened the diversity of the clientele, requiring a change in the physician's social relations (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012). Within this context, the Psychiatric Reform led to a significant advance in the paradigmatic transformation of mental health care in Brazil. With this, people with mental disorders and use of substance abuse have become attending health services. The literature has highlighted stigma as an important barrier to the health care of some social groups, including people with mental disorders and those who consume drugs. In focus groups on stigma, people with mental disorders have stated that family doctors need to have educational sessions to reduce discrimination (THORNICROFT, 2006). Thornicroft (2006) devotes part of his book *Shunned-discrimination against people with mental illness* to talk about the importance of educational strategies to disrupt misconceptions about people with disorders and minimize the effects of stigma. Aiming to observe stigma as barrier for primary care and to discuss pedagogical strategies in medical education to overcome this problem, a participant observation was carried out in activities of matrix support in mental health in the metropolitan area of Recife – PE. The observation included an educational strategy applied for doctors of the *Estratégia de Saúde da Família* (Family Health Strategy). In the material of research, stigma could be considered as a possible cause of access barrier, by identification of medical competences with signals of stigma. The analysis of research material allowed reflections about: the proceeding of participants in territorial contexts of violence and social vulnerability; the insecurity of professionals to assist mental health demand; the vision and medical use of benzodiazepines; the participants' posture regarding the subject of alcohol and other drugs; and matrix support as strategy to confront stigma and to train professional in mental health.

Keywords: Social stigma; mental health; health services accessibility; medical education; primary health care.

SUMÁRIO

Capítulo 1 – Introdução: sobre o desejo de enfrentar o estigma	12
Estigma e formação	14
Formação para a atenção psicossocial	19
A pesquisa	24
Objetivos da pesquisa	27
Capítulo 2 – Referencial teórico: o estigma como barreira de acesso e a formação como estratégia para problematizar o <i>habitus</i> envolvido no cuidado da Estratégia de Saúde da Família.....	29
2.1 estigma como barreira de acesso à saúde	30
2.2 Estratégia de Saúde da Família e formação médica	36
2.3 o conceito de <i>habitus</i>	46
Capítulo 3 – Campo da pesquisa	49
3.1. O contexto	49
3.2. O método	57
3.3. A observação do campo	63
3.4. A estratégia educativa	65
Capítulo 4 – Resultados e discussões	74
4.1 Diário de campo	74
4.2 A estratégia educativa	79
1) Contexto	81
2) Conceitos	91
3) Habilidades	98
4) Atitudes	101
Capítulo 5 – Conclusões e considerações finais	107
Capítulo 6 – Referências	113
APÊNDICE 1	120
APÊNDICE 2	123
APÊNDICE 3	126
APÊNDICE 4	127
APÊNDICE 5	130

Capítulo 1 – Introdução: sobre o desejo de enfrentar o estigma

Este trabalho é direcionado aos trabalhadores com atuação na atenção psicossocial, o que inclui a atenção primária. Tem como tema primário o estigma relacionado às pessoas com transtornos mentais e às que fazem uso de drogas, tema amplo e bastante estudado. A inserção do pesquisador no campo de pesquisa, como será descrito mais abaixo, dirigiu o trabalho para o estudo da formação como estratégia para superar os efeitos do estigma na relação institucional entre a atenção primária à saúde e essa população.

Dessa maneira, este trabalho não se interessa pelo estigma isoladamente, tampouco se interessa pela formação ampla em saúde mental. Ocupa-se mesmo de refletir sobre o que do estigma se relaciona com a formação e o que da formação se relaciona com o estigma, tendo como contexto a formação médica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Questiona ainda sobre as possibilidades do ensino médico no enfrentamento ao estigma como barreira de acesso na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A literatura, aprofundada mais adiante, é clara quando demonstra que o estigma tem relação com barreiras ao cuidado em saúde da população com transtornos mentais (TORNICROFT, 2006).

A ideia inicial do pesquisador era focar no campo das drogas ilícitas pelo interesse nas especificidades do estigma à população que as consome e pelo crescente investimento do poder público no tratamento excludente dessas pessoas em comunidades terapêuticas. Prova disso é o financiamento de vinte mil vagas em Comunidades Terapêuticas previsto na política de saúde mental do governo Temer lançada no final de 2017. Porém, nas observações de campo, a estigmatização dos transtornos mentais de uma forma geral apresentou força suficiente para justificar a ampliação do tema sem se afastar dessa ideia inicial. No título e no texto que segue, o termo “transtornos mentais” faz referência também aos problemas relacionados ao uso de substâncias.

O estigma relacionado ao transtorno mental nos territórios é uma preocupação para os trabalhadores engajados na atenção psicossocial e reabilitação psicossocial. A necessidade desse estudo partiu da percepção clínica do pesquisador no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) na Região Metropolitana do Recife – PE, em contato com o território e em atividades de matriciamento com equipes de saúde da família.

Em inúmeras situações, o pesquisador questionava as consequências clínicas da exclusão social produzida contra essa população.

Além disso, quando o estigma é percebido na Estratégia de Saúde da Família (ESF), isso se torna um problema para o cuidado em saúde, pois a ESF cumpre no Sistema Único de Saúde (SUS) o papel de articulador de rede e de gestão de cuidado da população com um olhar integral. Existindo estigma institucional produzido por esses serviços, as pessoas reconhecidas como tendo transtornos psíquico e uso problemático de drogas podem ser prejudicadas.

Profundamente estudado nas ciências sociais, o termo estigma foi criado pelos gregos e fazia referência a sinais corporais que sinalizavam status moral depreciado de uma pessoa às outras, que deveriam evitar essas pessoas estigmatizadas (GOFFMAN, 2008).

Em *Estigma – notas sobre a manipulação deteriorada*, Goffman (2008) argumenta que o processo de estigmatização envolve mecanismos de reconhecimentos de características que funcionam como um divisor entre o “normal” e o “fora do normal”, podendo assumir simbolicamente um sentido de separação entre o ser humano e o ser para-humano:

Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminação, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando alguma vez uma animosidade baseadas em outras diferenças, tais como as de classe social. (GOFFMAN, 2008. p. 8)

No processo de estigmatização, a característica estigmatizada toma toda a atenção em detrimento dos atributos totais do indivíduo (GOFFMAN, 2008). A presença de um diagnóstico de transtorno mental, por exemplo, anula a subjetividade global de um indivíduo. A base da clínica psicossocial no Brasil faz referência à necessidade de “colocar o transtorno mental entre parênteses”, isto é uma tentativa de contornar o problema do estigma.

Os estigmas são compartilhados entre as pessoas de uma mesma cultura de forma que parece haver uma transmissão (aprendizagem) de formas de pensar e agir quando diante de pessoas com determinadas marcas (TRONICROFT, 2006). Então, as estratégias de ensino para desconstruir o estigma devem levar em consideração o conjunto de aprendizagens informais (socioculturais) que o educando traz como bagagem de suas experiências com a loucura e com o uso de drogas. Quando

focamos o médico enquanto sujeito do processo de ensino aprendizagem, espera-se que a graduação transforme essas aprendizagens adquiridas nos espaços informais, já que esse profissional vai ter uma relação específica com os transtornos mentais que difere da população em geral: a relação de cuidado em saúde exercida sem nenhum tipo de discriminação (CFM, 2009).

Estigma e formação

O inciso I do primeiro capítulo do Código Brasileiro de Ética Médica (CFM, 2009) traz como um dos princípios fundamentais o exercício da profissão livre da discriminação de qualquer natureza. É uma imposição ética ambiciosa ao se analisar o médico ou a médica em sua perspectiva humana e perceber que o estigma - em suas variadas formas - está contido no conjunto cultural construído em suas vivências pessoais. Exige, assim, dos cursos de formação médica capacidade para transformar conceitos, habilidades e atitudes com raízes na cultura.

O Tratado de Medicina de Família e Comunidade discute a necessidade de o médico de família ter *competência cultural*, a competência para atuar diante de pessoas e comunidades com culturas diferentes para que isso não se torne uma barreira de acesso (TARGA; OLIVEIRA, 2012, p.52-59).

Neste estudo, para diferenciar as aprendizagens culturalmente adquiridas daquelas obtidas na formação médica, o conceito de *habitus*, explorado com mais detalhes adiante, de Pierre Félix Bourdieu (2007), contribuiu para distinguir o *habitus primário* – relacionado com as aprendizagens informais – do *habitus secundário* – que foi relacionado à formação médica.

Pensando sobre a questão da construção (pela cultura e pela experiência) e da desconstrução (pela experiência educativa) do estigma, fui remetido às minhas experiências de vida no contato com a loucura, percebi preconceitos e me questioneei sobre o meu processo de desconstrução dos estigmas. Nesse período de realização da pesquisa, algumas memórias foram resgatadas, incluindo um contato na infância – talvez o primeiro contato – com alguém com transtorno mental.

Quando passava férias numa pequena cidade do sertão de Pernambuco, frequentemente via um homem que vivia em situação de rua, era “famoso” em sua cidade e tinha um apelido do qual não me recordo. Era sabido que se o chamassem por seu apelido, não gostava e se tornava hostil, pegando pedras para jogar em seu

algoz. Não sei como aprendi tal atitude (provavelmente observando outros), mas algumas vezes “brinquei” de chamá-lo pelo apelido para vê-lo furioso. Lembro que havia uma busca por ver o comportamento agressivo dessa pessoa e uma reação de medo de minha parte.

O contato com a loucura me provocava curiosidade e medo. Não tenho consciência de como esse fato influenciou na minha escolha de trabalhar com a loucura ou como influencia atualmente na forma como entendo e lido com essa questão. Porém, sinto o meu percurso formativo como catalizador das transformações ocorridas de um menino zombador para um médico interessado no cuidado das pessoas com transtornos mentais com respeito à dignidade humana e ao direito à autonomia e ao protagonismo delas.

No capítulo sobre o campo de pesquisa, um outro caso será descrito para facilitar a contextualização do campo: o caso da Amina de Porto (nome fictício). Ela é também uma desses casos famosos no território por ter atitudes agressivas. Após anos de formação, a postura deste pesquisador, em contato profissional com Amina pode ser exemplo dessa transformação.

Desde a adolescência fui interessado em ler revistas sobre a mente e os transtornos mentais, mas a próxima experiência com pessoas com transtornos aconteceu no terceiro ano de Medicina. Muito tempo depois desse contato na infância/adolescência, já enquanto estudante da UNCISAL (Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas), decidi prestar concurso para estágio extracurricular do Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), um hospital psiquiátrico ligado à UNCISAL e referência estadual para emergências e internações psiquiátricas.

Os sentimentos de curiosidade e medo fazem parte das lembranças dos primeiros dias de estágio, que durou 2 semestres no setor de emergência. Fiz mais um semestre adicional para aqueles com interesse em psiquiatria, rodando na assistência das enfermarias, ambulatórios e em dois serviços de hospital-dia acoplados ao Hospital.

Ao longo dos anos de formação como médico, presenciei muitas posturas estigmatizantes contra pessoas com transtornos mentais nas aulas práticas e estágios – dentro e fora do hospital psiquiátrico. Esse tema nunca foi abordado em aulas ou discussões, mas, mesmo sem saber teorizar acerca do problema, era possível identificar que algumas marcas interferiam na relação estabelecida entre usuários e as instituições de cuidado.

Uma das experiências marcantes no estágio do Portugal Ramalho foi a minha primeira relação terapêutica com uma paciente internada. Ela estava no hospital psiquiátrico devido a um surto psicótico e era mantida no setor de observação psiquiátrica (setor para os casos de maior agitação psicomotora) por ser infectada pelo vírus do HIV – e não pelo seu grau de agitação. Não tinha direito ao espaço de convivência e isso era um problema para nossa relação, pois acreditava que eu tinha poder de determinar sua liberação para o pátio.

Esse não é diretamente o estigma em foco no estudo, mas uma breve descrição desse caso pareceu oportuna por se tratar da primeira paciente que acompanhei enquanto graduando e com quem experimentei a primeira relação terapêutica. Fazer esta pesquisa recordou o incômodo com a discriminação sofrida pela usuária e a preocupação em discutir isso. Tive a oportunidade de levar a questão para a direção do hospital, que se mostrou compreensiva com minhas preocupações, mas pouco se pôde fazer para mudar a situação da paciente e me senti frustrado. Hoje percebo que não houve, naquele estágio hospitalar (hospital psiquiátrico), valorização dos aspectos subjetivos do processo de ensino. Sem lugar para conversar sobre minhas angústias e meus sentimentos transferenciais, logo deixei de acompanhar a paciente.

A graduação com foco biomédico tende a afastar o médico dos sentimentos diante de situações vividas na relação médico-paciente (BRANCO; FREITAS; CANTARELLI, 2012, p.152-158) e, com formação tradicional, não houve na minha graduação nenhum espaço sólido para ensinar a lidar com situações como aquelas. Afastar-me da paciente foi a solução encontrada para lidar com o sentimento de frustração. Nessa passagem da minha história formativa, a inabilidade para lidar com os sentimentos levou a uma ação de abandono sem grandes consequências para o cuidado porque, como estudante, pude optar por não atendê-la. Quando a desvinculação não é tão simples, como no contexto da saúde da família, é possível que os conteúdos afetivos levem a ações defensivas por parte de médicos, na intenção – nem sempre conscientemente percebida – de evitar usuários com algumas características.

O TMFC reserva um capítulo sobre grupos Balint e discute a importância da teoria e da técnica de Balint para os profissionais que atuam na saúde da família. Michael Balint estudou a relação médico-paciente e sua interferência na prática clínica. Desenvolveu categorias teóricas (o médico como droga, organização da doença, oferta da doença, conluio do anonimato e função apostólica) e uma técnica

grupais capazes de contribuir positivamente para a relação do médico generalista com seus clientes (BRANCO; FREITAS; CANTARELLI, 2012, p.152-158).

Dentre essas categorias, *o médico como droga* (BALINT, 2005) interessa diretamente a este trabalho por se alinhar com a ideia de que o médico, a depender de sua atitude, pode desempenhar função simbólica de medicamento ou de veneno. Então isso não é novidade para a prática médica. Neste trabalho se espera entender especificamente os sentimentos relacionados ao estigma e que relação isso faz com barreiras de acesso à saúde e discutir a formação médica enquanto estratégia para minimizar esse problema.

Vivenciei outras experiências nesse estágio; aprendi psicopatologia, a escutar histórias e estabelecer vínculos com os pacientes. Com o tempo, o medo diminuiu, mas quando andava pelo pátio do hospital, nunca deixei de olhar para trás para ver se alguém ameaçador se aproximava. Na faculdade e nos estudos individuais, entrei em contato com literatura sobre a prática da psiquiatria em Hospital Geral, como o livro de Neury Botega (BOTEGA, 2006) e era inevitável comparar minha experiência no hospital especializado com a promessa de um espaço de cuidado mais humanizado em enfermagem de hospital geral.

Porém, ainda antes de terminar o estágio extracurricular, pude passar pelos hospitais-dia ligados a UNCISAL, situados no mesmo prédio do HEPR, mas com entrada principal independente dele. Resgatando essas memórias, percebo que essa etapa do estágio é crucial para o que viria depois: a escolha por fazer residência em hospital geral e em seguida o caminho para chegar na atenção psicossocial. Acompanhando a Dra. Paula Vilhena em um atendimento de rotina a um senhor de cerca de 55 anos, surpreendi-me ao saber do seu diagnóstico de esquizofrenia. A aparência, o curso do pensamento e a afetividade eram diferentes dos casos em crise ou crônicos conhecidos no hospital psiquiátrico.

Na passagem pelo hospital-dia, pude constatar casos de boas recuperações da psicose, contribuindo para uma mudança na minha visão do transtorno mental e para a decisão de ser um psiquiatra para fora do hospital psiquiátrico.

É importante neste momento parar para perceber que as experiências por si podem ter caráter formador. A depender de como seja a experiência em saúde mental na formação do profissional, os conceitos relacionados a esse campo podem ser distintos, promovendo habilidades e atitudes distintas. Assim, pensamos ser

importante um ensino de saúde mental propício às experiências comprometidas com desconstruir o estigma.

Devido à experiência na graduação com o hospital psiquiátrico e sua forma de cuidar, priorizei fazer residência médica no contexto de hospital geral. Dessa forma, ter passado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HCPE) atendeu a esse anseio e até superou minhas expectativas em muitos sentidos apesar de ter deixado a desejar em outros. Diversos preceptores brilhantes com diversidade de visões da psiquiatria contribuíram para meu aprendizado de uma psiquiatria clínica que preza pelas individualidades como norteador da clínica e faz uso comedido de medicações com uma visão humanizada das pessoas. Em especial o Professor Dr. Tácito Medeiros deixou sua marca questionadora em relação ao modo como caminha a psiquiatria moderna e ensinou o valor da autonomia e do protagonismo das pessoas que atendíamos.

Com um currículo baseado em ambulatório e enfermaria para agudos em hospital geral que praticamente se auto alimentavam, a residência propiciava pouco contato com a realidade territorial, mas proporcionava aprendizado de cuidado com valorização do vínculo, com humanismo e individualidade.

Entre as atividades da residência em psiquiatria inserida no hospital geral, é comum a interconsulta em enfermarias de outras especialidades. Quando convocados a atender pessoas com transtornos mentais fora do ambiente da saúde mental, o trabalho, na maioria das vezes, consistia em diagnosticar e tratar possíveis transtornos mentais e orientar os profissionais da equipe. Eram frequentes muitos comportamentos negativos dos profissionais no cuidado desse público, principalmente quando o comportamento era tido como desordenador da rotina da enfermaria ou havia uso de drogas ilícitas.

Mais uma vez o estigma se apresentava como uma preocupação e como uma questão a ser superada pelo bom andar da clínica, do cuidado do sujeito com transtorno mental. O estigma era sempre uma questão a ser trabalhada com as equipes das enfermarias para melhorar a relação profissional-usuário. Nas supervisões com a preceptoria, todos os residentes relatavam situações em que a discriminação era evidente e obstáculo para o cuidado. Muitas vezes outras clínicas solicitavam transferências de pacientes fora de quadros agudos para a enfermaria de saúde mental, simplesmente por ter diagnóstico de transtorno mental. Havia, então,

uma necessidade de orientar as equipes de outras enfermarias sobre o cuidado com esses usuários.

Formação para a atenção psicossocial

A noção de interferência do estigma no cuidado integral às pessoas com transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas tomou uma outra dimensão quando, após a residência, iniciei meus trabalhos no CAPS II do Município de Ipojuca – PE. No contexto do trabalho comunitário, o estigma apareceu não apenas como empecilho ao cuidado, mas como entrave a política pública nacional para a garantia da cidadania e autonomia dessas pessoas. Ao estar mais próximo da realidade, as preocupações com a falta de cidadania e baixo poder de autonomia passavam a fazer mais sentido e a exigir novas posturas, como já afirmado anteriormente.

Diante disso, fica notável a importância do caráter político da clínica psicossocial (DELGADO, 2007; RAUTER, PASSOS & BENEVIDES, 2002), pois há uma exigência da clínica pela superação das barreiras sociais à inserção das pessoas com transtornos. Dentre as ações políticas, garantir acesso à saúde na ESF exige ações pedagógicas para transformar a relação entre profissionais e usuários e o matriciamento é um importante recurso para efetivação dessa clínica política (ATHIÉ et al, 2013).

Fora de um hospital de ensino, a tarefa de educar os profissionais da atenção primária para o cuidado em saúde mental faz parte do papel das equipes especializadas nesse campo. Em contato com os médicos das ESF, percebeu-se que a formação em medicina não contribui para uma relação adequada entre médicos e pessoas com transtornos mentais, sendo comuns os relatos de medo, de falta de conhecimento em saúde mental, de não saber lidar com essa população, entre outras queixas que levam a graus variados de dificuldades na assistência.

A formação médica no Brasil vem passando por uma mudança de caráter epistemológico, com objetivo de adequar o egresso às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios (FALK; GUSSO; LOPES, 2012, p.12-18). A nossa escolha de focar o olhar desta pesquisa no médico também encontra sentido nessas transformações. As atuais diretrizes curriculares da profissão, como será explorado mais adiante, dirigem as escolas médicas para a formação de egressos cada vez mais aptos a atuarem no contexto do SUS.

Desde o processo de redemocratização da sociedade brasileira na década de 80 e da transformação do modo de pensar a saúde, a Reforma Sanitária, a partir da luta de trabalhadores e usuários, forçou uma reorientação política, ética e clínica no campo da saúde. Desde então, o papel do médico tem sido repensado. O novo paradigma da saúde impôs desafios a esses trabalhadores acostumados com uma atividade predominantemente hospitalar. A universalização do acesso à saúde ampliou os espaços de atuação médica e a diversidade da clientela atendida pelo profissional, exigindo mudança nas relações sociais do médico, que, no cuidado de base comunitária, entra em contato com populações de culturas diversas.

A ênfase em um cuidado de saúde com base comunitária, buscando a integralidade, requereu-lhes novas competências para lidar com a realidade, já que o modelo de pensamento e atuação exclusivamente biomédico e hospitalar não é capaz de dar respostas às novas demandas desse campo do trabalho.

No caso do pesquisador, graduado em um curso com currículo tradicional e com residência de psiquiatria em hospital geral, a prática clínica aprendida nesses espaços contribuiu em muitos aspectos para a prática na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas mostrou-se insuficiente diante da realidade do território. Enquanto clínico, precisou buscar transformações em suas competências para trabalhar nesse contexto. O Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial surgiu em um momento de desejo por aprofundar e formalizar a formação em Atenção Psicossocial.

Dentre as mudanças exigidas para um psiquiatra que trabalha no território, o trabalho em rede solicitou habilidades de comunicação com outros profissionais não acostumados com a demanda da saúde mental; comunicação com intuito clínico e pedagógico – conforme demanda o matriciamento. Casos de pessoas com transtornos mentais crônicos, como as esquizofrenias, em contato com a Estratégia de Saúde da Família desafiam os profissionais especializados em garantir o direito do cidadão a um atendimento integral na atenção primária. Esta pesquisa nasce com a observação clínica e sanitária do território e com o desenvolvimento de estratégias da equipe do CAPS para lidar com esse problema.

Tentando minimizar essa barreira, em 2015, o CAPS resolveu apostar no matriciamento e sistematizar a relação com a Estratégia de Saúde da Família. O matriciamento no município era frágil, havia uma única equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), insuficiente para o território. O contato entre o CAPS II e

equipes de saúde da família era até então limitado às situações de “apagar fogo”. Porém, preocupada com as barreiras à reabilitação psicossocial dos usuários mais graves, a equipe do CAPS decidiu organizar o matriciamento, tendo a formação em saúde mental das equipes de atenção primária como objetivo principal. Por isso, a educação como meio para superar a barreira tornou-se, ao lado do estigma, o segundo tema central da pesquisa.

O território campo deste estudo tem peculiaridades discutidas em capítulo específico. Em relação aos avanços da política de saúde mental nele, o protagonismo dos trabalhadores se destaca; assim, é importante contextualizar o processo de construção dessa RAPS, pois só tem sido possível pelo engajamento de trabalhadores da saúde mental, conscientes da importância do trabalho em rede para o cuidado da população com transtornos mentais e em uso de drogas (IPOJUCA, 2011). Esse contexto também é pertinente porque nessa RAPS o pesquisador entrou em contato com a atenção psicossocial e considera sua experiência importante para sua formação – fundamental para sua forma de pensar e agir em sua prática. A atenção psicossocial é uma clínica com características diferentes das aprendidas em sua formação médica, exigindo dele novas aprendizagens.

A construção da RAPS no território se confunde com a construção do CAPS II desde 2011. Iniciei meu trabalho em 2014, após término da residência em psiquiatria, mas o relato daqueles que trabalharam nesse processo de construção é fundamental para compreensão de certos aspectos do CAPS. O Projeto terapêutico Institucional do serviço consta na literatura branca da pesquisa por contribuir com essa reflexão (IPOJUCA, 2011). Nomeados em concurso no ano de 2010 para trabalharem em Centro de Atenção Psicossocial, 6 psicólogas e psicólogos perceberam logo que o trabalho seria longo. Não havia o entendimento da gestão sobre a necessidade desse serviço e os trabalhadores se esforçaram em negociar a abertura do serviço.

De início esses profissionais foram lotados numa policlínica, onde tinham como atribuição atendimentos ambulatoriais aos usuários. Não contentes com a forma de trabalho e desejosos por construir uma rede de saúde mental, eles juntaram esforços, construíram um projeto e foram negociar com a gestão. Pode-se dizer que o serviço nasceu apesar da gestão, já que a permanência desses trabalhadores em atividades ambulatoriais interessava mais aos gestores. No relato daqueles que vivenciaram essa fase, a lei 10.216/01 (BRASIL, 2001) foi fundamental nos diálogos com a

secretaria de saúde, sendo ferramenta para disputa por garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Esse espírito de luta permanece vivo na busca por uma assistência de qualidade, pelo cuidado integral comunitário das pessoas com transtornos mentais, por uma construção de rede de cuidado e pela qualidade de vida das pessoas do município. Esse aspecto político da clínica não é ensinado nos currículos tradicionais, mas é essencial para o avanço da clínica preocupada com a inclusão social.

Os dispositivos CAPS enquanto ordenadores do cuidado territorial em saúde mental dialogam com a ESF e com as redes de saúde e com diversos outros setores fora da saúde para garantia de cuidado e de cidadania à sua população adscrita (BRASIL, 2002). A tarefa clínica de incluir socialmente – com protagonismo do usuário – encontra entraves na estigmatização social e requer competências do clínico da atenção psicossocial para contornar esse problema.

Pensando além das diretrizes políticas organizadoras do sistema de saúde e indo em direção à prática real de cuidado, é importante pôr em evidência que essas relações interinstitucionais ocorrem através dos recursos humanos. Ao colocar o trabalhador no centro dessas reflexões, não se pretende cair no reducionismo de responsabilizá-los pela desassistência, pois a questão é mais complexa e envolve vieses mais amplos, como a ideia social da loucura, a compreensão do processo de saúde e doença, as experiências individuais e coletivas, as características territoriais, o modo como as políticas de saúde são aplicadas pelas gestões, entre outros.

A decisão de pôr o trabalhador – em seu processo de formação – no centro da questão considera que cada indivíduo age influenciado por pressupostos sociais e culturais – muitas vezes inconscientes – levando-nos a pensar no conceito de *habitus* proposto por Bourdieu, já citado. Os pressupostos sociais relacionados à loucura podem levar a ações que acarretem barreira de acesso por profissionais de saúde. Perguntamos como o estigma está relacionado com o *habitus* e como estratégias pedagógicas podem intervir nessa relação entre esses conceitos (adquiridos a partir da cultura, das experiências pregressas e dos espaços formais de formação) e as habilidades e atitudes profissionais.

Por força do método científico, exigindo delimitação do campo de pesquisa, decidiu-se focar nos trabalhadores médicos das ESF. As transformações que vem sofrendo a formação desse profissional no Brasil, principalmente após o Programa Mais Médicos, e a atuação paralela do pesquisador como professor em um curso de

graduação em medicina embasaram o interesse em estudar as especificidades da formação médica.

Além disso, formado a partir de um currículo tradicional, o pesquisador sente ter passado por uma transformação exigida pela especificidade da atuação no contexto do cuidado comunitário. As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina (2014) almejam um médico com compreensão dos determinantes sociais da saúde: o que isso pode significar no campo da saúde mental?

Sob o ponto de vista pedagógico, as Diretrizes de 2014 consideram a aprendizagem por competências – conhecimentos, habilidades e atitudes. Como este trabalho busca meios pedagógicos para transformar essas competências, esses temas serão usados durante todo o trabalho. Com intenção de estudar esse contexto de transformação de modelos curriculares, o estigma pode servir de guia para as possibilidades de os métodos educativos interferirem nas competências, por isso, a análise do material de pesquisa baseou-se na divisão metodológica e pedagógica do conteúdo analisado por essas competências.

As DCN preocupam-se também com a formação continuada de médicos. Desse modo, não é estranho que este trabalho traga uma interface entre elas e o matriciamento. O cenário principal deste trabalho é o matriciamento, o contato entre equipe especializada e equipes de atenção primária. A principal preocupação é como melhorar a assistência da população com problemas de saúde mental e de uso de drogas no contexto comunitário. O estigma sempre foi citado pelos profissionais do CAPS como uma das causas de barreira de acesso dessa população aos serviços em geral.

A formação em serviço pareceu ser um caminho para a superação desse problema. O matriciamento é uma ferramenta que abre caminho para o ensino em serviço; assim, este trabalho assume a importância dessa ferramenta como estratégica para enfrentar o estigma. Deve-se considerar que não pode haver atividade matricial que não se preocupe com o estigma e com sua superação. Para este pesquisador, o enfrentamento ao estigma tem caráter ético para a atenção psicossocial.

Ao atender casos em conjunto, ao discutir casos, situações ou temas, o clínico da atenção psicossocial em atividade de matriciamento deve estar preocupado com inserção social; deve, então, estar atento às competências dos profissionais da

atenção primária para os atendimentos das demandas da saúde mental e se elas afastam a população do cuidado em saúde devido ao estigma. Para citar alguns exemplos, sinais como: 1) conceitos deturpados que associam o transtorno mental à violência, à incapacidade de ter vida social e de transitar nos territórios, etc.; 2) ações de resistência de profissionais, inclusive médicos, em atender essas pessoas em suas demandas de saúde e 3) atitudes de minimização de problemas sérios como dependência a drogas, medicalização e tentativas de suicídio, devem ser problematizados.

Como já dito, tais formas de pensar e agir – que estamos denominando “competências” devido ao caráter pedagógico desse trabalho – fazem relação com a história pregressa de cada profissional, incluindo a sua experiência própria com a loucura e os elementos assimilados culturalmente. Cada indivíduo tem sua história com a loucura; história individual e história cultural que interferem em nossos conceitos sobre a loucura e são, conseqüentemente, refletidos em atos e sentimentos. Esse conjunto de competências se relaciona com o conjunto de esquemas inconscientes que ditam as ações humanas, chamado por Bourdieu de *habitus*.

A formação deve ser entendida como um processo e a palavra “processo” denota ação continuada. Se pensamos a desconstrução de estigmas a partir do ensino aprendizagem, deve-se levar em consideração que ela ocorre processualmente e de forma contínua. Por exemplo, numa sociedade culturalmente racista, desconstruir o racismo exige um esforço para renovação de competências (para usar o termo pedagógico) e requer uma forma de autoavaliação constante dessa relação entre estigma construído e a desconstrução do estigma. Requer uma ação constante de observar pensamentos e atitudes preconceituosas e problematizá-las para transformá-las.

A pesquisa

É sobre o papel pedagógico com intenção de desconstruir o estigma que este trabalho se debruça. Objetivo complexo exige cautela na escolha da literatura, pois o estigma já é tema bastante explorado de diversas maneiras pela antropologia (relacionada ou não com a saúde) e a pedagogia é constituída de um arcabouço teórico vasto.

Mais à frente, na revisão de literatura, serão abordados os porquês das escolhas de referências bibliográficas, incluindo Thornicroft como referência para o estigma na atenção primária e o Tratado de Medicina de Família e Comunidade (GUSSO; LOPES, 2012) como referência para os conceitos da atenção primária no Brasil.

Adotamos a teoria de Freire, pois ela propõe o reconhecimento de competências prévias, aprendidas pelas experiências – ou seja, do *habitus*; propõe colocar essas experiências como foco do processo educativo, objetivando a transformação pela problematização de situações-limite (FREIRE, 1987, p. 96). Assim, a questão da pesquisa também pode ser pensada de outra maneira: o método de ensino problematizador é capaz de acessar e transformar o *habitus* em busca da competência cultural? É possível ter acesso e transformação do estigma pelo caminho da educação?

Fatores culturais e de classe interferem nesse esquema de construções e desconstruções. Uma sociedade escravocrata de negros tende a ter conceitos racistas entre as pessoas pertencentes a ela, mas, por outro lado, reconhecer na história da humanidade os acontecimentos construtores dessa forma social pode favorecer a desconstrução do racismo. Ter experiências que refutem as ideias difundidas socialmente pode contribuir mais ainda.

Quando o assunto é a loucura, é importante tomar consciência de vivermos em uma sociedade com conceitos manicomiais. Os manicômios são tão marcantes para o louco como as senzalas para os negros; e o eletrochoque exemplo de tortura como as chibatadas. A história da loucura é de exclusão social, havendo, no caso do Brasil, um estopim com a indústria dos hospitais psiquiátricos no século XX (RESENDE, 1987). Culturalmente aprendemos que lugar de doido é no hospício – não ao meu lado, não circulando na cidade. Doido não tem juízo e, portanto, suas palavras não têm valor. São incapazes. Não conseguem se controlar, são pessoas imprevisíveis e agressivas, devemos ter cuidado.

Assim, desconstruir o estigma vai exigir pedagogia que dê conta desse aspecto da cultura e das experiências prévias com a loucura. Defendemos o método de Paulo Freire como apropriado para este objetivo, pois ele leva em consideração o contexto do que chama de educando-educador e propõe mudança social a partir da problematização da realidade. (FREIRE, 1996. p.21-46)

A observação do campo trouxe dados importantes acerca do contexto territorial estudado e observou posturas estigmatizantes em membros de equipes de saúde da família. Porém a realização de uma estratégia pedagógica, uma aula, levantou dados mais sólidos sobre o estigma e as competências profissionais dos participantes.

Um dos desafios dessa jornada pedagógica é incluir dentro do campo de ensino os sentimentos relacionados às experiências. No tema discutido, não se pode apenas discutir a aprendizagem de conceitos e habilidades; as atitudes e os sentimentos parecem ter relação direta com a barreira de acesso e devem ser alvos do processo de ensino. Nessa direção, Michel Balint contribui para essa interface entre emoções dos médicos e interferências nas suas ações clínicas.

Por fim, um estudo com relação direta com a política não poderia ficar indiferente ao contexto político territorial e nacional. Como será descrito mais à frente, o trabalho sofreu interferência do período eleitoral, de mudança da gestão municipal e da prioridade dada pelas gestões à saúde mental.

Nacionalmente, o golpe de estado no Governo Dilma e a gestão do atual Presidente tem nos colocado diante de um contexto em que as políticas de bem-estar social se encontram ameaçadas e as ideias reacionárias crescem. Assim, conhecer esse fenômeno social - o estigma - e suas relações com o cuidado em saúde ultrapassou os interesses clínicos e ganha força no movimento de resistência técnico-política a modelos segregadores de atenção à saúde mental.

Concentrar este estudo no estigma voltado às pessoas com transtornos mentais e às que consomem drogas aponta uma pretensão de levantar questionamentos sobre o cuidado a essa população e sobre como os profissionais médicos pensam e praticam esse cuidado no Brasil. Essa discussão é fundamental em um momento de disputas de modelos de políticas públicas para o assunto. A conjuntura política tem colocado em risco princípios básicos do SUS e da Reforma Psiquiátrica e exige frentes de batalhas diversas. Um trabalho como este traz como esperança a possibilidade de fortalecer a atenção à saúde de base comunitária e resistir cientificamente a um modelo asilar e policialesco de exclusão nos manicômios e nas comunidades terapêuticas.

Os métodos de pesquisa participativos atentam para as influências que incidem entre os participantes e a pesquisa em si (em dupla via). Realizar esse trabalho de mestrado mobilizou o pesquisador em sua prática clínica, principalmente na atenção

dada ao estigma. Foi além das interferências no campo estudado e provocou mudanças em outros percursos do autor.

Por exemplo, o trabalho contribuiu de forma decisiva para a construção do Internato (estágio em saúde mental) da Faculdade de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco (CAA/UFPE), em que o pesquisador atua como professor, considerando importante (e até prioritária) a aquisição de competências pedagógicas para atuação na atenção psicossocial e com possibilidades de intervir no estigma relacionado aos transtornos mentais.

Após apresentação do trabalho neste Capítulo 1, abordaremos o Referencial Teórico no Capítulo 2, refletindo sobre o estigma como barreira de acesso à saúde e trazendo elementos importantes sobre a formação médica e a atenção primária no Brasil, como as Diretrizes Nacionais Curriculares de 2014. Nesse capítulo, também explicaremos o conceito de *habitus* segundo Bourdieu e sua relação com esta pesquisa.

No Capítulo 3, contextualizamos o campo da pesquisa, revelando dados sobre a geopolítica local e sobre a organização da rede de saúde. Além disso, é discutida a base epistemológica do trabalho e é detalhada a metodologia utilizada para obter os resultados. No capítulo 4, refletimos sobre os resultados e trazemos discussões com base na literatura. Para finalizar, o Capítulo 5 lista as principais conclusões do trabalho, além de pontuar os limites dele.

Objetivos da pesquisa

– Objetivo geral:

A pesquisa tem como objetivo observar o estigma relacionado aos transtornos mentais como fator de barreira de acesso à Estratégia de Saúde da Família e discutir estratégias pedagógicas na formação médica para superação desse problema.

– Objetivos específicos:

- Pesquisar como a barreira relacionada ao estigma acontece na Estratégia de Saúde da Família;
- Observar o estigma em competências médicas e analisar a sua interferência na relação de cuidado à população com transtornos mentais;

- Analisar se estratégias educativas podem ser úteis à superação do estigma como barreira de acesso.

Capítulo 2 – Referencial teórico: o estigma como barreira de acesso e a formação como estratégia para problematizar o *habitus* envolvido no cuidado da Estratégia de Saúde da Família.

A questão desta pesquisa envolve temas de campos distintos que se entrelaçam de forma complexa, fazendo-se necessário assumir uma literatura precisa e com reconhecimento científico para embasar de forma eficaz o estudo. Para tornar mais fácil a compreensão, a literatura foi compartimentada em 3 grupos: 2.1) estigma como barreira de acesso à saúde; 2.2) Estratégia de Saúde da Família e formação médica; e 2.3) o conceito de *habitus*.

Cada um dos três grupos reúne um corpo bibliográfico consagrado cientificamente, levando o autor a decidir por não aprofundar a revisão da literatura de forma sistemática. Optou-se pela revisão assistemática com escolha de determinadas referências canônicas para os assuntos de que trata esta pesquisa. A necessidade de entrelaçar conceitos das áreas da saúde, ciências sociais e pedagogia requereu a seleção de um corpo teórico com interseção entre eles e que desse sentido ao trabalho – e também estivesse de acordo com a linha epistemológica seguida.

Como referência para o estigma como barreira de acesso na atenção primária, a escolha do livro *Shunned – discrimination against people with mental illness* de Graham Thornicroft (2006) satisfaz a intenção do autor por fundamentar o problema enquanto corpo teórico já bem discutido na literatura. Além do texto de referência mencionado, foi realizada uma busca na plataforma da Scielo com interesse em verificar as produções sobre o tema no país. O Tratado de Medicina de Família e Comunidade contribuiu com o suporte teórico sobre a atenção primária no Brasil e, em alguns aspectos, sobre a formação médica para a atenção primária (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012). Foram escolhidos capítulos estratégicos para compreender o corpo teórico geral da Medicina de Família e Comunidade e a interface entre a MFC e a saúde mental.

Em nenhum capítulo do TMFC o estigma foi citado como barreira de acesso. Os termos “estigma” e “barreira de acesso” não estão na lista do índice remissivo, fazendo-se supor que o Tratado não discute o tema de forma direta, mas contém um capítulo sobre *Cultura, saúde e o médico de família*, que também contribuiu para nossa discussão (TARGA; OLIVEIRA, 2012, p.52-59).

Ainda sobre a formação, as *Diretrizes Nacionais Curriculares* para o curso de Medicina de 2014 são o alicerce para a discussão do tema, inclusive enquanto referência para o conceito de “competências pedagógicas”, termo recorrente no decorrer do trabalho.

A atmosfera política que toma conta do capítulo anterior, no qual o autor faz um apanhado de seu percurso, é decisiva para a escolha dos outros autores de referência. Contextualizado com as DCN, a teoria de Paulo Freire se torna uma opção fundamental na pesquisa que pensa sobre estratégias pedagógicas como meio para a superação de um problema social, cultural e político. Escolhemos não apresentar sua teoria neste capítulo, mas será problematizada enquanto método pedagógico no capítulo do campo de pesquisa.

Por fim, o conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu pode contribuir para tornar o estigma mais palpável – mais fácil de ser capturado metodologicamente – no meio das competências médicas investigadas. Além disso, o *habitus* fundamenta a ideia da pesquisa de localizar o estigma enquanto estrutura social/coletiva, inserida em um processo histórico.

2.1) Estigma como barreira de acesso

O estigma pode ser dirigido a uma série de condições humanas e encontrado em diversos contextos com variações ao longo do tempo, da cultura e das estruturas sociais. No caso deste trabalho, como já ficou claro, o interesse é estudar o estigma relacionado aos transtornos mentais (e uso de drogas). Será necessário introduzir o estigma contra essa população dentro do contexto social e cultural amplo, mas à pesquisa importa mais o seu caráter institucional de produzir barreira de acesso à saúde (THONICRFOT, 2006).

Para fins metodológicos, não interessa ao trabalho outro estigma que não seja o relacionado aos transtornos mentais e que não esteja situado no cuidado em saúde. Neste tópico serão analisados fundamentalmente os dados trazidos por Thornicroft, evidenciando como a população com transtornos mentais e com uso de drogas tem menos acesso aos cuidados em saúde de uma forma geral.

Estigma relacionado aos transtornos mentais

O estigma poderia ser definido como um processo que envolve rotulação, separação, endossamento de estereótipo, preconceito e discriminação, levando a um contexto em que as forças sociais são exercidas em detrimento de membros de um grupo social (Thornicroft, 2006, p.2683).

No prefácio do livro *Shunned* (TRONICROFT, 2006.), Judi Chamberlin afirma que enfrentar o estigma é engajar-se em uma luta - e não simplesmente aceitar o problema básico de que taxar pessoas como tendo transtorno mental leva a perdas dos direitos fundamentais garantidos aos outros. Nesse aspecto, as ações de combate ao estigma ganham um caráter político (CHAMBERLIN, 2006).

Chamberlin (2006), que é uma usuária engajada na causa, ainda introduz uma questão conceitual ao afirmar que o termo estigma tem sido substituído pelos termos preconceito e discriminação, pois o termo estigma está mais associado às características dos indivíduos violentados, enquanto os outros dois termos fazem alusão a como eles são vistos (por terceiros e por eles mesmos). Essa mudança conceitual pode fazer diferença por tirar a ênfase da condição que é estigmatizada para dar mais valor ao modo como ela é vista dentro de uma cultura.

Ela conceitua preconceito quando as pessoas tomam atitudes negativas injustificadas em relação a outra baseadas mais em suas crenças e concepções que nos reais atributos individuais. Discriminação ganha um sentido mais coletivo e institucional, sendo explicado como quando um código social (leis e costumes) resultam em um status social mais baixo e em menos direitos que as pessoas sem a marca estigmatizada. Esses conceitos serão úteis para interpretar se competências médicas estão marcadas ou não pelo estigma relacionado aos transtornos mentais.

Chamberlin¹ demonstra preocupação pelo fato de a maioria das campanhas anti-estigma terem a intenção principal de encorajar mais pessoas a fazerem tratamento em saúde mental, que é um outro problema:

¹ Judi Chamberlin foi uma militante americana pelos direitos das pessoas com transtornos mentais; considerava-se uma sobrevivente ao tratamento psiquiátrico e escreveu relatos autobiográficos em que conta as violências sofridas nas internações em hospitais psiquiátricos. É uma referência para o movimento de "recovery".

Aqueles entre nós que passaram por diagnóstico e tratamento e que se tornaram ativos em organizações de usuários/sobreviventes, temos uma variedade grande de opiniões sobre o valor do tratamento, inclusive muitos acreditam que o tratamento em si é parte do problema (CHAMBERLIN, 2006. p.49)

Este estudo utiliza o termo estigma como forma de delimitar a marca dos transtornos mentais e do uso de drogas como objeto de estudo, mas a principal preocupação é acerca de como os médicos da atenção primária enxergam e reagem na relação com pessoas com essa marca. Não nos preocupamos com a adesão ao tratamento no sentido estrito da não adesão ao medicamento ou tratamentos psicoterápicos, mas, sim, com a produção de exclusão social nos serviços de saúde.

Antes de entrar no estigma no campo da saúde, é importante fazer uma contextualização acerca de como isso está inserido na sociedade de uma forma geral, já que os profissionais de saúde assimilam conceitos culturais/sociais antes mesmo de sua formação em saúde. Thornicroft (2006) dedica seus quatro primeiros capítulos a abordar o estigma proveniente das relações na família, na vizinhança, no trabalho, na vida social e civil.

São apontados estudos em que familiares afirmam não saber conversar sobre as características do transtorno mental e admitem reações de afastamento e agressividade direcionadas a entes com transtornos. A crença de que os transtornos são herdados geneticamente pode levar aos sentimentos de culpa ou vergonha, tornando difícil falar sobre o assunto. Acreditar no caráter infeccioso ou contagioso deles pode fazer os membros se manterem distantes (THORNICROFT, 2006, p.144).

Em um estudo com irmãos de pessoas com transtornos mentais graves, eles sofreram com menos impactos pessoais quando associavam o mal comportamento do irmão à incapacidade de controlar-se que aqueles que entendiam o sintoma como voluntarioso, a exemplo de entender sintomas depressivos como “preguiça” (THORNICROFT, 2006, p.158). Outro aspecto importante é a confiança quanto à recuperação do familiar: se familiares acreditam que a cura é impossível, estão mais propensos a abandoná-los.

Uma outra consequência do estigma, parte responsabilizada pelo estigma no ambiente familiar, são os problemas de habitação, visto os dados sobre institucionalização, pessoas com transtornos em situações de rua, não aceitação de serviços de cuidado à saúde mental na vizinhança e outros problemas de moradia. Da

mesma forma, vizinhos de pessoas com transtornos têm atitudes preconceituosas e discriminatórias contra elas (THORNICROFT, 2006, p.247-313).

Na área das relações pessoais, amigos, relacionamentos amorosos e filhos costumam se afastar das pessoas quando elas recebem um diagnóstico psiquiátrico. Amigos costumam reagir inicialmente com atitudes jocosas sobre os sintomas ou dificuldades apresentadas pelas pessoas, sendo uma forma de apresentação do estigma. Pessoas com depressão relatam existirem menos chances de encontrar pessoas que queiram ser suas amigas. (THORNICROFT, 2006, p.435-771)

Pessoas com transtornos mais severos têm menor rede social que outros, têm maior número relativo de membros da família do que amigos em seu círculo social e tem mais relações baseadas na dependência que na interdependência. As relações amorosas são mais dificultadas, e essa população é vista como sendo indesejada. Têm relações conjugais menos duradouras e estão mais propensos a separações e divórcios (THORNICROFT, 2006, p.435-771).

Pais com transtornos mentais estão mais propensos a ter problemas com a guarda dos filhos, embora um estudo apontado por Thornicroft não tenha mostrado diferença na saúde de bebês cuidados por mães com esquizofrenia, por exemplo. Não existem evidências claras sugerindo que mulheres com transtornos não possam exercer função parental (THORNICROFT, 2006, p.435-771).

Em relação ao trabalho, as pessoas com transtornos mentais são consideradas incapazes, têm mais índices de desemprego e demissões, levando a dúvidas sobre comunicar sua condição em entrevistas de emprego. Um estudo da *National Labour Force Survey*, órgão inglês que estuda a situação de emprego no país, citado no livro, aponta que 75% da população geral está formalmente empregada. Esse número cai para 65% em pessoas com doenças físicas, para 50% em pessoas com depressão e 20% considerando as pessoas com transtornos mentais de uma forma geral (THORNICROFT, 2006, p.774-1030).

O fato de alguns transtornos levarem a reais comprometimentos cognitivos interferem nesses dados, porém o relato das pessoas que sentem a discriminação na área do trabalho deve ser levado em consideração. Mais estudos são importantes para analisar esse problema (THORNICROFT, 2006, p.774-1030).

No campo da vida civil, inúmeros dados mostram que essa população sofre com discriminação, tendo prejuízos na garantia de direitos humanos e direitos civis; sofrem mais com a violência, são mais pobres, têm mais dificuldades com transporte

dentro e entre as cidades e têm menos acesso a espaços de lazer e atividades esportivas (THORNICROFT, 2006, p.1034-1305).

Estigma nos serviços de saúde

No contexto das relações com os serviços de saúde, seria esperado haver uma melhor perspectiva na inclusão das pessoas com transtornos mentais, já que os profissionais deveriam ser treinados para atender a essa população. Porém, Thornicroft traz dados que mostram uma realidade similar ao que ocorre nos espaços sociais já relatados. É preciso se lembrar de que os serviços de saúde são ocupados por pessoas que têm assimilados os conceitos culturais relacionados à loucura. Desse modo, possuem os preconceitos e as atitudes discriminatórias encontrados na população em geral.

Muitas pessoas evitam procurar ajuda médica com receio de serem taxadas com diagnósticos psiquiátricos e sofrerem estigma, fenômeno que parece ser universal. Em zonas rurais, essa preocupação parece ser mais intensa (THORNICROFT, 2006, p.1309-1657).

A maioria das pessoas não sabe onde procurar ajuda em saúde mental caso necessitem. A admissão em hospitais psiquiátricos causa reconhecidamente efeitos adversos na reputação da pessoa e as medicações psiquiátricas são menos aceitas que as usadas em cardiologia, havendo crença de que aquelas têm maior número de efeitos colaterais (THORNICROFT, 2006, p.1309-1657).

O livro apresenta estudos que responsabilizam a mídia como propagadora do tratamento em saúde mental de forma negativa (THORNICROFT, 2006, p.1309-1657).

Há fortes evidências, por exemplo, de que pessoas com transtornos mentais têm menos acesso à atenção primária, recebendo cuidado inferior para diabetes e infartos; apresentam, ainda, níveis mais altos de doença cardíaca, obesidade, diabetes e HIV/AIDS que a população geral. Esse contexto leva ao aumento do risco de morte prematura dessa população (THORNICROFT, 2006, p.1309-1657).

Estima-se que 53 a 70% das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento de profissional de saúde. Ainda mais, entre aqueles que conseguem ter acesso aos serviços de saúde, o principal fator que leva ao abandono do tratamento é a insatisfação com o cuidado recebido. O abuso de substâncias psicoativas é

associado de forma consistente com altos índices de estigma institucional, que devem desencorajar pessoas com abuso a procurar o serviço de saúde (THORNICROFT, 2006, p.1309-1657).

Profissionais de saúde são frequentemente mais pessimistas sobre mudanças e recuperação do que o público em geral. Psiquiatras costumam ser menos otimistas que enfermeiras. Um viés considerado é a experiência profissional – psiquiatras estão mais acostumados a atender pessoas que não se recuperam completamente ou que, quando se recuperam, recaem com frequência e não mantêm contato com aquelas que se recuperam e ficam bem (THORNICROFT, 2006, p.1309-1657).

Pessoas com dependência de álcool são vistas como difíceis e irritantes; são avaliadas como tendo menor necessidade de admissão em serviços, têm suas complicações negligenciadas, abandonam mais o tratamento e são vistas como tendo um prognóstico pobre (THORNICROFT, 2006, p.1309-1657).

Sabe-se que o contato com pessoas com transtornos mentais está relacionado com melhores atitudes entre estudantes de medicina, embora a duração e as mudanças positivas dessas atitudes sejam difíceis de ser avaliadas (THORNICROFT, 2006, p.1309-1657).

Em uma série de grupos focais na Inglaterra, médicos de família foram o grupo mais citados por usuários de saúde mental (dois terços deles) quando perguntados sobre a experiência com estigmas e sobre quem deveria receber sessões educativas para diminuir a discriminação (THORNICROFT, 2006, p.1459). Alguns estudos têm demonstrado que os espaços de formação médica podem ser promotores de mudanças de comportamentos ligados ao estigma (THORNICROFT, 2006, p.3055-3412).

Estigma como barreira de acesso na ESF

Para fins de averiguar os estudos sobre o estigma como barreira de acesso à saúde da família no Brasil, foi realizada pesquisa na plataforma Scielo usando os descritores “estigma” AND “saúde da família” AND “saúde mental”. Foram encontrados 16 artigos, sendo selecionados 5 artigos para análise por poderem contribuir com o tema.

Um artigo de Tavares e colaboradores (2016), apesar de não estar contextualizado na atenção primária, discute as competências pedagógicas da

enfermagem para a saúde mental, citando, entre elas, saber lidar com diferenças e estigmas além da clínica do sujeito, da escuta sensível, autoconhecimento, desenvolver a própria personalidade, entre outros.

Rézio e colaboradores (2015) analisaram um programa de extensão no Mato Grosso financiado pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede de Saúde Mental (PET-RAPS) que contribuiu para que uma Unidade de Saúde da Família implementasse ações de saúde mental. A partir da problematização, os autores diagnosticaram não haver essas ações específicas e, então, desenvolveram estratégia que favoreceram a articulação de rede, qualificaram a assistência à saúde (pela criação de uma ficha de busca ativa), melhoraram os conhecimentos dos profissionais acerca do tema e favoreceram a superação do estigma sobre os usuários com transtornos mentais. No trabalho, as estratégias utilizadas não foram descritas.

Silva (2015) faz uma etnografia sobre três egressos de hospitais psiquiátricos, relatando dificuldades na inserção social deles, mas não problematiza o problema como barreira de acesso na ESF. Loch (2012) associa o estigma entre familiares com a maior incidência de rehospitalização em hospitais psiquiátricos.

Nunes & Torrenté (2009) estudaram narrativas de usuários, familiares e profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial. No que diz respeito ao estigma institucional, relatam que os profissionais do CAPS alertam para a existência de estigma em outros serviços de saúde e concluem argumentando a necessidade de se analisarem as estratégias para superação do estigma.

Usando os termos “saúde da família” AND “barreira de acesso”, 18 artigos foram encontrados e apenas um, que aborda a violência no território como barreira de acesso, estava relacionado à saúde mental, mas sem problematizar o estigma (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017).

2.2) Estratégia de Saúde da Família e formação médica

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui importante porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e é o cenário desta pesquisa, por isso, será fundamentado como a atenção primária funciona no País, tendo como referência o Tratado de Medicina de Família e Comunidade.

Estimulado pela Declaração de Alma Ata e pela luta dos trabalhadores, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, propôs um modelo de atenção à

saúde com características de universalidade, territorialização, distritalização e com participação popular, que foi consolidado na Constituição Federal de 1988 e leis seguintes (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012, p.28-41).

Quatro princípios nortearam a reforma sanitária (ético-normativo, científico, político e sanitário) e levaram à organização de uma atenção primária à saúde com características próprias. Os princípios ético-normativo e político consolidam a saúde como um direito humano, como um direito de todo cidadão em um estado democrático. O princípio científico amplia o conceito de saúde, compreendendo o processo de saúde e doença como determinado por aspectos sociais e culturais e o princípio sanitário protege a saúde de forma integral (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012, p.28-41).

Esse contexto fortaleceu a atenção primária, e paulatinamente, o cuidado comunitário foi se expandindo no Brasil. Em 1990, nasce o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a partir de experiências positivas em alguns Estados. A Medicina de Família e Comunidade vai se estruturando no Brasil e em 1994, nasce o Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia capaz de provocar as mudanças no modelo assistencial ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações junto ao território. É importante para o trabalho ressaltar que o TMFC afirma o território para além de suas características geográficas, sendo fundamental o contexto social, político e econômico (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012, p.28-41).

Ao longo do tempo foi havendo o aprimoramento das formas de financiamento (Piso de Atenção Básica, Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família), e em 2006, é criado o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo considerado prioridade pela gestão federal no Pacto pela Vida. Nessa nova fase, o PSF passa a ser nominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ratificando-se como estratégia estruturante da organização do sistema de saúde (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012, p.28-41).

Nas localidades com a Estratégia, são fortes as evidências do impacto positivo da ESF na saúde da população brasileira, reduzindo significativamente a mortalidade infantil, prevenindo de forma consistente morbidades de causa evitáveis e diminuindo iniquidades (as cidades com menores Índices de Desenvolvimento Humano – IDH – tiveram maior impacto nos índices de saúde com a ESF) (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012, p.28-41).

A ESF também teve papel importante no acesso à saúde: a população passou a conhecer mais onde procurar assistência; os serviços ficaram mais próximos geograficamente dos usuários, diminuindo também os problemas de transporte para ir aos atendimentos; a população sente menos preocupação com o risco de não receber cuidados necessários à saúde (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012, p.28-41). Esses dados refletem características da população em geral, e provavelmente não correspondem à realidade da população com transtornos mentais.

Sobre o impacto à saúde, a cobertura de ESF está associada a menor uso de antibióticos inapropriados em crianças com diarreia, mais gestantes vacinadas contra o tétano, menos crianças com baixo peso, menos pessoas fumantes e menores taxas de obesidade (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012, p.28-41). Não foram citados impactos importantes nos indicadores de saúde mental.

Outros indicadores indiretos também podem sofrer influência pela presença da ESF (principalmente nas regiões Norte e Nordeste), sendo citados: aumento na ocupação de adultos, aumento na matrícula de crianças entre 10 e 17 anos e redução da fecundidade em mulheres (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012, p.28-41).

Mesmo com evidências do custo-benefício positivo da estratégia, a expansão da ESF vinha apresentando um aumento de cobertura de apenas 1,5% da população a cada ano e um dos fatores que vinham condicionando essa baixa expansão era a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de saúde da família (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR, 2012, p.28-41).

A ampliação do conceito de saúde demandou um corpo teórico para fundamentar a relação entre a saúde e o social. O TMFC dedica um capítulo sobre *Cultura, saúde e o médico de família* (TARGA; OLIVEIRA, 2012, p.52-59), que atribui ao médico de família a competência cultural, ou seja, “a adequação do cuidado à saúde em relação à grande diversidade de necessidades das diferentes pessoas e grupos humanos”. O médico de família precisa aprender competências para lidar com a diversidade cultural. Abaixo segue quadro com as seis ferramentas citadas pelo TMFC para o contato terapêutico culturalmente sensível.

O TMFC aborda a interface da cultura com a saúde sob uma perspectiva étnica, mas não se aprofunda nos problemas relacionados ao racismo. Também não problematiza a relação da cultura com a saúde mental de forma específica, nem aborda a questão do estigma. Porém a noção de que a cultura do médico interfere na sua assistência (e o encontro entre culturas diferentes interfere na relação médico-

peessoa) se alinha com ideia da interferência do estigma na relação de cuidado. De certa forma, este trabalho tem relação com a ferramenta 5 apresentada no Quadro 1, pois pretende contribuir para entender a influência da cultura na relação médico-pessoa.

1 - Identificar identidades étnicas sem estereotipar
2 - Definir o que está em jogo nesse episódio específico de encontro terapêutico ou nesse momento do processo saúde-doença, tanto em uma perspectiva individual como coletiva
3 - Reconstruir a narrativa da doença
4 - Considerar estresses psicossociais que podem estar associados - considerar lista de intervenções
5 - Perceber a influência da cultura nas relações interpessoais - a partir da autorreflexão de estar entre dois mundos (o do médico e o da pessoa)
6 - Levantar em consideração a questão da eficácia e dos problemas da abordagem intercultural, além de seus efeitos colaterais e riscos

Quadro 1 - Ferramentas para contatos terapêuticos culturalmente sensíveis.

Fonte: TARGA; OLIVEIRA, 2012. p.55

A ferramenta 1 – “identificar identidades étnicas sem estereotipar” – poderia ser útil aos interesses do trabalho se adaptada para: identificar transtornos mentais sem estereotipar. Essa competência exige um exercício complexo de buscar as características (sintomas) de transtorno mental em uma pessoa sem atribuí-lhe automaticamente valores deturpados associados a esse grupo.

A formação médica tradicional, com visão essencialmente biomédica, não prepara o egresso para essa competência, com importância para a relação médico-pessoa e para o acesso ao cuidado por melhorar a comunicação entre o médico e o usuário, aumentar a adesão ao tratamento e diminuir os atritos com outras formas de tratamento buscados pelas pessoas (como os religiosos) (TARGA; OLIVEIRA, 2012. p.53). Esse é mais um motivo para o modelo biomédico de cuidado ser questionado, da mesma forma que o ensino que sustenta esse modelo.

A estrutura curricular tradicional da medicina, com baseado no conhecido relatório de Flexner (FLEXNER, 1910), privilegia os conhecimentos biomédicos (superespecializados e fragmentários) e desconsidera habilidades humanas a serem desenvolvidas pelo médico. Esse é o modelo curricular que formou a maioria dos médicos - incluindo o pesquisador - até a atualidade. É ainda um desafio um processo

de formação capaz de atender a essa complexidade encontrada no campo da atenção básica.

Levando em consideração as dificuldades de implementação da ESF e da formação de pessoal com competências para tal trabalho complexo, em 2013, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), consolidado legalmente através da Lei 12.871/13 (BRASIL, 2013), que tem levado médicos brasileiros e estrangeiros a diversas localidades e melhorado o acesso da população ao médico. Além disso, o PMM promoveu uma mudança nas diretrizes curriculares para o curso médico, provocando a publicação de novas Diretrizes para o Currículo de Medicina (Resolução número 3 do MEC de 20 de junho de 2014). Por essas Diretrizes, o graduado deve ter formação geral, humanística, crítica, reflexiva e ética. Elas ainda propõem a atuação nos diferentes níveis de atenção nos âmbitos individual e coletivo com responsabilidade social, compromisso com defesa da cidadania, da dignidade humana e da saúde integral do ser humano. Pretendem promover uma formação que tenha como transversalidade em sua prática sempre a determinação social do processo saúde doença.

A ideia de formar profissionais para o SUS aparece desde a Constituição de 1988. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina (DCN) de 2001 (BRASIL, 2001) já orientam as escolas para formar egressos com esse perfil, mas o PMM, além de almejar a ampliação do acesso aos profissionais em lugares estratégicos, reforçou essa postura formativa e construiu medidas estruturantes para aprimorar a formação médica.

No que diz respeito à estrutura curricular, as novas Diretrizes apontam para uma formação com base na aquisição de competências para áreas de Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Consideram os métodos ativos de ensino, em especial o PBL (*problem-based learning*), o melhor caminho pedagógico para atingir os objetivos por elas propostos. Apostam ainda num processo de aprendizagem com corresponsabilização, situando o aluno como protagonista desse processo – ele deve “aprender a aprender”. Dessa maneira, tentam estimular o aluno e futuro profissional a buscar conhecimentos e a se responsabilizar pela sua formação.

As DCN dão importância ao processo contínuo de aprendizagem, explicitado na Secção III – *Da Educação em saúde* (BRASIL, 2014). Assim, os princípios das diretrizes percorrem transversalmente a formação do médico da graduação, nos

espaços de formação em serviço (como as residências médicas) e a educação continuada no trabalho.

O termo “competência” faz parte do campo da pedagogia; a aprendizagem baseada em competências é escolhida pelas atuais Diretrizes Curriculares para o curso de medicina:

Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2014)

As competências podem ser separadas didaticamente em 1) conhecimentos – relacionados à esfera cognitiva, 2) habilidades – relacionadas à capacidade de execução e 3) atitudes – referindo-se a posturas e sentimentos. Esses conceitos serão importantes para o estudo, pois serão utilizados na metodologia e na análise dos dados.

Há uma moderna compreensão de que não basta ensinar anatomia, fisiopatologia, propedêutica e terapêutica. O egresso deve ter competências para o que vai encontrar na realidade das comunidades. Na direção do cuidado integral à saúde sem discriminação, a formação deve estar apta a pôr em xeque concepções do senso comum acerca dos transtornos mentais e o consumo de drogas.

Parte da população tem a ESF como o único lugar para receber cuidado em saúde mental e as demandas relacionadas ao psiquismo são comuns na atenção primária; isso exige do médico com atuação na ESF conhecimentos específicos da psiquiatria e da psicologia, além do desenvolvimento de atitudes (ALBUQUERQUE; DIAS, 2012. p.233-240). Como forma de contribuir para a assistência às pessoas com esses problemas, a atenção primária conta no Brasil com o apoio matricial, que será abordado a seguir.

ESF, RAPS e matriciamento

A Estratégia de Saúde da Família, enquanto organizadora da rede e gestora do cuidado, conta com a tecnologia do matriciamento, possibilitando o trabalho integrado por equipes diferentes (SARAIVA; ZEPEDA, 2012, p.298-306). O matriciamento cria

oportunidade de comunicação entre equipe de família e comunidade e equipes especializadas, que podem reunir-se para discutir temas e casos ou até mesmo para realizar atendimentos em conjunto. Neste tópico serão apresentadas especificidades do apoio matricial em saúde mental, não aprofundado pelo TMFC, que cita apenas alguns exemplos de ações de psicólogos e psiquiatras apoiadores, tais como:

Temas para matriciamento	Prevenção do suicídio; abordagens não farmacológicas para o uso do álcool e outras drogas; detecção de transtornos mentais; manejo de transtornos de adaptação; manejo de crises e emergências.
Ações específicas (conjuntas ou individuais)	Grupos abertos de apoio psicológicos; grupos terapêuticos para transtornos comuns e graves; visitas domiciliares para pessoas com transtorno mental severo, em isolamento ou história de crises.
Critérios para atendimentos específicos	Suspeita de transtorno de personalidade; somatização crônica; transtornos mentais severos e persistentes; transtornos ansiosos e depressivos resistentes ao tratamento; transtornos em crianças e adolescentes; crises.
Articulações importantes	CAPS e outros serviços de saúde mental; grupos comunitários de convivência e suporte mútuo; grupos de autoajuda (AA/NA); outros apoiadores: assistentes sociais, pediatras, profissionais da educação física, terapeutas ocupacionais, etc.

Quadro 2 - Exemplos de ações de apoio matricial na área da saúde mental

Fonte: Adaptado de: SARAIVA; ZEPEDA, 2012 p.302.

O Tratado, no entanto, não contextualiza a política de saúde mental e, no Brasil, a ESF é fundamental para a implementação da Reforma Psiquiátrica. Sendo a porta de entrada do sistema de saúde e ordenadora do cuidado em saúde de sua população adscrita, garante acesso mais humanizado e com boa relação custo-benefício. A portaria 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde oficializou a Estratégia como parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Inserida no contexto da reforma sanitária, a Reforma Psiquiátrica protagonizou talvez o mais expressivo avanço na transformação paradigmática da atenção à saúde no Brasil. A força dos movimentos sociais antimanicomiais recolocou milhares de pessoas destinadas ao confinamento em seus ambientes comunitários. Além disso, reconquistou seus direitos, tornou-os cidadãos e prescreveu-lhes um cuidado humanizado, integral e inserido em suas comunidades. Com isso, pessoas com

esquizofrenia, limitações intelectuais, abuso de substâncias (para citar algumas condições em saúde mental) tornaram-se frequentadoras dos serviços comunitários de saúde.

A drástica queda do número de leitos em manicômios (BRASIL, 2015), com a mudança do cuidado para uma lógica comunitária, simboliza um grande avanço na política de saúde, porém o processo de inclusão social encontra-se distante do esperado. Na busca da reabilitação psicossocial com emancipação das pessoas com transtornos, a reforma psiquiátrica exige uma clínica alinhada com a política. O enfrentamento do estigma é uma importante via para essas conquistas. E, como vem apontando a literatura, a formação representa uma potencial ferramenta para mudança de conceitos e atitudes, reduzindo os efeitos da estigmatização (THORNICROF, 2006, p.3532-3552).

Nesse caminho, o matriciamento na atenção primária pode tornar-se instrumento dessa mudança ao conjugar propostas de apoio nas esferas terapêutica e técnico-pedagógica, podendo ser considerado uma forma de educação contínua com características de formação em serviço (SARAIVA; ZEPEDA, 2012, p.298-306). A pesquisa tem como cenário o matriciamento enquanto espaço formador do médico, perguntando se o apoio matricial teria capacidade de minimizar as consequências do estigma institucional para o cuidado integral das pessoas?

Matriciamento como estratégia de formação no Brasil

Como forma de averiguar a situação do corpo acadêmico em relação à esfera técnico-pedagógica do matriciamento, foi realizada pesquisa na plataforma de pesquisa Scielo.

Inicialmente, usou-se o descritor “matriciamento”, sendo encontrados 72 artigos a partir de 2008. Não houve artigos publicados nessa plataforma antes de 2008. Entre os 72 artigos, 6 deles estão incluídos pela Scielo na área temática de “Educação e pesquisa educativa” (World of Science – WoS) e foram os primeiros a serem analisados para esta pesquisa.

Em um desses artigos, Ferreira et al (2017), interessados em discutir o processo de desinstitucionalização, observou o processo de educação continuada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e sua interferência na linha de cuidado.

O matriciamento foi citado por profissionais do CAPS como instrumento para responsabilizar a atenção básica no cuidado.

Um outro artigo encontrado, publicado no Periódico Interface - comunicação, saúde, educação, faz reflexão sobre o matriciamento realizado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), discutindo uma suposta dualidade “conceitual-normativa” do matriciamento entre seu papel assistencial e técnico-pedagógico, tomando uma posição de afirmar o papel assistencial. O autor desse artigo defende haver um foco reducionista das diretrizes políticas de matriciamento (e também dos estudos acadêmicos) para o aspecto pedagógico com “restrição à atuação assistencial especializada” (TESSER, 2017; p567).

Este trabalho não pretende se aprofundar nessa questão, mas, sim, tem interesse nas potencialidades (e dificuldades) da esfera pedagógica do apoio matricial, compreendendo que a formação continuada pode ter impactos na atuação assistencial dos profissionais. Para o campo da saúde mental, a superação do estigma pode facilitar essa assistência e o trabalho assume a prerrogativa de que a formação pode ser capaz de superar essa barreira de acesso. Nesse sentido, atividades de matriciamento exclusivamente assistenciais não interessam a esta pesquisa e os trabalhos com essa tendência também foram excluídos da análise.

Dantas & Passos (2018) realizaram observações participantes em atividades de matriciamento em Belo Horizonte – MG entre 2013 e 2014, e identificaram a contribuição da ferramenta para o trabalho integrado entre equipes com corresponsabilização. Levantam contribuições importantes para o processo de trabalho na atenção básica, mas não tratam diretamente do aspecto pedagógico do matriciamento.

Outro artigo discorre sobre a proposta de matriciamento entre um ambulatório infanto-juvenil e o campo da educação como apoio pedagógico para construção da rede intersetorial, levantando dificuldade pela equipe de saúde mental na operacionalização dessas atividades. Ainda assim, pontua os ganhos obtidos: na percepção do autor, a discussão de casos e o compartilhamento de conhecimentos entre as pessoas dos diferentes setores facilitou o compartilhamento de responsabilidades entre as equipes (BRANDÃO JR; CANAVÊZ; RAMOS, 2017).

Lima & Dimenstein (2016), em um estudo de intervenção, ofertaram espaços para reflexões acerca de atenção à crise e apoio matricial, através de rodas de conversas com profissionais de um CAPS II. Observaram, dessa maneira, o

matriciamento como espaço para trocas de saberes com capacidade para mobilizar experiências positivas no cuidado à crise no território pelas equipes de saúde da família com apoio especializado. O artigo, porém, não discute questões específicas dos processos pedagógicos.

Em um relato da experiência de implantação de ações de saúde do trabalhador em serviços de atenção básica num município do estado de São Paulo, elementos como educação permanente e o matriciamento com ação pedagógica contínua na Estratégia de Saúde da Família foram apontados como facilitadores desse processo, em conjunto com um modelo de gestão compartilhada (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

Quando realizada a pesquisa na Scielo usando os descritores “matriciamento” AND “estratégia de formação”, apenas 2 artigos foram encontrados. Em um deles, que descreve a percepção de Equipes da Saúde da Família sobre o matriciamento em saúde mental, os participantes tendem a compreender o matriciamento como momento de trocas de conhecimentos, de atendimentos e visitas compartilhadas. (PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014)

No segundo estudo encontrado, FORTES et al. (2014) fazem reflexão sobre as transformações na formação e prática do psiquiatra com atuação nas Estratégias de Saúde da Família. Compreendem o matriciamento como uma forma de transformar as relações de cuidado a partir do compartilhamento de saberes, mas, diferente desta pesquisa, foca nas transformações exigidas ao médico psiquiatra para atuação neste campo.

Para esses autores, “a educação permanente é parte estrutural do processo de trabalho no matriciamento” (FORTES et al., 2014), quando ultrapassa o “mero acúmulo de conhecimento” e possibilita problematização e articulação entre as equipes com resultados inovadores para o cuidado. Os autores ainda explicitam a importância dos temas em saúde mental para o Médico de Família e Comunidade e consideram o matriciamento espaço “ideal” para a formação de médicos no campo da saúde mental.

Utilizando os descritores “matriciamento” AND “educação” foram encontrados 21 artigos a serem analisados, dos quais, retirando os artigos encontrados anteriormente e os que fugiam ao interesse do trabalho, apenas um foi analisado.

Uma estudante de fonoaudiologia relata na Revista Brasileira de Educação Médica sua experiência de estágio em Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF),

citando como importantes as competências adquiridas com a experiência do matriciamento: “saber se relacionar”, “saber escutar”, “renunciar à própria verdade” e “saber agir de forma interdisciplinar” (OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012).

Por fim, para verificar se existiam estudos relacionando o matriciamento ao estigma, usaram-se os descritores “matriciamento” AND “estigma”; apenas um artigo foi encontrado, mas não interessou ao estudo por se tratar do estigma relacionado às pessoas com infecção pelo HIV.

2.3) O conceito de *Habitus*

O conceito de *habitus* é amplo e bastante discutido nas ciências sociais. Aqui apresentaremos alguns aspectos do conceito úteis a esta pesquisa, seguindo a formulação de Pierre Bourdieu.

Na direção do cuidado à saúde sem discriminação, a formação deve estar apta a pôr em xeque concepções do senso comum acerca dos transtornos mentais e o consumo de drogas. Pode-se afirmar que esse “senso comum” faz parte do que Bourdieu chama de *habitus*. Para ele, *habitus* é o conjunto de esquemas inconscientes que dirigem nossos pontos de vistas e ações (BOURDIEU, 2007. p.183-202).

Esses esquemas são construídos historicamente, tendo relação com as diferentes culturas e com as posições de classe de modo que pessoas da mesma cultura e classe compartilham *habitus* relacionados ao grupo a que pertencem. Esses esquemas condicionam as ações das pessoas e são, em via contrária, condicionados pelas experiências. Quando o TMFC propõe a competência pedagógica enquanto facilitador do encontro entre duas pessoas de culturas diferentes, pode-se dizer que ele está se referindo ao conjunto de *habitus* do médico ser diferente do *habitus* das pessoas que ele atende. A diferença entre os dois conjuntos de *habitus* vem dos diferentes percursos históricos e das variadas experiências na vida.

O *habitus* tem relação com as posições sociais ocupadas pela pessoa, determinando estilos de vida (BOURDIEU, 2006 p.162-168), de forma que uma pessoa filha de médicos, que estudou em escola particular e vem a se formar em medicina tem seu conjunto de *habitus* diferente de uma pessoa da zona rural, que passou a graduação em medicina com dificuldades financeiras. Provavelmente seus *habitus* relacionados ao papel de médico os aproximam e os diferem daquela pessoa que eles atendem na comunidade pobre de um grande centro urbano.

Segundo Bourdieu, em *A distinção*, o *habitus*, “estrutura estruturante que organiza as práticas e a percepção das práticas, é também estrutura estruturada: o princípio de divisão em classes lógicas que organiza a percepção do mundo social é, por sua vez, o produto da incorporação da divisão em classes sociais” (BOURDIEU, 2006[1982] p.162-168).

Esse conceito é interessante a este estudo justamente pelo fato de admitir que o *habitus* se constitui em um conjunto de códigos estruturados e estruturantes que são comuns aos grupos classificáveis socialmente. Assim, médicos tem *habitus* e estilo de vida afins e que vão provocar ações práticas semelhantes. Desse modo, ao estudar as competências médicas dos participantes do estudo, estamos tentando captar o *habitus* relacionado ao estilo de vida médica dentro de sua posição de classe.

O *habitus* não é conceito estático e pode se manifestar na prática de formas diferentes de acordo com o contexto. O médico, conforme sua história, tem outros conjuntos de *habitus* além daquele relacionado ao estilo médico, de forma que a depender da situação, o esquema pode produzir práticas diferentes (BOURDIEU, 2006 [1982], p.162-168). Para este trabalho, deve-se levar em consideração que a relação médico-paciente é marcada por uma relação de poder, em que o profissional se encontra em posição de privilégio. Paralelamente, na relação matricial (e na relação entre pesquisador e sujeito da pesquisa), este autor (enquanto médico especialista) pode assumir posição de privilégio por ser reconhecido enquanto detentor de saber específico.

Essa noção deve ser levada em conta pelo clínico da atenção psicossocial no apoio matricial e pelo pesquisador na análise das informações obtidas pela pesquisa através dos momentos de matriciamento e da estratégia educativa.

De forma arbitrária, para fins de método de pesquisa, chamaremos o *habitus* relacionado à formação médica de *habitus secundário*; aqueles relacionados a outros “grupos” sociais serão citados como *habitus primário* no intuito de tentar diferenciar como o estilo de vida médico influencia na sua visão (e ação) nos casos de grupos de pessoas com transtornos mentais.

Considerando o conjunto de saberes e práticas de um determinado grupo social (médicos) acerca dos transtornos mentais e consumo de drogas, seria possível identificar interferência do *habitus* na produção de cuidado de saúde dessa população? Em que medida a formação tem capacidade de intervir em conceitos e

atitudes no intuito de minimizar os efeitos do estigma como barreira de acesso? Em outras palavras, até que ponto a formação acadêmica pode intervir no *habitus*?

A mudança curricular proposta para a formação do médico almeja uma transformação no modo de atuação desse profissional. Considera fundamental estratégias que afastem o graduando em medicina de uma aprendizagem focada em aspectos exclusivamente biomédicos e curativista. Propõe, portanto, medidas de problematização do *habitus* médico (ou de algum aspecto a ele relacionado) que direcionam a formação e futura atuação profissional.

Na busca de alinhar o *habitus* com as teorias do processo formativo, a pedagogia de Paulo Freire trará importante contribuição e será discutida mais adiante no item sobre a estratégia educativa no capítulo 3.

Capítulo 3 – O campo de pesquisa

A contextualização do campo de pesquisa é fundamental para compreender os passos do trabalho. Neste capítulo, abordaremos o método do estudo, que utiliza recursos da etnografia: inserido como clínico na RAPS em estudo, o pesquisador realizou observação participante como método exploratório do campo. O matriciamento entre equipe do CAPS e estratégia de saúde da família foi o cenário para estudar competências médicas para o atendimento a pessoas com transtornos mentais e de como o estigma pode se manifestar no ambiente da atenção primária e que relação ele faz com o *habitus*.

Foi nesse contexto também que o pesquisador entrou em contato com o cuidado territorial em saúde mental, provocando as mudanças já comentadas na sua atuação clínica e política.

Apesar de o método da observação direta no campo do matriciamento ter mostrado limitações (descritas mais adiante), a estratégia educativa realizada mostrou mais potência para observação e análise das competências marcadas pelo estigma. A seguir apresentamos a ideia metodológica do trabalho e os caminhos percorridos para obtenção dos dados.

3.1. O contexto

Esta pesquisa nasce a partir de observações da prática assistencial na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ipojuca- PE pelo pesquisador no papel de médico assistente do CAPS II (com atuação em matriciamento) da cidade. Neste momento, pretende-se descrever o território em que o estudo se desenvolve: as características geopolíticas, o contexto das gestões públicas e o cenário do cuidado em saúde.

O Município é peculiar em sua geopolítica por ter passado por um processo de transformação desde a explosão econômica proporcionada pelo Complexo Portuário de Suape. Ipojuca atualmente está situado, em relação à organização política estadual, na Região de Desenvolvimento Metropolitana (RD12), com área de cerca de 530 Km², a uma distância de 49 Km da capital (IBGE, 2010).

Limita-se ao norte com o município do Cabo de Santo Agostinho; ao sul com o município de Sirinhaém; ao leste com o Oceano Atlântico e ao Oeste com o município

de Escada. A população apontada no censo de 2010 é de 80.637 habitantes, sendo 39.890 homens e 40.747 mulheres. Cerca de 25% da população (20.918 habitantes) reside na Zona Rural, na qual a produção de cana-de-açúcar é a atividade predominante (IBGE, 2010).

O Município é composto por três distritos com características sociodemográficas distintas: Ipojuca Centro, Nossa Senhora do Ó e Camela. Ipojuca Centro é o centro político da cidade, onde se situam a prefeitura, as principais secretarias municipais e também os principais serviços à população. Da saúde nesse território, situam-se um CAPS II, um dos serviços de pronto-atendimento (SPA), uma Unidade de Pronto-atendimento (UPA), uma maternidade, uma residência terapêutica do tipo I, uma policlínica com atendimento ambulatorial de psiquiatria e psicologia e 4 unidades de saúde da família e comunidade. Além disso, estão lá também o Centro Odontológico Especializado (CEO), o Programa Mãe Canguru, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e a sede do Laboratório Municipal. Esse distrito também engloba um dos bairros mais vulneráveis do ponto de vista social e sanitário.

Nossa Senhora do Ó engloba bairro de mesmo nome que já foi centro da cidade no passado e com atividade comercial forte. A praia de Porto de Galinhas e Suape também estão inseridos nesse distrito sanitário, marcado pela presença de grupos inimigos relacionados ao tráfico de drogas. São constantes os relatos de mortes e outros problemas de saúde relacionados ao tráfico. Esse distrito tem 5 unidades de saúde da família e comunidade, uma policlínica e um Centro do Homem, ambos com atendimento ambulatorial de psiquiatria e psicologia, um SPA e um hospital geral sem funcionar, fechado para reforma há cerca de 5 anos.

Dentro do planejamento da gestão, o CAPS AD a ser aberto no município ficaria situado em Nossa Senhora do Ó. Discussões técnicas ocorreram sobre a localização desse serviço dentro de um território marcado pela disputa do tráfico. Mais adiante poderemos ver como alguns médicos da ESF se posicionaram em relação a isso.

O distrito sanitário de Camela é o mais vulnerável de todos. Está mais distante do Centro, com maior parte de sua área em zona rural, acesso mais precário para chegar e sair e tem como atividade econômica principal a indústria açucareira e a segue a rotina de sazonalidade do cultivo da cana-de-açúcar. A praia de Serrambi também está inserida nesse território. Dos equipamentos da saúde, dispõe de 4 unidade de saúde da família e comunidade, um SPA e uma policlínica com atendimento ambulatorial de psiquiatria e psicologia.

Ao longo de sua história, Ipojuca chegou a ter em seu território mais de 70 engenhos de cana-de-açúcar, e ainda hoje conta com duas usinas: Ipojuca no distrito de mesmo nome e Salgado em Nossa Senhora do Ó. O IDH era considerado muito baixo (0,457) em 2000, passando em 2010 a pontuar 0,619 (médio). Esse índice ainda está abaixo comparado a outras cidades pernambucanas, ainda mais se for considerado o Produto Interno Bruto (PIB) de Ipojuca. (IBGE, 2010) Por conta das praias visitadas por turistas de todas as partes do mundo (Porto de Galinhas, Muro Alto, Maracaípe, Serrambi...), tem o turismo como uma das principais atividades econômicas.

Atualmente, o Município também possui um dos grandes pólos industriais do estado de Pernambuco, pois ali estão situadas algumas grandes empresas instaladas ao redor do Porto de Suape, com origem na década de 70. Há pelo menos 2 décadas, o Complexo Portuário de Suape movimentou economicamente o município, contando com estaleiros, com a Refinaria Abreu e Lima e outras mais de 50 empresas que contam com isenções fiscais (área estadual até 75% de ICMS e área federal até 75% de IR). Esse complexo trouxe significativo crescimento adicional para a economia da região, criando cerca de 16 mil empregos diretos e 65 mil empregos indiretos e atraiu pessoas de todas as regiões do Brasil em busca de trabalho (MATTOSO, 2013).

Por esses motivos, principalmente por ter a segunda maior movimentação econômica do estado de Pernambuco, inferior apenas à economia da capital, Recife, em valores nominais, foi reconhecido sua importância para o Estado, sendo incluído na Região Metropolitana do Recife (RMR) desde 1994 (MATTOSO, 2013).

O complexo industrial atraiu para a Cidade migrantes de diversas regiões do país em busca de emprego, elevando a população e aumentando a demanda por serviços urbanos. A administração pública não acompanhou esse crescimento, tendo dificuldades de atender à demanda. O transporte público, por exemplo, é precário, dificultando inclusive acesso da população aos serviços. É necessário que o CAPS disponha de uma van para transportar os usuários dos distritos sanitários distantes, senão eles não chegariam para o tratamento.

O tamanho do território e as dificuldades de acesso à rede de saúde elevam a importância da atenção primária no cuidado às pessoas que não conseguem se deslocar de localidades mais distantes, por isso, são comuns casos de pessoas com transtornos mentais graves que não chegam aos especialistas em saúde mental, sendo acompanhados pelas ESF com apoio do CAPS.

Antes de sua inclusão na RMR, Ipojuca fazia parte da Zona da Mata Sul e era considerado Município satélite do vizinho Cabo de Santo Agostinho, utilizando muitos de seus equipamentos de saúde, principalmente os serviços de referência e/ou especializados (IPOJUCA, 2011). Hoje, com todas as mudanças pelas quais passa o Município, há a necessidade de implementar vários serviços de saúde para atender as demandas da população. Porém, Ipojuca enfrenta dificuldades nesse cenário de passagem de uma organização territorial de características interioranas para um centro urbano.

Dificuldades como o acesso difícil às várias localidades rurais, a escassez de serviços próprios em diversos setores, baixos índices de saneamento básico e educação precária da população foram somados ao aumento da demanda populacional e aos problemas de centros urbanos, como a violência (MATTOSO, 2013).

A situação de violência urbana é uma preocupação relatada e apontada como um empecilho ao cuidado. A ausência de equipamentos culturais também é responsabilizada pelas equipes de saúde como uma das possíveis causas de adoecimento psíquico e de uso abusivo de drogas, principalmente o álcool. São constantes os relatos dos profissionais de saúde sobre mulheres que procuram os serviços comunitários que se relacionam com pessoas – maridos ou filhos – envolvidos com drogas lícitas e ilícitas. Os conflitos entre grupos de traficantes fazem parte dos discursos dos médicos e as mortes referidas ao tráfico têm se tornado constantes. Pelo site Deepask, que compila dados epidemiológicos sobre as cidades, foram 46,63 homicídios por 10.000 habitantes em Ipojuca em 2013. A média nacional, no mesmo ano, foi de 26,99 por 10.000 habitantes (DEEPASK, 2018).

Todo esse cenário aparece nas falas de médicos das equipes de saúde da família quando em atividades de matriciamento. A aproximação dos médicos da realidade local aparentemente elevou a importância das condições sociais para o ato médico, tornando sua atuação mais complexa. Como clínico da atenção psicossocial, o pesquisador se aproximou da realidade dos territórios através do matriciamento, da aproximação com as equipes de saúde da família.

Relato de um caso ilustrativo do contexto da pesquisa

Com intuito de ilustrar melhor o contexto territorial a partir do matriciamento, o relato de um caso servirá como exemplo. O caso é o contexto de cuidado de uma usuária específica acompanhada por uma ESF com apoio do CAPS. Não será realizado o relato do caso da usuária, mas do contexto de matriciamento; o matriciamento em si é o caso.

Para facilitar a compreensão desse contexto pelo leitor, nominou-se a usuária de Amina de Porto (nome fictício, sem relação com a realidade) e será descrito por terem sido recorrentes as discussões de matriciamento sobre ela, inclusive com registros no diário de campo. É um caso complexo, situação que vem sendo seguido pela saúde mental e pela atenção primária conjuntamente há mais de dois anos e exigiu uma aproximação entre a Equipe de Saúde da Família do território e a equipe do CAPS.

Amina de Porto tem em torno de 60 anos e vive em um quartinho conjugado à casa em que um de seus filhos moram. Tem transtorno mental grave e persistente iniciado na juventude e é uma personagem peculiar do litoral ipojucano. A comunidade conhece Amina por ser andarilha pelas ruas de um distrito litorâneo de Ipojuca com o autocuidado prejudicado e atitudes muitas vezes hostis. São comuns os relatos de agressões e muitos comunitários têm medo dela. Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família também trazem dificuldades no seu cuidado devido ao comportamento ameaçador.

Para este trabalho, vamos considerar a parte da história de Amina que começa há cerca de 3 anos, quando saiu de sua última internação em hospital psiquiátrico de referência. Durante a internação, foi diagnosticada com tuberculose pulmonar e iniciado o tratamento adequado. Quando recebeu alta, a continuidade do cuidado no território e a necessidade de fazer 6 meses de tratamento para o bacilo da tuberculose foi um desafio. Amina nunca havia aderido a tratamento psiquiátrico e era necessário criar estratégias para o tratamento adequado da infecção. É nesse momento que a ESF de referência e o CAPS II passam a construir uma relação matricial.

Naquela ocasião, não havia sistematização das atividades matriciais realizadas pelo CAPS. Ocorriam momentos pontuais de discussão, geralmente provocada pelo CAPS, entre equipe especializada e as equipes de saúde da família em casos estratégicos, como ocorreu no caso de Amina. Esse foi um dos primeiros casos a serem acompanhados de forma sistemática entre CAPS e alguma equipe de Saúde da Família em Ipojuca. A experiência com essa situação foi um dos mobilizadores

dessa pesquisa, pois havia uma clara recusa da ESF de cuidar de Amina de forma adequada, pois membros da equipe se sentiam ameaçados por ela. Havia recusa, por exemplo, para a medicação assistida, procedimento comum em atenção primária no tratamento da tuberculose (MUNIZ, 1999).

Conhecida por ser violenta, Amina era evitada pelos profissionais de saúde, comunidade e familiares. Abandonou os tuberculostáticos, piorou clinicamente e chegou a ser internada em hospital geral devido ao agravamento clínico, mas após 15 dias recebeu alta para continuar tratamento em domicílio. Foram necessárias discussões permanentes entre setores da saúde (atenção primária, saúde mental e programa de controle da tuberculose), nas quais havia uma tendência à responsabilização exclusiva da saúde mental, em contraponto ao conceito de corresponsabilização em saúde.

As discussões de matriciamento com a ESF de Amina pareciam mais um embate, no qual a saúde mental tentava mostrar à atenção primária sua responsabilidade frente ao caso. Mesmo com reuniões tensas, foram compactuados acordos de responsabilidade de cada equipe sob os cuidados de Amina. Ao final de alguns meses, ela concluiu seu tratamento para tuberculose, tornando-se não bacilífera, podendo-se considerar que as discussões e ações em saúde foram eficientes para esse cuidado específico necessário à usuária. Em relação à postura da equipe de saúde da família, não se percebeu muita diferença. O cuidado à sua saúde sempre exigiu discussões acirradas entre equipes. Porém, independente disso, os internamentos em instituições psiquiátricas, antes comuns, não ocorrem há mais de 3 anos.

Pode parecer que a atividade matricial teve um efeito de diminuir barreiras de acesso independente de intervir no estigma. Embora importante, discutir essa possibilidade não é objetivo do trabalho, pois, independente disso, tentar desconstruir o estigma é uma obrigação ética da atividade de matriciamento. Assim, esta pesquisa busca estudar as competências médicas relacionadas ao estigma com objetivo de melhorar o acesso da população com transtornos mentais. Mesmo considerando a hipótese de o matriciamento garantir acesso independente de interferir no estigma, o estudo se preocupa com problematizar o efeito do estigma no mecanismo de geração de barreiras de acesso à saúde.

A violência urbana é um outro viés que precisa ser analisado neste estudo, pois não dá para desconsiderar o medo do risco objetivo sentido por profissionais de se

tornarem alvo de violência. Porém, apesar da relação direta da violência como barreira de acesso à parte da população, não cabe a este estudo se aprofundar nessa questão.

Em um dos encontros de matriciamento, a médica da ESF informou que tem tido mais dificuldade em acessar a área de Amina por estar em local dominado pelo tráfico. A equipe se sente ameaçada em entrar no território. Informou ainda que a usuária tem sido ameaçada de morte caso faça algo que desagrade as pessoas do tráfico, que oferecem cigarro de maconha para ela ficar mais calma.

Sem desconsiderar a existência de violência no campo como barreira ao cuidado, não se pode perder de vista que uma parcela da população está desassistida simplesmente pela associação automática (preconceito) dos transtornos mentais à violência e a outros conceitos negativos. (THORNICROFT, 2006) O trabalho pretende compreender o quanto esses conceitos negativos atribuídos aos transtornos mentais estão envolvidos nessa barreira. Por que o fato de ter transtorno mental ou fazer uso de drogas impele os profissionais de saúde (o médico, para fins desse estudo) a evitar o atendimento dessa população? O quanto dessa ideia interfere nesse cuidado?

Indubitavelmente, o caso de Amina suscitou o movimento do CAPS II de realizar matriciamento de forma sistemática. Para a equipe do CAPS, o estigma relacionado aos transtornos mentais leva a entraves na discussão de casos e dificultam o engajamento da atenção primária no cuidado da população. Assim, desde 2015 o CAPS II decidiu realizar matriciamento de forma planejada e contínua, com foco em ações pedagógicas. Dois profissionais do serviço ficam como referência para o matriciamento de 4 a 5 Equipes de Saúde da família, realizando encontros sistemáticos para discutir saúde mental por 6 meses. A cada seis meses, são escolhidas novas 4 ou 5 Equipes. Além disso, casos estratégicos (e situações) dos territórios que não estão sendo matriciados momentaneamente pelo CAPS são discutidos por intermédio do NASF.

O pesquisador, enquanto psiquiatra do serviço, fazia matriciamento dos casos mais graves, geralmente casos desafiantes por serem graves e não frequentarem o CAPS – por não desejar, por falta de crítica ou por estar em localidade de difícil acesso. Portanto, o matriciamento de que trata este trabalho tem a especificidade de envolver principalmente casos de transtornos graves persistentes. O pesquisador era o único profissional da psiquiatria do CAPS, acumulando a assistência de todos os usuários frequentadores do serviço e o apoio à ESF para os casos mais difíceis assistidos no território. Os demais psiquiatras do município trabalham no formato do

ambulatório tradicional nas policlínicas. Essa especificidade também importa para o estudo. Na maior parte das vezes, não se tratava de atividade matricial relacionada a transtornos mentais comuns (mais frequentes na atenção primária), mas de apoio para assistência de casos desafiadores. Isso gerou alguns empecilhos à observação participante, mas a estratégia educativa permitiu a discussão de vários contextos em saúde mental, avançando na obtenção das informações interessantes ao estudo.

Um dado que não pode ser negligenciado é a ausência de uma política de matriciamento promovida pela gestão municipal. Aliás, a política de saúde mental no município vem sendo construída pela militância de alguns membros do CAPS II. Como já introduzido, a própria abertura do CAPS II em 2012 foi impulsionada pelos trabalhadores com compreensão da necessidade da construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (IPOJUCA, 2011). Em alguns momentos a coordenação de saúde mental do município foi ocupada por pessoas sem experiência técnica ou gestora na saúde mental, exigindo da gerência do CAPS II uma ação de “matriciamento” com a gestão.

A percepção é de uma ausência de compreensão por parte da gestão da Política de Saúde Mental e fica a cargo dos trabalhadores dos CAPS II resistir e saber negociar com os gestores a construção da RAPS. Tem havido uma tendência a encaminhamentos de adolescentes para Comunidades Terapêuticas, prática que vem sendo enfrentada pela gerência do CAPS II. Muitos internamentos, inclusive com decisão judicial, foram revertidos devido às articulações com a gestão e com a atenção primária para dar um cuidado substitutivo às comunidades terapêuticas. O CAPS II vem tentando negociar a abertura do CAPS AD, equipamento fundamental para esse território.

Além disso, não se pode desconsiderar que esse trabalho foi desenvolvido em um momento de tensão política no município. Candidato à reeleição, o então prefeito perdeu as eleições de outubro de 2016 para um candidato cuja candidatura fora impugnada pela justiça eleitoral. Essas eleições foram canceladas e o presidente da Câmara dos Vereadores assumiu a gestão até novas eleições em abril de 2017, quando 55% dos eleitores ipojucanos elegeram a esposa do tal candidato impugnado em 2016, havendo mudança de gestão.

Durante o longo período de transição de gestão, algumas ações públicas não funcionaram devido à transição de pessoas em cargos estratégicos na gestão. Esse cenário dificultou alguns procedimentos da pesquisa, pois houve um momento de

“esfriada” nos processos de trabalho da rede de saúde, dificultando ainda mais o matriciamento e a pesquisa, que necessitou de alguns rearranjos metodológicos ao longo do percurso.

Inicialmente a estratégia educativa estava programada para ser aplicada a todos os profissionais da atenção primária, mas diante do contexto, as articulações para que ela ocorresse foram difíceis. A realização da estratégia foi possível apenas com os médicos do Programa Mais Médicos, após contato direto com um dos supervisores de referência para o município, que considerou importante que o tema fosse abordado com os médicos. No encontro mensal de supervisão em setembro, foi realizada aula com tema: “Cuidado em saúde mental na atenção primária” com metodologia ativa de ensino - problematização.

A seguir, serão abordados com mais detalhes os métodos de pesquisa aplicados no campo: a observação participante do matriciamento e de uma estratégia educativa aplicada.

3.2. O método

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ pelo parecer número 1.988.933. Ele utiliza recursos da pesquisa qualitativa na busca de observar o estigma nas competências de médicos da atenção primária e como isso leva à produção de barreiras de acesso. Os procedimentos metodológicos tradicionais das ciências sociais já têm sido utilizados nas pesquisas em saúde em interface com a sociologia e antropologia. Minayo (2014), em *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*, discute sobre possibilidades e desafios da abordagem sociológica/antropológica no campo da saúde.

Antes de tudo, é importante ratificar, assim como demonstra a autora em seu trabalho, que o objeto de pesquisa nas ciências sociais é incontestavelmente histórico; ainda mais, considera indivíduos e coletivos detentores de mecanismos de consciência da realidade histórica e de capacidade para interpretá-los e transformá-los (MINAYO, 2014. p.39).

Os fatos sociais, econômicos e culturais influenciam diretamente o desenvolvimento da ciência e, portanto, o investigador nunca terá uma posição neutra para a escolha de temas e para os questionamentos da realidade, para a escolha do método utilizado e para a análise dos dados. Ao contrário, investigador e objeto de

pesquisa encontram-se unidos por laços sociais que devem ser levados em conta na produção de conhecimentos (MINAYO, 2014. p. 40-42).

Desta forma, o presente estudo aproxima-se do campo da antropologia médica, conforme definido pelos autores abaixo:

Abordagem [que] permite sair do medicocentrismo, ao não aceitar de imediato as categorias médicas e seus diversos significados, encaminhando muito mais o trabalho para espaços e experiências do sofrimento das quais a doença pode ou não ser uma manifestação, e redefinindo as fronteiras do político, do corporal e do subjetivo (SAILLANT e GENEST, 2012, p.31).

No estudo, pesquisador e sujeitos participantes da pesquisa possuem graduação em medicina e atuam dentro de um mesmo território, embora com atribuições distintas (o primeiro como especialista e esses como médicos da estratégia de saúde da família), mas encontrando a interseção no cuidado da população com transtornos mentais. Isso facilitou a aproximação do investigador dos sujeitos estudados e a compreensão do modo de pensar atribuído à formação médica.

A maior experiência (e a formação especializada) do pesquisador com a área da psiquiatria, por distingui-lo dos sujeitos de pesquisa, possibilitou a observação distante das competências relacionadas com o objetivo da pesquisa dos médicos não especialistas. Dessa maneira, todo o processo de formação daquele que investiga influencia na forma como enxerga a atuação dos participantes nessa área em que é especialista. Como fluxo da relação pesquisador-sujeito de pesquisa, os não especializados na saúde mental também produzem elementos próprios sobre o objeto de estudo, sendo capazes de fazer interpretações.

Nas pesquisas sociais de forma geral, mais comumente aplicados entre participantes leigos, esses elementos são conhecidos como senso comum, expresso “na forma pela qual os seres humanos chegam ao sentido da realidade objetiva”. (MINAYO, 2014. p.150) Minayo os chama de “primeiro nível” de interpretação, sendo o conteúdo para análise da pesquisa quando questionado criticamente (MINAYO, 2014. p.41).

No caso deste trabalho, não podemos afirmar que os participantes sejam leigos, já que são médicos e a longa formação deveria garantir um conjunto de competências, distanciando os sujeitos da posição de imperitos. Dessa forma, por aproximação analógica, ampliamos a ideia de senso comum para a de *habitus* – primário (quando se referindo ao senso comum proveniente da cultura de uma forma

geral) e secundário (quando se considerou a transformação do senso comum pela formação médica). Conforme Bourdieu em *A Distinção* (2007), “a experiência comum do mundo social” é o “reconhecimento de uma ordem” que já estava estabelecida anteriormente na memória, ou “no cérebro”. No caso do *habitus* secundário, pode-se considerar a existência de uma experiência comum à classe médica e a formação é um meio para o reconhecimento de tal ordem “gravada no cérebro” da classe.

Do ponto de vista da abordagem metodológica, este trabalho encontra aproximações e divergências em relação às modalidades de abordagens metodológicas: etnometodologia, interacionismo simbólico, investigação participante e a dialética hermenêutica, como mostra o quadro abaixo, construído a partir das características trazidas pela Minayo (2014, p.149-169).

Modalidades	Aproximações	Divergências
Etnometodologia	Sem intenção de produzir análises culturais totalizantes, busca pela compreensão de símbolos e categorias empíricas relacionadas ao estigma	Descrição minuciosa e densa das pessoas, suas relações e culturas – o estudo tem limites na inserção do campo e não tem intenção de descrição robusta
	Utilização da observação participante como procedimento metodológico	
	Busca pela compreensão de símbolos e categorias empíricas (relacionadas ao estigma) e interferência nas relações humanas	
	Aplicação de procedimentos interpretativos	
	Reconhecimento de fatores que condicionam a visão das pessoas sobre sua situação social	
Interacionismo simbólico	Investigação da interação entre símbolos e relações sociais – o transtorno mental enquanto símbolo e o estigma como operador nas relações interpessoais	Não exigência que pesquisador substitua sua perspectiva pela do grupo estudado

Interacionismo simbólico (cont.)	Necessidade de apreender e compreender a natureza reflexiva dos sujeitos da pesquisa	
	Compreensão da ação como produto do pensamento	
Investigação participante e investigação-ação	Compreensão da ideia de um sujeito popular com atuação política	Não participação dos sujeitos pesquisados em muitas etapas da pesquisa
	Valorização do espaço local como <i>locus</i> político	Ausência de plano de ação em conjunto
	Visão do pesquisador como ator político transformador	Não socialização dos dados da pesquisa como etapa da pesquisa
	Concepção de que o reconhecimento dos interesses de classe é necessário à inclusão social	
	Crença na investigação social como agente de mudanças	
	Possibilidade de integrar os participantes no debate político	
Dialética hermenêutica	Entendimento de que a experiência cultural traz os resultados dos consensos que se convertem em estruturas, vivências, significados e símbolos	Limitações na compreensão do contexto de cada sujeito de pesquisa
	Busca por compreender o contexto histórico dos diversos atores e das propostas que produzem	Limitações na compreensão do contexto de cada sujeito de pesquisa
	Compreensão dos limites da linguagem, devendo ser apreendida de forma crítica pelo pesquisador em relação ao contexto	
	Assume o papel de julgar e tomar posições sobre o que ouve, observa e compartilha	

Quadro 3 – Abordagens metodológicas

Fonte: Minayo, 2014. p.149-169

A análise dos aspectos metodológico da pesquisa e a reflexão acerca da análise dos dados, levou-nos ao livro *Ethnomethodology*, em que Roy Turner (1974)

em seu capítulo intitulado *Words, Utterances and activities*, faz reflexões acerca da linguagem como limites da pesquisa sociológica. Ele defende que a comunicação oral tem um papel que vai além da simples comunicação, tendo ainda uma função de ação – “fazer coisas com palavras”. Argumenta que, para o estudo sociológico, a fala não deve ser tomada como tendo a função apenas de reportar uma forma de agir. Isso exige uma metodologia que analise trechos de conversas tendo em vista o poder de ação das palavras.

Na análise dos dados obtidos nesta pesquisa, tentou-se obedecer a fórmula proposta por Turner para estudar trechos de conversa: [sujeito da fala/ação] + [verbo da ação] + [complemento]. Para ele, a transcrição de conversas e sua disposição em fórmulas permitiria a identificação de itens enquanto instâncias de ações. Ele enfatiza que a simples correspondência semântica e sintática das palavras não é suficiente para uma análise de discursos associados às ações. É importante uma compreensão do contexto, pois os sentidos das palavras podem variar de acordo com quem é que fala, qual a forma (entonações por exemplo) de dizê-las e o contexto cultural em que comunicador e ouvinte estão inseridos (TURNER, 1974).

Turner (1974) defende ainda que o sociólogo deve colocar como questionamento a forma como a comunicação verbal escapa (ou se evidencia) enquanto atividade unitária reconhecível. Isso requer que o autor explique os recursos que ele compartilha com os sujeitos pesquisados e que fazem dar sentido à comunicação analisada no trecho de uma conversa. Para ele, a identificação entre os participantes (quando compartilham características em comum) contribui para a compreensão da comunicação verbal. Pode-se pensar que indivíduos de uma mesma classe compartilham recursos (socioculturais e de classe) para que a comunicação entre eles seja mais efetiva.

Em um estudo sociológico, a tarefa do pesquisador em descrever cenas acontecendo naturalmente é a de não recusar sua habilidade de dar sentido aos acontecimentos e, sim, explicar por meio de que recursos ele dá esse sentido. Tal explicação provém de um esforço cumulativo, em que a revelação dos modos como operam os sujeitos em seus fazeres permite aos sociólogos tanto replicar seus dados originais como gerar novas instâncias que outros sociólogos poderão reconhecer (TURNER, 1974).

Ainda sobre os aspectos metodológicos, não se pode deixar de comentar o trabalho já citado *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* de

Erving Goffman (2008), um exemplo do interacionismo simbólico, cuja metodologia exige a apreensão e compreensão da natureza reflexiva dos sujeitos da pesquisa. No trecho a seguir, retirado desse livro, pode-se perceber o interesse pela investigação da interação entre os símbolos e as relações sociais e a reflexão sobre o modo de pensar interferindo no modo de agir, concepções também buscadas pelo presente trabalho:

Além disso, embora algumas dessas normas, como a visão e a alfabetização, devam ser, em geral, sustentadas com total adequação pela maior parte das pessoas da sociedade, há outras normas, como as associadas com a beleza física, que tomam a forma de ideias e constituem modelos perante os quais quase todo mundo fracassa em algum período da sua vida. E mesmo quando estão implícitas normas amplamente realizadas, a sua multiplicidade tem o efeito de desqualificar muitas pessoas. Por exemplo, num sentido importante há só um tipo de homem que não tem nada a se envergonhar: um homem jovem, casado, pai de família, branco, urbano, do Norte, heterossexual, protestante, de educação universitária, bem empregado, de bom aspecto, bom peso, boa altura e com um sucesso recente nos esportes. Todo homem (norte-) americano tende a encarar o mundo sob essa perspectiva, constituindo-se isso, num certo sentido, em que se pode falar de um sistema de valores comuns na América. (...) Os valores de identidades gerais de uma sociedade podem não estar firmemente estabelecidos em lugar algum, e ainda assim podem projetar algo sobre os encontros que se produzem em todo lugar na vida cotidiana (GOFFMAN, 2008. p. 109).

Neste trabalho, a observação participante consiste no procedimento metodológico central da investigação, sendo aplicado nas atividades de matriciamento e na estratégia educativa. Buscou-se observar os modos de pensar e de agir dos médicos da atenção primária na prática do cuidado às pessoas com transtornos mentais.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a observação com anotações teve início em novembro de 2016 e teve fim em dezembro de 2017. A estratégia educativa foi gravada em áudio com consentimento dos participantes e transcrita para análise. O roteiro de observação é apresentado mais adiante. A metodologia da aula também será discutida no tópico sobre ela.

Comumente, casos clínicos foram relatados pelos participantes, mas não serão utilizados de forma direta neste trabalho, pois interessa, na verdade, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais diante deles. Como referência na busca de conteúdo com estigma, o estudo de Thornicroft (2006) fundamentou as interpretações dos dados a partir de perguntas-chaves detalhadas à frente.

3.3. A observação do campo

A observação de campo inicialmente não teve roteiro, sendo livre para uma observação preliminar do campo. Essa primeira etapa sinalizou a necessidade de explorar o campo em dois aspectos, pois eles pareciam fazer relação com as barreiras de acesso à saúde: o contexto (a investigação de como o contexto do território aparece no discurso dos médicos quando discutindo o cuidado da população) e as competências médicas (e como o estigma está em relação com essas competências e com o *habitus*).

Esse método é estratégico para a observação de habilidades e atitudes em tempo real e, se bem estruturado, pode levantar dados importantes. O ensino médico tem utilizado avaliações específicas para habilidades e atitudes com simulações e observações de situações reais, como o OSCE – Objective Structured Clinical Examination (LOPES; TOGNOLI; LOPES, 2012 p.404-411). Este trabalho não utilizou esses modelos avaliativos, pois não era objetivo avaliar competências, mas observar a relação dessas competências com o estigma.

Para tornar mais objetiva a captação dos dados, um roteiro foi desenvolvido com perguntas que facilitassem a captura deles: no total de 8 perguntas, 2 eram direcionadas ao contexto e 6 às competências (2 para conceitos, 2 para habilidades e 2 para as atitudes). Foram 15 registros em diário de campo de momentos como atendimentos em conjunto entre pesquisador e ESF, discussão de casos e reuniões interessantes ao tema da saúde mental na estratégia de saúde da família.

A amostra desta parte da pesquisa foi constituída por profissionais da ESF que participaram de atividades de matriciamento e que aceitaram participar do estudo, assinando TCLE. Apesar de o foco ser em médicos, em muitos espaços, houve participação de outros profissionais, contribuindo para o contexto do campo. Eles assinaram TCLE específico para profissionais não médicos da atenção primária. Entre eles, participaram enfermeiros de unidades básicas de saúde, outros profissionais do NASF e gestores.

Um importante momento da observação foi a participação do pesquisador em novembro de 2016 em uma reunião com todos os profissionais das ESF para conversar sobre a implantação do CAPS AD (previsto para dezembro daquele ano, mas ainda não implementado até o fim desta pesquisa em 2018).

O caso de Amina de Porto, relatado na contextualização do campo, foi retirado do caderno em momento de visita domiciliar conjunta (CAPS e ESF) e em reuniões. É talvez um dos casos mais desafiadores do território por envolver aspectos de adesão ao tratamento, situações de violência e estigma da equipe de saúde. O caso clínico em si é o menos importante para a pesquisa, já que o estudo está interessado na postura do médico e na relação que ele estabelece com a população com transtorno mental e em consumo de drogas.

Contexto	Conceitos	Habilidades	Atitudes
<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>1) Que elementos do território são citados pelos médicos como facilitador ou entrave ao cuidado?</p> <p>2) Que relação o médico estabelece com a atividade de matriciamento? (É interessado ou não, entende como apoio e cogestão ou como atendimento especializado, prefere encaminhar ao ambulatório)</p>	<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>3) Que conceitos são usados por médicos para identificar/classificar os usuários como tendo transtorno mental/ uso problemático de substâncias?</p> <p>4) Há conceitos que relacionam de forma indiscriminada esses usuários com violência, incapacidade para o trabalho, desesperança de recuperação, problemas de relações interpessoais, impossibilidade de viver em comunidade, tráfico de drogas ou outros conceitos estigmatizados/estigmatizadores?</p>	<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>5) Na condução dos casos, existem ações que denotam estigma, como recusa/ resistência a atendimento, negligência de queixas psíquicas, desvalorização de situações clínicas, condução inadequada das consultas ou outros?</p> <p>6) Há tendência a encaminhamentos para tratamentos em Hospitais ou comunidades terapêuticas (sem relação com indicação clínica)?</p>	<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>7) Como é a postura do médico quando em contato com (ou quando discute sobre) o usuário da saúde mental? (interessado, profissional com tendência a neutralidade, desinteressado, resistente, avesso/evitativo?)</p> <p>8) Que elementos da abordagem do médico tendem a aproximar ou a afastar o usuário do cuidado?</p>

Quadro 4 – Roteiro de observação do campo de pesquisa

Não foi simples a tarefa de observar e responder a essas perguntas, devido às peculiaridades da inserção do pesquisador no campo: como único psiquiatra para atender à demanda de crise (no CAPS e no território), havia uma tendência em priorizar os atendimentos no serviço em detrimento das atividades matriciais; quando estava com equipes de saúde de família no território, o pesquisador assumia o triplo papel de assistência do usuário (com quadro clínico complexo), de promotor de ensino à equipe e de observação científica do momento.

Esse acúmulo de papéis dificultou percepções e anotações em diário de campo *in loco*, configurando um limite do método ajustado ao contexto. De toda maneira, a observação participante foi útil para o planejamento da segunda etapa da pesquisa, a estratégia educativa. O contato prévio entre pesquisador e participantes gerou um vínculo que pode facilitar a aula e a confiança entre os participantes pode levar a caminhos diferentes de uma aula em que os educador e educandos não têm relação anterior.

3.4. A estratégia educativa

Essa etapa da pesquisa é uma lente na observação do campo com objetivo de aumentar a sensibilidade para a evidência das competências pedagógicas dos participantes. A discussão de temas é prevista como uma das atividades de matriciamento. Não se trata de uma pesquisa de intervenção, porque o presente trabalho não se preocupa diretamente com os efeitos da estratégia educativa; esse efeito não será avaliado. Porém, esse método pareceu útil para observação e posterior análise do estigma na interface com os aspectos pedagógicos do trabalho.

No início deste projeto, pensou-se em fazer a estratégia educativa no espaço de reunião da atenção primária, da qual participam todos os profissionais de nível superior das ESF. Seriam cerca de 30 participantes, média de profissionais presentes nessas reuniões sistemáticas. A mudança desta etapa do campo para a reunião de supervisão do PMM trouxe benefícios metodológicos: o menor número de participante facilitou o método ativo de ensino.

O fato de a aula ter ocorrido em um espaço de supervisão, momento para discussão de casos e de situações vividas na atividade dos médicos, aproximou mais o método com a técnica de grupos Balint². Porém, embora o método da aula tenha puxado a discussão a partir de casos, não houve intenção em utilizar a metodologia desses grupos, já que ele não é método de ensino. De toda forma, como discutido no Referencial Teórico, sua teoria contribui para algumas reflexões do trabalho por sua

² Os grupos Balint foram desenvolvidos pelo médico Michael Balint para auxiliar médicos generalistas a lidarem com os sentimentos da relação médico-paciente com ênfase no ambiente hospitalar. O resgate desse método para a atenção primária demonstra a importância dada pela MFC à aprendizagem de atitudes médicas frente à sua clientela.

contribuição ao processo de ensino-aprendizagem da relação médica com a pessoa (BRANCO; FREITAS; CANTARELLI, 2012 p.153).

O método de Paulo Freire

A prática educativa freiriana dá suporte ao método pedagógico utilizado e sua teoria contribui para análise dos resultados por reunir particularidades interessantes ao estudo. Primeiro porque seu método parte invariavelmente da realidade dos educandos e educadores, buscando compreender os contextos históricos e as relações sociais, culturais e de classe. Um método que pretenda abordar o estigma como objeto de aprendizagem não pode deixar de considerar esses aspectos.

As obras de Paulo Freire ensinam que educação é uma forma de intervir no mundo, que o ato de refletir não fica estancada na mera reflexão, mas se estende para a ação, com potencialidade de transformar as relações de poder (FREIRE, 1987). Esse percurso que vai da observação da realidade, passa por reflexão e segue com a ação e a transformação da realidade interessa ao matriciamento e a este estudo.

A práxis é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Sem ela, é impossível a superação da contradição opressor-oprimidos. Desta forma, esta superação exige a inserção crítica dos oprimidos na realidade opressora, com que, objetivando-a, simultaneamente, atuam sobre ela. Por isto, inserção crítica e ação já são a mesma coisa. Por isto também, é que o mero reconhecimento de uma realidade que não leve a esta inserção crítica (ação já) não conduz a nenhuma transformação da realidade objetiva, precisamente porque não é reconhecimento verdadeiro. (FREIRE, 1987, p. 25)

Para ele, o profissional tem um compromisso com a sociedade e esse compromisso só é possível com a capacidade de atuar e refletir (FREIRE, 1979.p.17). Para o matriciamento engajado com a inserção social do louco, o método pedagógico deve provocar a práxis, tencionando reflexão acerca da realidade de trabalho. Apenas a reflexão sobre a ação é capaz de transformar a própria ação e, assim, o mundo. O autor desta pesquisa aposta que esse é um caminho para a aprendizagem da competência cultural referida no referencial teórico por possibilitar, enquanto método pedagógico, a problematização da realidade social e política.

O matriciamento é uma ferramenta técnico-pedagógica potente e permite que os profissionais reflitam sobre casos e temas que fazem parte do seu fazer, no local onde fazem. Considerando que, para Freire (1996), o ensinamento técnico não pode ser dissociado da formação moral, a prática do matriciamento não pode se eximir de seu caráter ético de construir uma prática de saúde com respeito à dignidade humana. Ou pode-se dizer que é coerente a esse princípio freiriano que o matriciamento em saúde mental leve em consideração, além de trocas de conhecimentos técnicos, as características da relação médico-paciente no contexto da loucura. Ter transtorno mental ou consumir drogas afeta essa relação?

Levando em consideração a história de exclusão e anulação, a luta pelos direitos dessa população e a conquista da cidadania sempre tendeu a caminhar ao lado da prática técnica. A clínica não deve se dissociar da política. O processo de reabilitação psicossocial, de inclusão social depende da esfera política – macro e micropolítica.

Este trabalho, assim como a pedagogia da libertação, se ocupa da micropolítica. Observando essa constatação, não podemos afirmar que a clínica necessita de um processo de formação de profissionais cuja pedagogia contribua para a não dissociação entre prática e política? Nesse sentido, os pensamentos de Paulo Freire servem muito bem à formação para a clínica da reforma psiquiátrica. Servem muito bem à prática do matriciamento se Equipe de Apoio e Equipe de Referência assumirem sua posição de educadores e aprendizes, não necessariamente nessa ordem, sob uma perspectiva crítica e transformadora. A práxis da saúde mental exige reflexões profundas sobre a realidade, exige transformação ética e política, exige o reconhecimento do papel de transformação do mundo. Para tanto, exige o que Freire (1996) chama de “reconhecimento de ser condicionado”.

(...) Sei que sou um ser condicionado, mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele. Esta é a diferença profunda entre o ser condicionado e o ser determinado. A diferença entre o inacabado que não se sabe como tal e o inacabado que histórica e socialmente alcançou a possibilidade de saber-se inacabado. Gosto de ser gente porque, como tal, percebo afinal que a construção de minha presença no mundo, que não se faz no isolamento, isenta da influência das forças sociais, que não se compreende fora da tensão entre o que herdo geneticamente e o que herdo

social, cultural e historicamente, tem muito a ver comigo. (FREIRE, 1996. p.31)

Por se reconhecer inacabado, o sujeito estaria num “permanente processo social de busca”, que coloca os homens e as mulheres em uma situação de responsabilidade sob suas ações no mundo: eu sou sujeito da história, eu transformo o mundo e devo fazê-lo com responsabilidades éticas (FREIRE, 1996).

Em seu livro *Educação e Mudança*, Freire (1979) circunscreve seu método para uma sociedade em transformação. Ele argumenta que uma época histórica é formada por um conjunto de valores que buscam a plenitude, mas enquanto são envolvidos pelo homem, inacabado e consciente de seu inacabamento, a sociedade está em constante mudança. Para que essa transformação seja desempenhada com criticidade e possibilite a transformação da realidade em busca de superar a via dominante, Freire aponta propriedades do método educativo: ele deve ser ativo, crítico e dialogal.

A aplicação da estratégia (a aula)

O contexto municipal inviabilizou a inserção do pesquisador nas reuniões da atenção primária. Um caminho para superar essa dificuldade foi o contato com o supervisor do Programa Mais Médicos de referência para o município, que de pronto mostrou-se interessado na aproximação com a saúde mental. A realização da estratégia educativa só foi possível pelo contato que o pesquisador fez com esse supervisor. Ele foi receptivo e considerou importante o tema da saúde mental para os médicos, abrindo espaço para a aula em um dos encontros de supervisão do PMM em setembro.

A estratégia pedagógica foi sendo amadurecida no caminho de buscar uma forma de captar o estigma nos conceitos e na experiência prática dos médicos com a população com transtornos mentais. Para Freire (1987), o processo de aprendizagem exige colocar em evidência os saberes prévios (o *habitus*, segundo Bourdieu) e as experiências com a realidade de estudantes e professor, material que quando posto em reflexão crítica é capaz de gerar aprendizagens bilateralmente e, em consequência, espera-se também a transformação da práxis.

Em diálogo com o supervisor, para averiguar as necessidades pedagógicas do público-alvo, decidiu-se pela realização de uma aula com tema: “Cuidado em saúde mental na atenção primária”. Esse tema satisfaz as necessidades dos médicos para sua formação e foi útil aos interesses do trabalho. O plano de aula está nos apêndices (Apêndice 4) e os procedimentos pedagógicos serão descritos mais adiante. Optou-se ainda conjuntamente pela metodologia ativa de ensino - problematização. O pesquisador tem experiência com os métodos ativos em sua atuação como professor do CAA/UFPE, facilitando o desenvolvimento da aula. O curso de graduação em medicina do Centro Acadêmico do Agreste (CAA) é estruturado no método PBL e a prática docente envolve a aplicação dos métodos ativos, como a problematização.

Esse espaço do PMM nunca havia sido frequentado pelo pesquisador, mas pesquisador e participantes tiveram contatos anteriores nas reuniões de atenção primária e nas atividades de matriciamento. Por isso, optou-se por abordar na aula o tema geral: “saúde mental na atenção primária”, com utilização de procedimentos pedagógicos que permitissem livremente o aparecimento dos saberes sobre os transtornos mentais, das maneiras que os médicos agem e o que sentem quando diante de casos ou situações de saúde mental.

O objetivo geral da aula foi apresentado como sendo problematizar o cuidado em saúde mental na atenção primária e todos os participantes sabiam – e assinaram TCLE – que a aula fazia parte de uma pesquisa que estudava estratégias de ensino para superar o estigma à população com transtornos mentais. Dessa forma, o plano de aula foi pensado para fazer emergir os conceitos, as habilidades e as atitudes acerca dos transtornos mentais, sendo necessário estar atento aos sinais do estigma entre eles.

A construção da aula teve como referência a Matriz de Correspondência Curricular para Fins de Revalidação de Diplomas de Médico Obtidos no Exterior - REVALIDA (BRASIL, 2009) por ser um documento federal oficial no qual consta o perfil de competências exigido para os médicos atuantes no Brasil. Essa matriz é a referência para o planejamento pedagógico do curso de medicina do CAA/UFPE.

A expectativa do pesquisador era a de observar o conteúdo trazido pelos médicos em relação a como o estigma se evidencia: a) nos conceitos que os médicos carregam em relação ao transtorno mental e ao consumo de drogas, b) na forma como os médicos conduzem o cuidado das pessoas com esses transtornos e c) na relação estabelecida entre o médico e essa população. Interessa ainda saber como o *habitus*

aparece nesse contexto. Para captação dessas informações foi utilizado o mesmo roteiro apresentado na Observação de Campo (Quadro 4).

Como forma estratégica para a pesquisa, com intenção de observar o estigma e o *habitus*, o pesquisador decidiu abordar na aula três aspectos gerais da atenção às pessoas com transtornos mentais e com consumo de drogas: 1) conhecimentos - conceito de transtorno mental, uso/abuso/dependência de substâncias, modelos de atenção à saúde mental; 2) habilidades - identificação de casos da saúde mental (diagnóstico em psiquiatria), gestão do cuidado dessa população (o papel da atenção primária); e 3) atitudes - sentimentos contratransferenciais e estigma como interferência no cuidado.

Assim, foram construídas duas opções de plano de aula: a) uma cujo gatilho para a discussão seriam perguntas-chave em saúde mental e b) outra cujo gatilho seriam casos levados pelos próprios participantes. Essa segunda proposta foi um amadurecimento da primeira. Os planos de aula de cada proposta foram apresentados à supervisão do PMM e juntos decidimos pela opção b, aquela com uso de casos clínicos (em anexo está apenas o plano de aula escolhido).

O plano de aula escolhido era constituído de estratégia de ensino dividida em duas partes. A primeira tinha como objetivo deixar o grupo pronto para a aula, fazendo-os entrar em contato com suas experiências reais. Além disso, era um caminho para fazer emergir as competências prévias dos participantes acerca do tema proposto. Nessa etapa, eles foram divididos em dois grupos, que receberam instruções para pensar em casos envolvendo saúde mental no seu território. Em seguida deviam compartilhar brevemente os casos no subgrupo e escolher um deles para aprofundar a discussão.

O quadro 5 (abaixo) foi entregue aos participantes e servia para auxiliar a discussão a partir do caso selecionado, dividido em três eixos de perguntas: A (identificação do transtorno mental ou do problema decorrente do uso de drogas), B (condução do cuidado/ assistência na atenção primária) e C (relação médico-paciente/ sentimentos do médico). Os participantes deviam discutir os casos baseadas nas perguntas. Essa metodologia tinha pretensão de fazer emergir as competências médicas: conceitos (eixo A), habilidades (eixo B) e atitudes (eixo C).

A - Identificação do transtorno mental ou do problema decorrente do uso de drogas	Condução do cuidado/ assistência na atenção primária	Relação médico-paciente/ sentimentos do médico
<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>O que é transtorno mental? O que é consumo/ abuso/ dependência de substâncias? Como faço para identificar pacientes com transtornos/ uso de substâncias?</p>	<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>Quais as formas de tratamento para os transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de substâncias? Qual o meu papel como médico da atenção primária nesse cuidado? Como conduzo esses casos?</p>	<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>Que facilidades e dificuldades encontro no atendimento às pessoas com transtornos mentais? Que facilidades e dificuldades encontro no atendimento às pessoas que fazem uso de drogas? Como me sinto atendendo essa população?</p>

Quadro 5 – Ficha auxiliar de discussão

Mesmo não sendo a intenção da pesquisa, a amostra desta etapa foi constituída pelos médicos do PMM – 6 médicos da ESF e 2 supervisores. Entendemos que o catalizador desse processo foi a existência de um espaço de supervisão / formação no PMM. Ademais, o supervisor contatado aprovou a ideia da pesquisa, considerou essencial a aproximação entre saúde da família e saúde mental, abrindo as portas do espaço de supervisão para a aula.

Dentre os métodos de ensino médico apresentados pelo TMFC, a metodologia aplicada neste estudo se aproxima do método *grupos de murmúrio (buzz groups)*. É importante destacar que, no uso dos métodos ativos de ensino, nem sempre é possível manter a aula dentro do planejamento, pois a dinâmica do grupo dentro do processo pedagógico pode levar a diversos caminhos. O facilitador deve esforçar-se para manter a discussão dentro do objetivo proposto, porém deve ter flexibilidade para seguir os caminhos que o grupo decide tomar (LOPES; LOPES, 2012, p.365-373).

Primeira parte da aula

A primeira parte da aula consistia em apresentação dos participantes, apresentação breve do projeto de pesquisa e da aula, a divisão dos 8 participantes em 2 subgrupos, cada um com 4 pessoas. Por escolha do grupo, cada subgrupo manteve a estrutura de divisão da supervisão, então cada supervisor participou junto de seus supervisionados e vice-versa. Isso parece ter tido importância para esta primeira parte da aula, que não foi gravada, apenas anotada em diário de campo.

Ainda presentes na aula, estavam o facilitador principal (este pesquisador) e uma facilitadora auxiliar, gerente do CAPS, pesquisadora de matriciamento em seu mestrado em andamento na Universidade de Pernambuco (UPE), que gentilmente aceitou auxiliar a facilitação da aula.

Não ter gravado em áudio esse primeiro momento teve tanta importância quanto o fato de ter sido mantido o mesmo subgrupo de supervisão do PMM, pois o compartilhamento dos casos seguiu com uma intensidade de supervisão. Sem a interferência dos facilitadores da pesquisa, algumas situações da prática foram discutidas entre médicos e supervisores do Programa. Houve momentos de acaloramento das discussões, incluindo ocasião em que um dos médicos chorou ao relatar uma experiência.

Esse primeiro exercício “esquentou” os participantes para a aula; a ideia de usar casos clínicos da realidade os deixou à vontade para falar de suas experiências e de suas emoções nessas experiências. A seguir, na segunda parte da aula, gravada com consentimento, os participantes desnudaram-se e expuseram uma série de modos de pensar, agir e sentir marcados pelo estigma à população com transtornos mentais e uso de drogas, como será detalhado no Capítulo 4 – Resultados e discussão.

Segunda parte da aula

A segunda etapa da aula começou pela exposição pelos participantes de como foi a discussão nos subgrupos: os dois subgrupos afirmaram ter discutido casos em geral e decidiram levantar para a discussão questões mais coletivas ao invés de um caso individual, como sugerido na demanda da aula. Um dos subgrupos discutiu sobre o problema do uso de benzodiazepínicos nos territórios e o outro, sobre o problema de uso de drogas lícitas e ilícitas. O debate, porém, não se limitou a esses assuntos, levantando conteúdos gerais relacionados à saúde mental.

Para continuidade, o plano previa que cada subgrupo relatasse a discussão dos casos referente às perguntas do eixo A (identificação do transtorno mental ou do problema decorrente do uso de drogas), que seria seguido da explanação do facilitador (o pesquisador) com pranchas sobre: conceito de transtorno mental, conceito de uso/abuso/dependência de substâncias e as principais síndromes psíquicas.

Seguia então para as perguntas do eixo B (condução do cuidado/ assistência na atenção primária), com planos para que o facilitador apresentasse conteúdos sobre a Rede de Atenção Psicossocial, aspectos da saúde mental na atenção primária e princípios gerais da prescrição de psicotrópicos.

Após exposição pelos participantes de sua discussão sobre o eixo C (relação médico-paciente/ sentimentos do médico), o facilitador apresentou slides sobre o estigma como barreira de acesso e discutiu os sentimentos contratransferenciais na relação médico paciente. Nessa ocasião, o facilitador apresentou prancha com uma lista de sentimentos (abaixo) e pediu para os médicos citarem os sentimentos que eles relacionam com o atendimento às pessoas com transtornos mentais.

A seguir, será discutida a análise do material da observação dos espaços de matriciamento (diário de campo) e da observação da aula, que foi capaz de capturar vários aspectos das competências para o atendimento em saúde mental dos médicos estudados, analisando a relação com o *habitus* e com o estigma.

Capítulo 4 – Resultados e discussão

4.1 Diário de Campo

A observação preliminar de campo, sem roteiro, indicou a necessidade de estruturar a metodologia da observação em dois aspectos já citados anteriormente: o contexto do campo e as competências médicas observadas em encontros de matriciamento.

Levando em consideração os limites da metodologia, essa etapa da pesquisa traz contribuição importante para contextualização do campo, levantando dados sobre os elementos que dificultam o cuidado à saúde no território.

Além disso, essa etapa da pesquisa foi importante para reconhecer o matriciamento enquanto espaço capaz de transformar a relação de cuidado entre equipes de saúde da família e usuários com transtornos mentais, tendo sido fundamental para o planejamento da estratégia educativa.

A partir da observação das atividades de matriciamento no Município de Ipojuca- PE, foi possível notar que o estigma contra as pessoas com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de drogas é uma questão relevante para o cuidado em saúde. Quando conversamos com profissionais da saúde mental apoiadores da atenção primária, o estigma a essa população invariavelmente aparece como barreira ao cuidado das pessoas do território. Essa percepção de obstáculo encontra fundamento científico nos estudos de Thornicroft (2006).

O relato de um momento de matriciamento do caso de Amina pode ajudar a pensar sobre essa questão. Há cerca de um ano, a ESF de referência, equipes do NASF e do CAPS compartilham o cuidado de uma usuária com fama de agressiva em um território, conforme já relatado anteriormente na contextualização do campo de pesquisa.

Cada equipe vinha fazendo visitas domiciliares separadas com determinada frequência e discutiam o caso presencialmente ou por telefone. Em um determinado momento, houve a necessidade de uma visita compartilhada, que foi registrada pelo autor da pesquisa.

No dia da visita, na Unidade de Saúde da Família, o ponto de encontro das equipes, o receio da possibilidade de ser agredido por ela era evidente nos diálogos.

Esperamos a chegada de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) do sexo masculino, pois as profissionais da ESF se recusavam a ir sem a segurança dele.

Enquanto o "segurança" não vinha, os profissionais conversavam sobre experiências anteriores no atendimento à Amina. Foram relatados outros atendimentos anteriores com descrição de atitudes hostis da paciente contra a equipe, assim como também eram descritas atitudes hostis da equipe como resposta ao comportamento dela.

Quando o agente finalmente chegou, andando pela rua, fui jocosamente acusado de estar com medo e evitando ir à casa quando, por acaso, abaixei-me para amarrar o cadarço do meu tênis.

Por ter uma experiência diferente com a tal usuária, a equipe especializada tentava tranquilizar a equipe de referência e mostrar que poderiam ter outra postura e assim, a relação poderia acontecer com menos agressividade. Os profissionais do CAPS conduziram a visita e todos foram recebidos de forma acolhedora pela usuária, entramos em sua casa, fizemos acordos para o seu cuidado e não corremos quaisquer riscos de sermos agredidos. A visão do louco como violento e imprevisto é uma das manifestações de estigma descrita por Thornicroft (2006, p.1892-2258).

Foi possível observar como a relação estabelecida com a ESF-usuária é diferente da CAPS-usuária. A equipe especializada conhece as histórias de hostilidade de Amina, mas só presenciou esse tipo de atitude dela quando levada à força ao CAPS, atitude que muitas vezes era dissipada com a forma em que era acolhida no serviço.

Após um ano de acompanhamento sistematizado, pela primeira vez, na visita acima referida, as equipes entraram na casa da usuária, encontrando uma situação de extrema vulnerabilidade e de descuido por parte de familiares. O medo de sofrer violência vinha limitando a equipe de realizar um atendimento integral e a ação conjunta abriu esse caminho, potencializando o cuidado. Essa potência do matriciamento é descrita nos artigos revisados, porém, deve-se questionar se o atendimento conjunto por si é capaz de enfrentar o estigma e de mudar essa relação entre os usuários e as equipes.

Na situação, quem abordou a usuária e guiou o atendimento foram os membros da equipe especializada, com formação e experiência na relação com pessoas com transtornos mentais graves. Existe a possibilidade de que essa habilidade possa ser aprendida e o matriciamento pode ser um caminho. Alguns estudos apontam que

estratégias educativas e vivências de atendimentos psiquiátricos podem ter efeitos positivos - mas com limites - para minimizar o estigma em profissionais médicos (THORNICROFT, 2006, p.3055-3412). Então, quais estratégias possibilitam uma real transformação nesse cuidado insuficiente e fragmentado?

Essa é uma pergunta que pode ter respostas infinitas, tal como são infinitas as singularidades dos usuários, dos profissionais cuidadores e das relações que se estabelecem no contexto do cuidar. Porém, para fins deste trabalho, vamos tomar a dimensão pedagógica como centro dessa transformação, estabelecendo conexões com os ensinamentos de Paulo Freire.

Uma equipe de saúde de um território propõe ações que são de transformação. Quando a atenção primária reconhece os determinantes sociais da saúde e propõe que o cuidado à saúde seja integral (LOPES, 2012), ela deve considerar transformar a realidade de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade. Assim, os profissionais da saúde da família devem assumir compromisso com sua população adscrita de ordem técnica (como faço para transformar a realidade) e ética (em que quero transformar a realidade).

Quando se trata do cuidado de saúde à população com transtornos mentais, a reabilitação psicossocial e o enfrentamento do estigma correspondem a itens éticos (e também técnicos) da ação dos profissionais. A clínica da reforma psiquiátrica solicita uma constante ação política, buscando a cidadania efetiva dessa população. O matriciamento pode funcionar como uma ponte para a garantia do direito ao cuidado de saúde (integral - e não apenas psiquiátrico) ao buscar transformar essa relação entre profissionais e esses usuários denominados “paciente mental”, “paciente psiquiátrico” e outros termos que rotulam esses indivíduos.

Mas será que a formação de médicos contribui para essa integração entre práxis e ética? O médico compreende sua ação transformadora no mundo? Compreende eticamente sua ação? Que diferença faz, para a ação dos profissionais de saúde, terem a compreensão desses aspectos éticos? No cuidado territorial às pessoas com transtornos mentais e uso de drogas, qual a relação entre o estigma, a práxis e a ética?

Em uma reunião da atenção básica do Município de Ipojuca, da qual o pesquisador participou enquanto profissional da saúde mental, foi discutido sobre a inauguração de um CAPS AD. Estavam presentes os profissionais de nível superior das equipes de ESF e gestores da atenção básica, mas, em aproximadamente 1 hora

de debate, apenas seis profissionais se posicionaram sobre o assunto (5 médicos e a coordenadora da atenção básica). Os demais presentes (32 pessoas) pareciam desinteressados pelo tema, estavam olhando seus celulares ou conversando entre si.

De uma forma geral, nessas reuniões, eram sempre os mesmos profissionais que se envolviam nos temas da saúde mental. Nas atividades de matriciamento também era possível identificar aqueles dispostos e os não dispostos a colaborar com o cuidado territorial de pessoas com transtornos mentais e uso de substâncias.

Na reunião referida acima, dos cinco médicos que se manifestaram sobre a problemática das drogas em seus territórios, quatro demonstraram perceber uma alta prevalência do consumo de álcool e outras drogas, levantaram preocupações com a violência, com o grau de vulnerabilidade social e miséria cultural da população, com a falta de equipamentos territoriais e referiam um sentimento de impotência diante da situação.

Nessa ocasião, a violência urbana foi uma preocupação relatada e apontada como um empecilho ao cuidado. A ausência de equipamentos culturais foi relatada como uma das possíveis causas de adoecimento psíquico e de uso abusivo de drogas, principalmente do álcool.

Médicos chegaram a falar sobre uma praça conhecida como a “praça do álcool” (M4), onde homens e mulheres se reúnem durante todo o dia, quase todos os dias da semana para jogarem cartas enquanto consomem bebidas alcoólicas. Médicos da área da “praça do álcool” relataram ter usuários com diagnóstico de tuberculose, bacilíferos, que frequentam o local e não aderem ao tratamento da infecção.

Tem relação com o uso de álcool também, além de outros fatores como subemprego, péssimas condições de remuneração, excesso de trabalho, nível de escolaridade que é uma calamidade, questões familiares, pessoas que moram com até 9 pessoas, crianças que dormem com 3, 4 outras crianças no mesmo quarto... (M4)

Um outro médico (M3) atribui à “queda de Suape” a origem de uma alta taxa de desemprego na região e ociosidade. Entre 2015 e 2016, a crise política decorrente das investigações da Operação Lava-jato levantou escândalos de corrupção envolvendo a Petrobrás; em consequência, o Complexo Portuário de Suape entrou em crise, havendo o fechamento de diversas empresas e deixando muitos trabalhadores da região desempregados.

Um médico refere haver “uma utopia na formação médica de que tudo se resolve em anamnese, diagnóstico e remédio” (M4) que não daria conta da

complexidade do território e suas mazelas. O mesmo médico afirma sobre seus usuários que identifica uso nocivo de álcool: “então o álcool pra mim é como uma fuga. Ou o cara vai fugir pro álcool ou vai fugir pras drogas, ou vai pra religião ou não vai dar conta disso infelizmente. A gente enxuga gelo”.

Um outro médico também expressa frustração: “tenho atendido casos de abstinência alcoólica no plantão, mas me sinto sem muito o que fazer. Tento amarrar o cuidado, encaminho para a ESF, mas é complicado, pois a ociosidade, o desemprego atrapalha o tratamento.” (M3)

Pode-se notar a frustração dos médicos por não saber o que fazer numa situação complexa. Eles parecem compreender o consumo de álcool como uma situação além de sua alçada, não sabem lidar com a questão. A formação médica com foco no tratamento de doenças, sem o olhar para o sujeito e seus determinantes sociais, contribui para que os médicos vejam como utópicas as situações que fogem ao esquema diagnosticar-medicar?

Não há também como negar as dificuldades da realidade, mas que relação isso tem com a ideia estigmatizada de que pessoas que consomem drogas são “difíceis de tratar”? Quais os conceitos de doença e de tratar que permeia o *habitus* desses médicos quando falam de transtorno mental e de consumo de drogas? Como esse conceito pode contribuir para atitudes estigmatizantes?

Para a pedagogia freiriana, o ato de refletir sobre sua prática e sobre a realidade que circunda essa prática é capaz de gerar transformações nas ações das pessoas. É como se a partir da reflexão, houvesse possibilidade de acessar e transformar o *habitus* e, assim transformar as intervenções na realidade (no território).

Em reuniões com a atenção básica do município de Ipojuca, podemos observar que poucos médicos são participativos, mas aqueles que participam fazem uma reflexão sobre a realidade do território em que estão inseridos. Há nesses relatos um sentimento de ausência de saber, gerando ansiedade devido à frustração. A complexidade do território requer conhecimentos, habilidades e atitudes amplas para o cuidado e a formação médica tradicional não se concilia com essa realidade.

Além disso, há um saber que conceitua as pessoas com transtorno mental como violentas e sem solução. Essa compreensão pode levar profissionais a evitarem atendê-las pelo medo ou pelo sentimento incômodo da frustração?

Na reunião relatada, a minoria dos presentes contribuiu para a discussão sobre o CAPS AD. É pouco provável que eles não atendam a esse público nas suas

unidades de saúde e não tenham alguma dificuldade com esse atendimento. Essa percepção não se limita a participação na reunião/formação: algumas equipes se engajam mais que outras nas atividades de matriciamento (alguma recusam ser matriciadas). Por que poucos médicos se engajam no cuidado às pessoas com transtornos mentais?

Estudos e reflexões são necessários para entender melhor a esfera pedagógica do matriciamento. Será que equipes de apoio podem “ensinar” profissionais de referência a pensar e agir sem a sombra do estigma? Ou, refazendo a pergunta, profissionais com e sem experiência em saúde mental podem construir uma aprendizagem que minimize o estigma no cuidado de saúde?

O poder de transformação da realidade no contexto de atenção à saúde pode encontrar suas bases no processo de ensino-aprendizagem. Mas qual a melhor forma de desenvolver esse processo? Pode o estigma ser minimizado com o processo de ensinar? Como a compreensão ética e política da ação humana pode fazer diferença nesse processo transformador, como afirma Freire (1996)? Como a aplicação dos conceitos freirianos podem contribuir? A resposta a todas essas perguntas pode fazer a diferença numa política de saúde emancipadora e numa clínica preocupada com a cidadania.

As reflexões acerca do diário de campo contribuíram para o planejamento e andamento da intervenção educativa. A seguir, os dados dessa etapa da pesquisa, que aprofundaram os já obtidos no diário.

4.2 A estratégia educativa

Na primeira parte da aula, os facilitadores interferiram apenas o necessário para garantir que os participantes tinham entendido a dinâmica e para garantir o controle do tempo. Mesmo em situações mais intensas, como o momento em que um dos participantes se emociona, pareceu mais sensato que o supervisor do PMM lidasse com a situação. Como já mencionado, essa etapa da aula serviu mais como uma preparação para o momento posterior, que foi gravado e analisado.

O material gravado da segunda parte da aula foi transcrito e a primeira análise do material consistiu em leitura da transcrição em busca de verificar as competências pedagógica dos médicos relacionadas à saúde mental – o que demonstraram saber (conceitos), fazer (habilidades) e ser/sentir (atitudes). Após leitura, o conteúdo foi

dividido de acordo com as competências em quadros de análise por competência: conceitos, habilidades e atitudes. Também foi separado qualquer material que tivesse relação com o contexto do trabalho na ESF (incluindo o matriciamento), do território e da formação médica. Assim, a análise posterior seguiu a divisão por esses 4 pilares: 1) contexto, 2) conceitos, 3) habilidades e 4) atitudes. Essa classificação é apenas metodológica e muitas vezes há intersecções entre os pilares.

O material então foi dividido em 4 quadros para análise, tendo cada pilar duas perguntas norteadoras:

a) Contexto: que elementos do território são citados pelos médicos como facilitador ou entrave ao cuidado? Que relação o médico estabelece com a atividade de matriciamento?

b) Conceitos: que conceitos são usados por médicos para identificar/classificar os usuários como tendo transtorno mental/ uso problemático de substâncias? Há conceitos que relacionam de forma indiscriminada esses usuários com violência, incapacidade para o trabalho, desesperança de recuperação, problemas de relações interpessoais, impossibilidade de viver em comunidade, tráfico de drogas ou outros conceitos estigmatizados/ estigmatizadores?

c) Habilidades: como o médico atua nas situações que envolvem saúde mental? Na condução dos casos, existem ações que denotam estigma, como recusa/ resistência a atendimento, negligência de queixas psíquicas, desvalorização de situações clínicas, condução inadequada das consultas ou outros?

d) Atitudes: como é a postura do médico quando em contato com (ou quando discute sobre) o usuário da saúde mental? Que elementos da abordagem do médico tendem a aproximar ou a afastar o usuário do cuidado?

Dessa forma, cada pilar ganhou um quadro de análise. No caso do contexto, seu quadro conteve duas colunas, a primeira com a fala do participante e a segunda para observação de análise. No caso das competências pedagógicas, 3 colunas foram necessárias: uma para a citação do participante, outra para especificar se a competência tinha ou não relação com o estigma e outra para a observação de análise, incluindo análise de se o *habitus* envolvido era primário ou se tinha influência da formação médica (*habitus* secundário).

O método ativo aplicado para a aula tornou capaz a exposição pelos participantes de sinais do *habitus* relacionado ao transtorno mental, nem sempre

havendo sinais de estigma. Algumas competências, ao contrário, podem contribuir para o cuidado da população, como o Método Clínico Centrado na Pessoa, citado algumas vezes pelos participantes. Porém, não cabe a este estudo se aprofundar nesse assunto. Já o estigma apareceu de forma natural e espontânea em diversas situações com diferentes apresentações. O refinamento dessa análise excluiu o material sem relação com o estigma e permitiu a construção de novos quadros para cada pilar, com categorias extraídas a partir dos conteúdos com evidência de estigma. Abaixo segue análise mais detalhada.

1) Contexto

Nesse pilar, buscou-se incluir as informações trazidas pelos participantes acerca do contexto e sua análise gerou 4 categorias temáticas: a) redes de saúde, b) política e gestão, c) formação médica e d) vulnerabilidade social e violência. O método aplicado, ao usar casos clínicos, levou a realidade territorial para a sala de aula, sendo, isso, um sinal de sucesso do método, pois para Paulo Freire (1987), não fazem sentido os métodos educativos que não incorporam a realidade do aluno aos seus procedimentos.

Além disso, o acesso à atenção primária da saúde pode encontrar outras barreiras além do estigma, constituindo vieses importantes para este trabalho. Desse modo, consideramos importante analisar esse conteúdo trazido pelos médicos em um pilar à parte das competências pedagógicas sem pretender esgotar o assunto.

Abaixo será discutido sobre o modo como os sujeitos da pesquisa contextualizaram o território, atribuindo, em determinadas ocasiões, a responsabilidade pelas dificuldades no cuidado aos entraves encontrados na estrutura das redes de atenção, à aplicação das políticas pelos gestores e ao próprio contexto social do território, como afirma Lopes (2012, p.6) no primeiro capítulo do TMFC.

O quadro abaixo faz referências aos conteúdos levantados que dizem respeito ao contexto do campo de pesquisa. O *habitus* não foi incluído diretamente nesta análise, pois, nesta etapa, não discutimos as competências médicas em si, mas o contexto em que os sujeitos de pesquisa estão inseridos – como aspectos do contexto que podem interferir no acesso ao cuidado e ser um viés a este trabalho.

CATEGORIA	TÓPICOS
Redes de saúde	Sensação de grande demanda da equipe de saúde da família como entrave ao cuidado: “a gente não pode focar só nisso (na saúde mental)”.
	A insuficiência da rede como entrave à coordenação do cuidado: sensação de falta de apoio especializado, demanda reprimida para psicoterapia, falta de hospitais psiquiátricos, de CAPS com horários estendidos, de profissionais capacitados para apoio e de equipamentos territoriais de cuidado.
	A lógica do ambulatório e de encaminhamento para especialistas como barreira ao cuidado (comunicação difícil com o ambulatório).
	Matriciamento: como necessário para apoio especializado (sensação de não ter apoio) e como meio para mudar a relação (e comunicação) entre equipe de referência e especializada.
	Esperança no fortalecimento da atenção primária para lidar com as questões da saúde mental.
Política e gestão	Contextualização do momento atual do desmonte da SUS (saúde mental).
	Necessidade de (trabalhadores e gestores) “mudarem a cabeça” e dar mais importância às questões da saúde mental.
	Citação da redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos (indiretamente à Reforma Psiquiátrica) como uma das formas de desmonte da saúde.
	Desresponsabilização do médico – “esse problema (da saúde mental) não é nosso”.
Formação médica	Contexto de formação para a saúde mental: “a gente não é obrigado a saber de saúde mental”, deficiência na formação do médico para a saúde mental.
	Matriciamento: importante na formação de competências para saber lidar com a população com transtornos mentais a partir das experiências.
	Matriciamento com discussão de casos como forma de amenizar o sofrimento: “é uma terapia compartilhada”.
Vulnerabilidade social e violência	Preocupação com medicalização do contexto social.
	Frustração com as limitações da atuação biomédica diante do contexto de vulnerabilidade social.
	A vulnerabilidade e a violência como determinantes de problemas da saúde mental.

Quadro 6 – Contexto

Redes de saúde

Durante a aula, a rede de saúde, campo desta pesquisa, foi centro de reflexões, aparecendo constantemente nas discussões de casos. Os pontos principais encontrados na análise da aula estão descritos no quadro 6.

Para início de análise, pegamos a seguinte frase retirada da transcrição da aula: “A gente no PSF também tem uma demanda grande com outras coisas, a gente não pode focar só nisso.” (M4) Dividindo em 3 partes a serem observadas, pode-se pontuar, em primeiro lugar, que *A gente no PSF* faz alusão ao Programa de Saúde da família, antecessor da ESF.

O relato continua com *também tem uma demanda grande com outras coisas* levanta uma reflexão acerca do processo de trabalho do médico da ESF: qual o número ideal de população adscrita para um trabalho adequado de equipe de ESF? O que é e o que não é demanda para a ESF? E qual a prioridade da saúde mental nesse conjunto de demandas? O TMFC traz um capítulo sobre Gestão da Clínica (GUSSO; POLI NETO, 2012, p.159-166) em que discute formas de conhecer e organizar a demanda, melhorando o acesso da população e maior resolutividade a essa demanda.

Não se deve desconsiderar no contexto um possível sofrimento do médico enquanto trabalhador por ter que responder a uma alta demanda de atendimentos estabelecidos pelos gestores. Ter a competência para gerir demanda pode ter efeitos para diminuir esse sentimento?

Na continuação da frase *com outras coisas, a gente não pode focar só nisso*, o médico faz uma clara demarcação da saúde mental entre a suas outras demandas com aparente recusa – ao menos parcial – em atendê-la. Em outras palavras: a demanda do médico na saúde da família é alta, por isso, muitas demandas da saúde mental não podem ser atendidas ou não são atendidas de forma adequada.

De forma mais direta, um outro participante ratifica em relação aos problemas de saúde mental da população: “esse problema não é nosso!” (M3)

Junto à demanda, a estrutura da rede também é referida diversas vezes pelos participantes: sensação de falta de apoio especializado, demanda reprimida para psicoterapia, falta de hospitais psiquiátricos, de CAPS com horários estendidos e de equipamentos territoriais de cuidado.

Um dos participantes reclama: “Não tenho apoio social, não tenho um apoio de um especialista, não tenho apoio de um centro, não tenho apoio de um grupo que eu possa vincular esse cuidado e poder ser mais resolutiva com aquele paciente

entendeu? É frustração...” (M1) A estrutura da rede e os equipamentos territoriais (como rede informal de cuidado) têm importância para a competência de gerir o cuidado em saúde no território. Por isso, essa estruturação deve ser analisada enquanto gerador de barreiras de acesso em dois sentidos: a) redes precárias como barreira ao cuidado e b) a formação do médico para lidar com contextos territoriais vulneráveis e com rede insuficiente.

A ausência de uma visão política para o bem-estar social com desinvestimento na saúde pública e precarização de serviços sociais e de saúde é a realidade descrita pelos médicos nos territórios que atendem. A ausência de condições mínimas para responder a certas demandas parece levar a sentimentos de frustração por não haver resolutividade. Na formação médica com ênfase biomédica, a resolutividade tende a se coincidir com a cura da doença a partir de um procedimento (RODRIGUES; ANDERSON, 2012, p.60-70). Mas quando o problema do cliente foge ao escopo diagnóstico-tratamento e insere-se num contexto complexo, não há soluções diretas, nem soluções tangíveis aos conhecimentos estritamente médicos.

Quando o médico atua em um contexto de vulnerabilidade social, encontra em sua prática muitas demandas além daquelas da esfera biomédica. A medicina de família e comunidade engloba ações em territórios de contextos difíceis, mas o quanto a formação médica prepara o egresso para lidar com isso? Que habilidades tem o egresso para atuar nessas situações e que preparo emocional dá suporte ao sofrimento advindo desse trabalho? Nesse sentido, os grupos Balint podem dar suporte a sentimentos negativos advindos do trabalho médico (BRANCO; FREITAS; CANTARELLI, 2012, p.152-158).

O mesmo participante (M1) da frase acima continua reconhecendo seu limite de atuação e implicando a rede na dificuldade de cuidar: “Falta esse suporte, não sou eu... porque eu sozinha não posso; e eu tenho essa consciência, mas falta onde eu poder pedir ajuda.” O ambulatório de psiquiatria é citado como ineficiente para o cuidado em rede. Apesar de conseguirem encaminhar os usuários para atendimentos, os participantes foram enfáticos nas dificuldades encontradas como a comunicação entre profissionais:

“Todo psiquiatra que a gente manda, Vinicius, eu lhe juro eu faço a meu punho e letra desenhando, pedindo por favor que ele pelo menos coloque o diagnóstico do paciente que é levado por ele há anos...” (M1) Nessa frase ainda é possível perceber

a fragmentação do cuidado ao final *paciente que é levado por ele há anos*, dando uma ideia de “paciente da psiquiatria – e não meu”, assim como abaixo:

Por outro lado, eu já recebi petição do Ministério Público para poder ‘laudar’ o transtorno mental de uma paciente, que era seguida há oito anos pela mesma profissional. A psiquiatra devolveu e disse que não era ela não. Eu liguei para a secretaria de saúde e disse: ‘vem cá, isso sou eu? Porque se for eu, não me sinto capacitada (...)’ A paciente teve que entrar pelo Ministério Público para solicitar o laudo para a psiquiatra que a trata há oito anos (M1)

Sobre a comunicação, outro participante diz:

Eu nunca tive uma contrarreferência... em dois anos que eu tenho aqui, nunca na minha vida um único psiquiatra deu uma contrarreferência, nenhuma, nenhuma para eu dizer assim esse aqui mandou! Não teve isso. (M3)

Nesse trecho o participante fala sobre a experiência do ambulatório enquanto referência do cuidado especializado, queixando-se de não obter devolutivas de contrarreferência. Esse é um dos problemas que o formato do matriciamento deve solucionar ao aproximar equipes de referência das equipes especializadas em atividades conjuntas.

Ainda sobre a rede, um dos participantes sugere o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos promovidos pela Reforma Psiquiátrica como sucateamento do sistema de saúde mental:

O que a gente vê é o desmonte da saúde mental, do atendimento à saúde mental no Brasil (...); um terço da população mundial em algum momento da vida vai ter o uso de antidepressivo. E (...) esse um terço deve ou vão tentar suicídio; na hora que a gente vai no histórico dos hospitais psiquiátricos do Brasil, a gente tá vendo que desde 2002 pra cá que o número tá diminuindo! Essas pessoas não foram curadas. (M3)

Há muito conteúdo a ser analisado no trecho acima, porém para não fugir muito às intenções do trabalho, cabe aqui reforçar a posição epistemológica assumida pelo autor em direção ao cuidado no território com humanização, postura que coaduna com as ideias da reforma psiquiátrica brasileira. A existência de espaços para internações de usuários em quadros agudos graves é uma necessidade clínica na atenção psicossocial, porém o modelo de internação não pode seguir a lógica de assistência manicomial e desumana dos históricos hospitais especializados.

O participante foi questionado pelo facilitador se, em sua opinião, a falta de hospitais psiquiátricos levava à desassistência; ele, então, replicou:

Não é só a falta de hospitais não; é a falta de hospitais, a falta de um CAPS que funcionasse direito num período mais estendido, o número de

profissionais na gestão dedicados à saúde mental, mas não tem sei lá, quantos psiquiatras tem? (M3)

Assim ele amplia sua percepção para outras fragilidades na rede, porém, ainda assim, cabe uma reflexão sobre como o médico da ESF enxerga o hospital psiquiátrico enquanto serviço de cuidado: há argumentos clínicos e epidemiológicos que justifiquem a defesa do hospital especializado? Se há, esses argumentos não foram levantados na aula.

A fragilidade da rede substitutiva leva a ideia de que esses hospitais sejam recurso possível para o cuidado devido à escassez de alternativas? Essas são perguntas importantes, cujo aprofundamento não cabe a esse estudo, porém, não se pode deixar de refletir sobre esse ponto de vista, pois o manicômio tem uma representação simbólica forte como o lugar dos loucos e pode ter relação com a barreira de acesso relacionada ao estigma. Se na formação médica, ele aprende que o hospital especializado é o melhor lugar para tratar transtornos mentais, deve haver uma tendência a utilizá-lo como recurso terapêutico. Nessa situação, há um *habitus* primário reforçado pela formação médica: a de que lugar de louco é em hospital.

Diante da conjuntura difícil, aparecem relatos de esperanças na mudança da assistência a essa população. Corroborando com a literatura consultada, o matriciamento é proposto como necessário para o apoio especializado e como meio para mudar a relação (e comunicação) entre equipe de referência e especializada:

“Mas eu já noto uma diferença no meu olhar porque passei por um matriciamento prévio e esse matriciamento, que foi em várias etapas, fez muita diferença na forma de lidar com os pacientes portadores de transtornos...” (M1)

A mesma participante alega:

E outra coisa que eu também acho que contribuiu é você ter melhorado essa relação, eu sei que se eu mandar um paciente escrevendo isso, isso e isso, doutor fulano que tá no CAPS vai olhar para mim e vai dizer: essa pessoa é realmente dedicada ao paciente e eu vou tentar... entender, isso aproximou também. (M1)

Uma supervisora coloca esperança na formação da atenção básica para o cuidado à saúde mental:

Mas eu vou dizer uma coisa boa, que eu ainda tenho esperança, acho que a galera que tá aqui da atenção básica, tá sendo cada vez mais fortalecida e que assim, tá tendo um olhar diferente pra isso, eu acho que é por aí o caminho, é devagar, é lento. (S1)

Política e gestão

Sobre a situação da saúde mental enquanto política pública, os participantes mostraram conhecer a magnitude do problema em relação à epidemiologia e à necessidade de ações em âmbito coletivo para lidar com ele.

Gestores e trabalhadores são chamados à responsabilidade com essa política e são pontuados como tendo a necessidade de darem mais importância a essas questões. No trecho abaixo, um dos supervisores reflete sobre o papel do gestor como condutor de mudança na postura do trabalhador, que é metaforicamente retratado como o marisco na pequena fábula:

Eu acho muito importante a gente mudar a cabeça: a saúde mental tem que ser vista com outro olhar por a gente (trabalhadores), outro olhar pela gestão, né? (...) É como eu costume falar: entre as ondas e as paredes de rocha, quem se lasca é o marisco. O marisco 'tá lá na pedra, aí vem a onda bate, até ele sair de lá, então alguém vai ter que mover. Move a gestão e move a gente, e o 'mover a gente' vai muito do suporte que tem, porque o que faz isso (mover) é o suporte; saúde mental você não trabalha com o médico sozinho. (S2)

Compreendemos a importância da gestão como facilitador ou empecilho para aplicação das políticas. Para este estudo, essa realidade tem menor valor, já que decidimos focar nas competências do trabalhador médico. Na parábola, pode-se analisar que o médico (o marisco) é colocado em uma situação passiva, como se ele fosse apenas “seguindo a maré” do que é determinado pela gestão. Ao contrário, pensando como Freire (1987), os trabalhadores devem ser protagonistas de suas ações no mundo, atuando com reflexão crítica para potencializar mudanças na sua realidade.

Formação médica

A formação foi diversas vezes apontada como caminho para viabilizar as mudanças essenciais para o cuidado adequado da população com transtornos mentais. A formação em saúde mental na graduação foi considerada frágil por alguns médicos.

A gente não experimenta durante a faculdade, na formação da gente o cuidado com o paciente portador de transtorno mental. E eu digo isso com toda propriedade apesar de que eu tive professores excelentes. (...) Mas a formação da gente é muito limitada e é muito hospitalocêntrica, então é mais de reconhecimento de sinais e sintomas e de tratar. E a gente não desenvolve a habilidade de relação com o paciente. (M5)

Outro participante ratifica a fragilidade da formação médica acerca da saúde mental o que leva a formas diversas de lidar com a população com transtornos mentais: “(...) falta capacitação profissional, porque a gente não é obrigado a saber de saúde mental, ou seja, as vezes a formação de cada um é diferente, cada um vai ter uma abordagem com o mesmo paciente de formas diferentes.” (M4)

Nessa passagem, é importante refletir sobre qual a capacidade que a formação médica tem para ensinar pessoas (médicos) a lidar com pessoas (de diversas características). É importante perceber que o sujeito não está se queixando de ausência de conhecimento técnico para tratar o transtorno mental, mas ausência de habilidade para abordar o paciente.

Ora, o curso médico deve capacitar os profissionais a terem boas habilidades de comunicação com pessoas de uma forma geral; no caso da comunicação com pessoas com transtornos mentais, o desconhecimento acerca das evoluções naturais dos quadros psiquiátricos parece contribuir com o bloqueio na comunicação; parece haver um aspecto de despreparo para ter contato com essa população e uma necessidade que envolve conhecimentos técnicos (da psiquiatria) para saber lidar com ela. Alguns trechos a seguir do participante M5 corroboram esses argumentos:

Então pra mim é o principal, é a gente sempre levar, os dois pontos... o mais grave é a deficiência na formação enquanto médico (...) (M5)

A sua relação com a doença, com o transtorno mental, com a psiquiatria depois enquanto médico vai depender muito da sua bagagem. (M5)

Assim... é muito importante isso que você está fazendo, de você na sua tese de mestrado ver o nosso conhecimento sobre isso porque essa é uma deficiência que nós temos dentro da nossa formação. A nossa cadeira de saúde mental, ela é jogada, é uma coisa muito... rápida, vamos pincelar, vamos fazer alguma coisa. (M5)

Por que para lidar bem com pessoas com transtornos mentais é necessário um embasamento teórico sobre os transtornos mentais? Conhecê-los e saber cuidar deles é fundamental para uma boa conduta clínica, como fazer o diagnóstico e indicar a terapêutica adequada. Porém, os sistemas de diagnóstico, padronizados, nada ensinam sobre a singularidade de cada sujeito. Em sentido oposto, a busca por enquadrar todas as pessoas com esquizofrenia, por exemplo, em uma categoria pode dar a falsa impressão de que todos são iguais, reforçando atitudes estigmatizadas.

Em outra direção, foram relatadas também experiências positivas com o matriciamento para a formação em serviço:

Mas eu já noto uma diferença no meu olhar porque passei por um matriciamento prévio e esse matriciamento, que foi em várias etapas, fez muita diferença na forma de lidar com os pacientes portadores de transtornos... que a gente fez previamente um matriciamento no distrito que eu trabalho. Cinco ou seis encontros e assim... isso não só trouxe um pouquinho de mais segurança para gente, como isso contribuiu, porque todo mundo compartilhou as experiências, inclusive os médicos compartilharam experiências e vivências. (M1)

Outro trecho deixa implícito que o matriciamento pode funcionar como momento de compartilhar casos e de amenizar os sofrimentos psíquicos decorrentes dos atendimentos:

Então era um (médico) que tinha tido stress pós-traumático, era outro que tinha tido transtorno do pânico, era outro que estava tendo depressão. Isso dentro do conjunto que estava sendo matriciado, minha gente! (...) A gente é humana, a gente é gente, a gente passa por isso e todo mundo estava, de certa forma, fazendo uma terapia em saúde mental compartilhada, coletiva. (M3)

A formação para a saúde mental não pode ficar restrita à aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas (de procedimentos) para o tratamento dos transtornos mentais. A habilidade para lidar com os sentimentos relacionados aos atendimentos deve ser considerada rotineiramente em quem está num processo de ensino-aprendizagem envolvendo saúde, em especial, quando envolve a saúde mental.

Essas ideias relacionadas à formação tiveram influência sobre o autor da pesquisa no planejamento do internato do curso de medicina em que é professor, levando à inclusão de estratégias pedagógicas para contemplar a aquisição de competências a favor da desconstrução do estigma e do aprendizado relacionado aos sentimentos do profissional, levando, por exemplo, à aproximação com as ideias e o método de Balint (2005).

Vulnerabilidade social e violência

Diante do campo descrito, a vulnerabilidade social e a violência não poderiam deixar de ser evidenciadas nas falas dos participantes. Isso denota mais uma vez compromisso do método de ensino com a realidade dos educandos. Não são o foco do estudo, embora sejam importantes vieses para a análise da barreira de acesso e do estigma, uma vez que são independentes causas de barreira de acesso e a violência tem relação íntima com as ideias estigmatizadas (THORNICROFT, 2006).

Nas ideias retiradas do material da aula, violência e vulnerabilidade são associadas a causalidade dos transtornos mentais e a empecilhos ao cuidado adequado dos usuários.

...tem pacientes que vem porque o marido ou a mãe morreu ontem e quer que bote um remédio para dormir; neste tipo de contexto você pode sim estar vendo uma escuta, você pode dizer é normal, é uma fase de luto, vem aqui a gente acompanha... Mas tem pacientes que você não pode dizer: 'olha desculpa, você não tem trabalho, você não também, não tem...', não tem como você fazer esse homem se superar; não existe, não existe mais essa opção. (M1)

Esse povo, eles voltam para casa sem o remédio e o marido vai bater nela, eles voltam para casa sem o remédio e os filhos estão mexendo com drogas, eles voltam para casa sem remédio e o filho 'tá preso... Eles voltam pra casa sem remédio e não têm comida para eles comerem... (M3)

Na aula, M3 não conseguiu concluir sua ideia, pois foi interrompido por colega, mas o trecho repetitivo e enfático *eles voltam para casa sem remédio* (benzodiazepínico) seguido de uma situação de vulnerabilidade dá margens a interpretar que há um questionamento sobre a medicalização dos problemas sociais, como quem diz: como vou deixar esse povo sem um remédio para anestesiá-los todo esse sofrimento?

Por exemplo, outro dia eu dei benzodiazepínico a uma paciente minha, ela viu um assassinato. Na comunidade em que eu 'tô, a violência virou um negócio patológico, que está me incomodando! Terça-feira eu não saí para almoçar porque teve tiroteio na porta da escola e acertaram uma criança. Pra você ter ideia! (M3)

A violência atinge o próprio profissional e incomoda. É provável que esse tipo de incômodo também possa gerar interferências na relação de médicos com seus pacientes e comunidades. No relato acima, o médico sente-se próximo aos problemas encontrados pelos seus pacientes, sente em sua própria pele os resultados da violência na comunidade. É importante notar que ao falar sobre a prescrição de benzodiazepínico, a substância é tomada como uma ferramenta terapêutica para tentar apaziguar esse problema e não mais um problema adicional à saúde. É possível que essa ideia tenha relação com o *habitus* secundário, uma vez que o uso de ansiolítico se encontra no grupo de ferramentas médicas para lidar com o sofrimento subjetivo.

Nesse pilar do Contexto, não focamos na análise do estigma. Algumas ideias e alguns trechos usados até aqui podem se repetir adiante para aprofundar o estudo do estigma, que se dará com mais ênfase na análise das competências pedagógicas.

2) Conceitos

Nesta etapa, foram analisados os conhecimentos que os participantes demonstraram acerca de assuntos relacionados à saúde mental, sendo aqui relacionadas e discutidas as ideias que sinalizam o estigma. A partir desta fase, foi também explorado como esses conhecimentos se relacionam com o *habitus*.

Após separado em quadro de análise específico para os Conceitos, o material analisado levou à categorização em Conceitos Centrais, representando um conjunto de conceitos trazidos pelos participantes. Abaixo são apresentados no quadro 7 esses conceitos centrais ao lado da observação do *habitus* envolvido.

LISTA DE CONCEITOS	<i>Habitus</i> (primário ou secundário)
Dificuldade com o diagnóstico dos transtornos mentais;	Secundário.
Associação dos transtornos mentais a ausência de lucidez, senso crítico e à perda de autonomia associada a incapacidade total;	Aspectos primários e aspectos secundários.
Reduccionismos: vulnerabilidade social como causa de transtornos mentais (se é social, não é problema do médico), associação do transtorno mental a “não ter nada”, superestima da patologização da vida);	Aspectos primários e aspectos secundários.
Exigência pelo desmame de benzodiazepínicos (foco em abstinência);	Secundário.
Descrição de comportamentos relacionados ao uso de drogas de forma leiga: “aquele que vira homem quando bebe”.	Primário.
Compreensão do transtorno mental como incurável, de baixa resolutividade: é o usuário que sempre volta, que não melhora;	Secundário.
Superestima do sofrimento relacionado ao transtorno mental: “pior que o câncer”.	Aspectos primários e secundários.

Quadro 7 – Conceito x *habitus*

De uma forma geral, chama a atenção para a dificuldade que os participantes mostraram em identificar o transtorno mental: “O diagnóstico (em psiquiatria) vai ser construído, porque diagnóstico em psiquiatria não é fácil... mas eu bato ainda na tecla que a gente é insegura, é inseguro!” (S1) Considerar difícil fazer diagnósticos em psiquiatria foi relacionado com sentimentos de insegurança. Essa dificuldade tem

relação direta com a preparação médica para fazer o circuito diagnóstico-tratamento. Se não é possível estabelecer diagnóstico, o médico pode se sentir perdido para conduzir tal situação.

Já questionamos anteriormente essa associação que os participantes parecem fazer entre o conhecimento teórico acerca dos transtornos mentais e a habilidade e atitude para se relacionar com as pessoas acometidos por eles. Parece ser necessário destacar que cada pessoa é única e não existem modelos de como se relacionar com X ou Y, independente de eles terem ou não transtorno mental. A habilidade necessária é a habilidade de comunicação entre pessoas com atitude respeitosa em relação às singularidades de X ou de Y.

O *habitus* secundário relacionado à capacidade de fazer diagnósticos parece trazer uma falsa ideia de resolver a dificuldade relacional. É fundamental discordar dessa ideia ou estaria afirmando que um bom conhecimento de psicopatologia resolveria o problema do estigma. Ao contrário, Thornicroft (2006, p.1439,1463,1467) traz dados que colocam o psiquiatra como um dos atores sociais que têm ideias negativas acerca de seus pacientes. E, se assim fosse, um leigo não teria condições de se relacionar bem com alguém que tenha transtorno mental?

Os termos PREJUÍZO e PERDA DE AUTONOMIA e PERDA DO SENSO CRÍTICO foram relacionados aos conceitos usados para o diagnóstico em psiquiatria, porém não se percebeu clareza na diferenciação das situações normais do cotidiano das situações patológicas. Essa forma de reconhecer os transtornos mentais tem relação com o *habitus* secundário, pois na formação médica, prejuízos variados na vida são sinais médicos essenciais associados à maioria dos transtornos mentais e presentes nos critérios diagnósticos para todos os transtornos (APA, 2013).

A gente chegou à conclusão aqui que é uma perda de autonomia em decorrência de alterações neuroquímicas, sendo causa interna ou externa, seja por uso de substâncias ou como realmente transtorno orgânico que pode provocar essas alterações; provoca no final essa perda de autonomia. (M1)

A ideia da perda da autonomia e do senso crítico parece ter relação com *habitus* primário e secundário: primário pela ideia social de que o louco é aquele que está fora de si, não tem controle e não responde por si. A formação médica consolida essa ideia, toma um caráter científico com nome técnico de perda de autonomia e da crítica. Obviamente, existem muitas situações psiquiátricas em que essas perdas são evidentes, porém a generalização dessa ideia para todas as pessoas com transtornos

mentais pode relacionar-se ao estigma. Da mesma maneira, acreditar que a ausência total de autonomia e de senso crítico de uma pessoa com transtorno é ideia equivocada por terem perdas relativas dessas capacidades.

Se fosse uma palavra que a gente pudesse identificar no transtorno mental seria o prejuízo. Perda de senso crítico, prejuízo social, prejuízo familiar, entendeu? O senso crítico pode não ser sentido pela própria pessoa, então ela já tem perda de senso crítico e não tem o sofrimento psíquico, mas a gente tem o prejuízo social, o prejuízo no trabalho, o prejuízo na família (...) Não é só o sofrimento. Ela pode não ter consciência do sofrimento né? (M3)

Avaliação do juízo e do senso crítico é complexa e pode trazer dificuldades conceituais, mas identificar prejuízos nos elos sociais pode ser caminho para diagnóstico das situações de saúde mental. Como a Medicina de Família e Comunidade tem como competência o cuidado em saúde dos indivíduos em relação com sua família e sua comunidade, a quebra de laços com essas instituições pode servir de caminho para a busca de casos da saúde mental. Obviamente, outras situações podem levar a essa quebra de laços, porém usar esses conceitos pode sensibilizar para a identificação dos casos na ESF:

Eu acho que é um lance de relacionamento assim, com ela mesma e com o entorno, porque a partir do momento que essa tristeza gera um prejuízo – ela já não está indo para o trabalho, está se isolando da família, está abandonando o cuidado dos filhos, abandonando o cuidado dela mesma, ela não está conseguindo sair da cama – isso é medicalizável. (M2)

Ainda sobre a perda de senso crítico, importa refletir sobre o seguinte relato de M3, que pode ser dividido em 3 partes: “(a) Eu vejo duas coisas diferentes: a primeira é quando tem ou não tem a percepção do senso crítico; (b) quando o paciente preserva o senso crítico, ele percebe que o comportamento dele ou que as atividades que ele fazia estão alteradas. Isso traz consequentemente prejuízo para ele e para os que estão ao redor dele. Ele chega lá com uma queixa muito comum: não ‘tô conseguindo dormir, eu não estou tendo mais apetite ou eu estou tendo perda de libido, mas o senso crítico está preservado. (c) A outra coisa é quando o senso crítico não é preservado mais, neste caso o paciente não consegue mais perceber que a realidade dele está alterada, ou ele tem a realidade dele, tal ponto que está tendo sofrimento ou prejuízo, né? Por exemplo eu tive um paciente que foi levado pela esposa e a queixa dela foi que este cidadão está acordando de madrugada para ler a bíblia em voz alta e falar com supostos seres celestiais. Então, na cabeça dele esses seres celestiais existem, entendeu? Na cabeça dele aquelas mensagens bíblicas que ele está lendo lá faz

sentido, mas isso não é o que se espera de um sujeito de madrugada, né? Aí o que é que eu fiz? Mandeí pro psiquiatra, né?”

No primeiro fragmento (a), o participante deixa claro seu entendimento acerca de haver transtornos mentais com e sem insight (*percepção do senso crítico*), detalhando no fragmento (b) as situações com insight preservado e no (c) as situações com insight prejudicado. Não fica claro como o médico entende a diferença em relação ao prejuízo apresentado nas diferentes situações. Por outro lado, é possível perceber que a situação (b) é tratada como corriqueira à sua prática, enquanto a falta de insight é avaliada como sendo uma demanda para encaminhamento para o especialista: *Mandeí pro psiquiatra, né?* Parece haver nesse caso uma classificação que protocola a situação (c) como uma demanda para o especialista. Deve-se estar atento ao fato de essa diferenciação poder gerar barreiras de acesso aos usuários com psicoses de característica diferente das barreiras que ocorrem com transtornos mentais comuns.

Muitos conceitos foram identificados com conteúdo potencialmente reducionista dos transtornos mentais. O reducionismo é uma das manifestações conceituais do estigma descrita na literatura (THORNICROFT, 2006). A partir de ideias reducionistas surgem outros pensamentos e atitudes que não levam em consideração a singularidade do sujeito. Os principais exemplos são expostos abaixo com reflexão acerca do *habitus*.

Diversas vezes a vulnerabilidade social foi citada como causa dos transtornos mentais sem levar em consideração a multicausalidade deles. Levando em consideração a formação predominantemente biomédica, entender a origem do transtorno psíquico como exclusivamente social, pode levar o profissional ao erro de pensar essa demanda como não sendo de sua alçada, promovendo barreira de acesso (se é social, não é problema do médico).

No nosso caso a gente falou mais porque o caso que a gente selecionou foi um caso clínico de abuso de álcool, mas no final das contas terminou também ficando no contexto mesmo, nesse abuso de substâncias independente de ser lícitas ou ilícitas, esse abuso de substâncias em termos gerais. Aquele transtorno mais mental derivado mais do social, da vida do que de outra coisa, que leva a esse abuso. (M4)

Esse conceito parece ter origem na falta de entendimento básico sobre os transtornos, com origem na cultura (*habitus primário*), mas deveria ser de responsabilidade da formação médica (*habitus secundário*) construir solidamente esse conhecimento. Numa visão biomédica, esperava-se a crença do cérebro como

reducionismo causal para os transtornos. Ao identificar a simplificação para a esfera social, cabe questionar se esse mecanismo racional reforça a barreira de acesso pelo mecanismo de seleção de demandas: “isso é da medicina; aquilo é do social”.

Outro reducionismo observado: “Do ponto de vista físico esse paciente não tem nada. Para todo mundo ele está normal.” (M3), a associação do transtorno mental a “não ter nada” também pode levar a esse tipo de seleção de demandas. Se não tem nada do ponto de vista médico, não há o que ser cuidado na ESF. Essa ideia parece obedecer aos mesmos mecanismos de *habitus* comentado no parágrafo anterior. Parece haver uma falha no ensino médico da psiquiatria que respalda a negativa do médico em atender a essa demanda.

Outro aspecto reducionista importante é a superestima da patologização da vida:

É complicado porque as vezes você recebe gente assim: ai! Meu filho ‘tá agitado... me dê um remédio para ele se acalmar. Aí a gente entra naquelas coisas da patologização, aí a gente patologiza: a criança ‘tá agitada não é porque ela precisa brincar, não é porque ela precisa ter espaço, não é porque ela passa mais tempo enfiada numa casa com um ex-presidiário; é porque é anormal, não é? (M2)

A preocupação com a patologização da vida cotidiana deve ser constante na prática da saúde, porém não pode levar a barreiras de acesso à população. O trecho destacado, sem muitos detalhes do caso, leva a pensar na necessidade de avaliação da saúde mental da hipotética criança, mas parece haver uma despreocupação do participante para esta necessidade, explicando automaticamente a situação como simplesmente circunstancial à vida. O acesso à saúde exige olhar atencioso aos sinais de problemas da saúde mental.

Os trechos com reducionismos apresentados exigem reflexões acerca dos aprendizados básicos sobre os transtornos mentais (*habitus* secundário). É questionável considerar que os participantes desconheçam minimamente a importância do corpo e da medicina na área da saúde mental – não é o que se demonstrava nos encontros de matriciamento. Então haveria remanescentes de conceitos reducionistas do *habitus* primários apesar da formação? Deve-se perguntar o motivo pelo qual os participantes exibem conhecimentos simplistas geradores de barreiras de acesso.

Em relação ao consumo de substâncias psicoativas, os participantes levantaram discussões sobre o uso abusivo de benzodiazepínicos, de álcool e de outras drogas. Quando, na aula, foram questionados sobre conceitos básicos

relacionados ao consumo de drogas (como diferenciar conceitualmente uso abusivo, dependência e síndromes de abstinências), os participantes tiveram dificuldade para responder.

De toda forma, foi percebida uma preocupação entre os participantes com o uso de benzodiazepínicos pela população adscrita e com uma forma para conduzir esse problema. Para este trabalho, isso pode se tornar um problema se a exigência pelo desmame da medicação não respeitar a singularidade dos usuários. Retiradas indiscriminadas de medicações são exigências de modelos de cuidado focados na abstinência. A redução de danos pode ser a melhor estratégia para lidar com essas situações.

Quando o assunto da aula abordou temas relacionados às drogas (exceto às benzodiazepínicas), os participantes pareciam mais despojados de seu papel de médico, a linguagem se tornava mais coloquial. Há um momento no início da aula (5'59") em que começa um burburinho e umas gracinhas com um colega que se levantou para tomar café. Escutam-se brincadeiras sobre dependência de cafeína e outras não identificadas. Mais à frente, após os facilitadores exemplificarem o uso nocivo de drogas com o comportamento agressivo em intoxicação, outro participante complementa: "é aquele que vira homem quando bebe" (M3).

O *habitus* relativo ao consumo de drogas parece predominantemente primário. A própria postura coloquial que os participantes tomam ao falar no assunto pode ser sinal de que o tema faz eles saírem do campo do saber médico e entrarem para o campo do senso comum; veja abaixo como uma participante relata sua abordagem do tabagismo:

Você vai sempre ser, no final das contas, um dependente psicológico daquela droga que você um dia foi dependente físico, pra mim vai ser sempre. Então eu digo: Nem vem com desculpa de fumante, porque conheço todas, nem vem com desculpa de gordo que eu conheço todas, então nos meus grupos funciona, porque mentir pra mim fica difícil, não vem com essa desculpa que isso aí eu tô te lendo, exatamente! (M1)

Vale ressaltar que em *desculpa de fumante* parece uma forma senso comum de tratar as dificuldades encontradas durante o tratamento do tabagismo. Nesses casos, envolvendo dependência a drogas, o *habitus* primário é evidente – a participante faz um relato com base na sua própria experiência como dependente de nicotina, tornando difícil saber se houve ou não interferência da formação médica.

O conceito sobre prognóstico levantado pelos participantes revela uma compreensão do transtorno mental como incurável e de baixa resolutividade: as pessoas com transtornos são vistas como o usuário que sempre volta, que não melhora:

Porque assim, é um paciente que te frustra como profissional. O paciente que sempre vai voltar para você... dependendo de como você abordar ele, vai ficar dependente de você; então você as vezes não vai conseguir dar as respostas que muitas vezes ele espera de você. (...) Eu acho o paciente da saúde mental tem isso como característica: é o paciente recorrente, que te desafia como profissional. Dos outros, chega uma cólica, você dá um analgésico e pronto! Ah, eu sou a médica! Eu sou a superpoderosa. Resolvi o problema! Mas com saúde mental, é muito diferente... tipo... você não consegue. (M2)

Nesse trecho é direto o modo como a participante revela o *habitus* secundário à formação médica na direção da resolutividade biomédica; no campo da saúde mental, a frustração parece surgir pela não correspondência direta entre fazer o diagnóstico e obter sucesso no tratamento. Seguindo a lógica biomédica, é explicável o sentimento de frustração frente aos cuidados de determinadas pessoas com transtornos mentais.

Para finalizar, um dos participantes faz juízo de valor em relação ao que compreende do sofrimento no transtorno mental, fazendo uma comparação:

Eu acho também que não é fácil e afeta a gente. Tudo que afeta a gente... você ver o outro em sofrimento... porque é sofrimento, é o indivíduo... eu considero assim em (palavra incompreensível) tudinho... a perda do senso crítico... a saúde mental como uma coisa ... da minha visão: pior que o câncer. Não fazendo comparação (...) porque a pessoa perde o senso crítica das coisas e você vê o ser humano chegar em um estágio, como muitos chegam para gente, de realmente sofrer mesmo... é você ser afetado, tudo que afeta a gente faz com que a gente demore a absorver, para depois daí fazer a ação. (S2)

Nessa parte transcrita acima, existem muitas reflexões a serem feitas sobre os sentimentos envolvidos nesse cuidado, que serão feitas no pilar das Atitudes mais à frente. Nesse momento, é importante destacar o conceito sobre o sofrimento psíquico. É imprescindível lembrar-se de que esse conceito de sofrimento pode fazer relação com mecanismos empáticos que são subjetivos ao participante (relacionados ao *habitus* primário). Porém, ao passar pela formação médica, espera-se que o aprendiz passe por transformações de conceitos, em especial daqueles relacionado ao seu campo de trabalho. No caso em discussão, espera-se que a passagem do participante

pela formação médica tenha reconstruído os conceitos sobre o câncer, uma condição que também sofre com alguns estigmas próprios, e sobre os transtornos mentais.

De toda forma, o resultado desse percurso de experiências que se apresentou na aula equaciona o sofrimento dos transtornos mentais como mais intenso (se é que se pode medir essa intensidade) que o de estar com câncer. Claro que o tratamento do câncer está mais avançado, muitos casos são curados ou controlados com medicações modernas: cada caso é um caso. E a questão está justamente aí: a saúde mental também avançou nas últimas décadas, prognósticos foram modificados com a melhoria do acesso ao cuidado e com o avanço de terapias e medicações. A formação médica geral, no entanto, parece carecer dessa atualização. Se não carece, deve-se perguntar o porquê de os médicos ainda enxergarem os transtornos mentais como sendo “pior que o câncer”.

3) Habilidades

A metodologia da aula a partir da discussão de casos, apesar de não constituir melhor procedimento para observação de habilidades, atendeu com qualidade ao objetivo da pesquisa em tentar identificar estigma relacionado a como os médicos praticam a assistência à população com transtornos mentais. As perguntas norteadoras auxiliaram o aparecimento das habilidades, permitindo a discussão delas e, claro, a observações de modos estigmatizantes de atuação.

Alguns itens da lista de habilidades estão relacionados a conceitos já discutidos acima e não serão repetidos nesta análise.

Em relação ao *habitus*, a maior parte da lista de habilidades tem relação maior com a formação médica que com o *habitus* primário. Enquanto alguns conceitos (mesmo errôneos) sobre os transtornos mentais são amplamente difundidos entre as pessoas de uma forma geral, as habilidades para o cuidado têm menor alcance. No caso da amostra da pesquisa, a habilidade é específica para o cuidado em saúde. O *habitus* primário foi apenas observado de forma mais evidente quando envolveu a comunicação, já que a habilidade de comunicação entre humanos é algo primário.

Foi demonstrado na análise dos conceitos uma dificuldade pelos participantes para identificar os transtornos, que, automaticamente reflete na habilidade de reconhecê-los. Assim, não há necessidade de uma nova análise desse ponto.

LISTA DE HABILIDADES	<i>Habitus</i> (primário ou secundário)
Habilidade de identificação dos transtornos mentais.	Secundário.
Intervenções territoriais nas comunidades para os problemas coletivos de saúde mental;	Secundário.
Comunicação e abordagem diante de pessoas com transtornos mentais – principalmente em crise;	Aspectos primários e secundários.
Prática de desmame de benzodiazepínicos com foco em abstinência;	Secundário.
Prescrições de medidas não farmacológicas para problemas de saúde mental;	Secundário.

Quadro 8 – Habilidades x *habitus*

Poucas ações territoriais foram apresentadas e exploradas na aula. As queixas em relação às dificuldades encontradas pela situação de vulnerabilidade foram mais presentes nas falas dos participantes que possíveis habilidades para lidar com esse contexto. Do ponto de vista de ações coletivas, a tentativa de lidar com o uso abusivo de benzodiazepínicos se apresenta enquanto competência:

E eu comecei a ser criticado dentro da comunidade porque eu estava começando o desmame de pacientes jovens que não tinham uma causa aparente para o uso tanto abusivo de benzodiazepínico. Tinha gente tomando quatro miligramas de clonazepam por dia com trinta e quatro anos! Pois é! Tem alguma coisa errada aí né? Então começaram a diminuir essa dose e começou a ter uma discussão dentro da comunidade que eu estava tirando remédio do povo lá. E que eu não era psiquiatra para fazer isso e o povo estava surtando. (M3)

Nesse trecho acima, o problema de desmamar benzodiazepínicos de forma indiscriminada, sem observar singularidades, já discutido entre os conceitos, é evidenciado de forma mais direta. Aqui é possível observar um choque entre a intervenção médica (*habitus* secundário) com o da população geral (*habitus* primário da população).

Releia o trecho já analisado:

Se eu vejo por exemplo uma alteração do senso crítico, o paciente chega com um discurso confuso, um discurso religioso, um discurso... com grande eloquência, um discurso por exemplo... o parente foi lá e agrediu, aí isso não é mais comigo, não, eu mando pro psiquiatra. (risos) (M3)

A ideia de *eu mando pro psiquiatra* a demanda que não é minha pode ser interpretada como: eu encaminho para o psiquiatra, especialista com habilidade para atender os casos de pessoas com história de agressividade. Essa ideia reforça a

explicação de seleção de demandas, já exposta anteriormente, com a justificativa de não ter formação para lidar com a situação. A inabilidade para atender a população com história de violência pode estar gerando barreira de acesso na ESF por afastar equipe da população com esse perfil. Essa habilidade não pode ser de competência exclusiva do especialista em saúde mental, uma vez que agitação e violência não são situações exclusivas da saúde mental no sentido estrito.

Em qualquer cenário de prática de saúde, o profissional deveria estar apto a estratificar as situações com risco de agressividade. As situações põem riscos diferentes a depender de se ocorrem: agitação psicomotora, atitudes hostis ou se apenas relatos de agressividade. Cada situação exige ações diferentes do profissional de saúde.

Em outro contexto, um participante narra sua vivência em atendimento à usuário que chegou contido e sua habilidade para lidar com a situação:

Eu posso lhe examinar? 'Pode.' Eu vou lhe escutar, vou fazer isso... Coisa que, assim... como se a gente já superasse essa fase. Eu já superei essa fase de explicar dessa forma como explico a uma criança, quando uma criança 'tá brincando: 'Olha, vamos parar agora, titia vai fazer isso, isso e isso...' (S1)

Ele faz analogia entre a maneira como abordou a situação com a forma de abordagem de crianças. A infantilização reforça a ideia de incapacidade das pessoas com transtornos mentais.

A inabilidade para lidar com os problemas da saúde mental no território também pôde ser verificada. A complexidade do território foi apresentada muitas vezes pelos médicos, porém poucas intervenções coletivas foram citadas. De uma forma geral, o uso de medicações acabou sendo o recurso empregado para as circunstâncias envolvendo sofrimento psíquico: "você tira o remédio controlado desse povo e você vai colocar o que no lugar?" (M3)

Outros exemplos:

Mas aí o que a gente faz? Mantém essa pessoa dopada para vida... um remédio para ela dormir, outro remédio para ela acordar, outro remédio para ela comer ... (M2)

Então, assim outro dia chegou uma mulher desesperada lá porque ela viu um sujeito matando o outro, aí de forma imediata: toma aqui um benzodiazepínico para dar uma segurada. Só que na minha cabeça, isso aqui é emergencial né? Vai passar; depois que sair dessa fase, tira o benzodiazepínico. (M3)

(...) tem pacientes que vêm porque o marido ou a mãe morreu ontem e quer que eu bote um remédio para dormir; neste tipo de contexto você pode sim

estar vendo uma escuta, você pode dizer é normal, é uma fase de luto... vem aqui, a gente acompanha... Mas tem pacientes que você não pode dizer: 'olha desculpa, você não tem trabalho, você também não tem...' Não tem como você fazer esse homem se superar, não existe, não existe mais essa opção. (M3)

Nesse último trecho acima, o participante demonstra total desesperança na recuperação pessoas com problemas de saúde mental em um contexto de vulnerabilidade. Que consequências essa desesperança pode ter na sua forma de agir diante de um cliente nessa situação?

Apesar do entendimento dos determinantes sociais das doenças, o médico não apresenta habilidades para lidar com os problemas do território que influenciam o processo de saúde e doença. Essa capacidade de intervir nas comunidades para a melhoria da saúde faz parte do campo de atuação do médico de família e comunidade (LOPES, 2012, p.1). Além disso, as dificuldades sociais não podem servir de justificativa para pouco investimento na saúde da população em condições sociais precárias.

4) Atitudes

A classificação do material analisado por categoria pedagógica demonstrou a complexidade do ensino em saúde mental relativa às competências atitudinais. Ao longo da aula, os participantes citaram fragilidades nas posturas diante da população com sofrimento psíquico e nas habilidades para lidar com os sentimentos da relação médico-paciente. Em algumas situações da aula, as habilidades e as atitudes aparecem conjugadas, como por exemplo, quando se fala da habilidade de estabelecer vínculo, que requer uma certa atitude de disponibilidade para fazer vínculo. Uma das participantes afirma:

(...) A escuta qualificada e estabelecer esse vínculo é essencial. Porque muitas vezes o paciente realmente ele vem com uma demanda de uma coisa que não tem nada a ver e é questão de realmente você poder escutar, você *querer* (com ênfase) escutar. Você perguntar para poder chegar realmente ao que está aí. Então a escuta e esse vínculo, essa confiança é imprescindível senão você não tem como identificar... (M1)

O princípio IV da Medicina de Família e Comunidade estabelece a relação médico-pessoa como fundamental para atuação na estratégia de saúde da família (LOPES, 2012, p.9). É provável que técnicas de escuta e de formação de vínculo façam parte de discussões entre os participantes e os supervisores. O TMFC reserva

um capítulo para discutir *Consulta e abordagem Centrada na Pessoa*, abordando técnicas de entrevistas. (LOPES, 2012, p.113-123)

O processo de ensino-aprendizagem com intuito de enfrentar o estigma envolve de forma direta a transformação das atitudes. Ensinar a como se portar diante de sua clientela deve ocorrer em paralelo à aquisição de conhecimentos e habilidades. Fica evidente adiante que conhecimentos insuficientes têm relação com estigma e barreira de acesso. Da mesma forma, sentimentos contratransferenciais negativos levam a desabilidades para lidar com essa população, sendo potencial determinante de estigma e barreira de acesso.

LISTA DE ATITUDES	<i>Habitus</i> (primário ou secundário)
Insegurança por não saber conduta.	Secundário.
Sentimentos de medo, tristeza, frustração e raiva.	Primário
Afetos interferindo nas ações	Primário
Violência como disparador de sentimentos negativos.	Primário
Visão centrada na doença / resolutividade médica	Secundário

Quadro 9 – Atitudes x *habitus*

Os participantes relataram insuficiência na formação em saúde mental e sentimentos de insegurança por não saber conduzir determinadas situações como diretamente relatado:

E apesar da gente dizer que a gente tem dificuldade para tratar, eu acho essa dificuldade parte também da insegurança... da dificuldade com o manejo, então assim: a gente também de certa forma estigmatiza um pouco, porque a gente se sente incapaz. Quando a gente se sente um pouco mais capaz, a gente consegue conduzir pelo menos alguns casos. (S1)

A insegurança tem relação direta com a insuficiência de conhecimentos e habilidades que deveriam ser adquiridas com a formação médica (*habitus secundário*), porém é importante notar que na própria citação acima, a dificuldade *parte também* (mas não apenas) *da insegurança*, ou seja, não é apenas a insuficiência de informações do núcleo da psiquiatria/saúde mental. A palavra “insegurança” ainda faz alusão à falta de segurança (pelo risco de violência) que pode surgir no encontro entre o médico e o paciente da saúde mental.

Outros sentimentos associados a essa população também contribuem para o entrave ao atendimento de saúde dela: medo, frustração, insegurança, tristeza e raiva foram diretamente relatados pelos participantes dentro de uma lista de sentimentos exposta na aula. Nenhum sentimento positivo foi relatado pelos participantes.

Contratransferência

SENTIMENTOS ENVOLVIDOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:

- Compaixão	- Amor
- Pena	- Frustração
- Carinho	- Alegria
- Raiva	- Desinteresse
- Interesse	- Insegurança
- Medo	- Tristeza

Quais os sentimentos mais envolvidos no atendimento à pessoas com transtorno mentais ou em uso de drogas?

O que gera esses sentimentos?

Figura 1 – Prancha apresentada na aula para médicos da ESF

Outros relatos ao longo da aula fortalecem o pensamento da relação entre estigma e esses sentimentos:

E ele é um paciente que vai demandar muito; por exemplo o alcoolista: tipo, você vai fazer o acompanhamento, você vai passar um tempão ouvindo *ele* e pode ser que ele tenha uma recaída e você vai dizer: cara que merda! Eu sou uma droga de profissional! Sabe? (M2)

Nesse fragmento anterior já citado anteriormente, o participante faz uma associação entre a sensação de muita demanda dos usuários da saúde mental com o sentimento de frustração pelas recaídas. Se pensarmos na ideia da alta demanda isolada da segunda ideia, podemos não perceber o estigma e achar que é justo um trabalhador se queixar de muito trabalho. Porém, deve-se levar em consideração que nem toda situação que exige alto investimento do médico vai levá-lo aos sentimentos negativos e à resistência.

Então quando analisada a vinculação entre a “demanda” e o sentimento de frustração devido às recaídas clássicas da clínica da dependência química, o participante delimita qualitativamente qual o perfil de cliente que o leva a sentimentos negativos. Esses sentimentos negativos podem ter raízes nas experiências da vida

social (*habitus primário*). Pessoas com transtornos mentais são conhecidas como trabalhosas e difíceis e os transtornos comumente são relacionados ao prognóstico ruim, como pode ser lembrado no trecho abaixo:

Dos outros, chega uma cólica, você dá um analgésico e pronto! Ah eu sou a médica! Eu sou a superpoderosa. Resolvi o problema! Mas com saúde mental, é muito diferente... tipo... você não consegue, você... tá entendendo? Eu sinto isso assim com os pacientes (...) tem uma situação social ao redor e você sente: caraca, bicho, eu não consigo resolver isso daqui! O que é que eu vou fazer? Entendeu? (M2)

Ainda sobre esse trecho, é importante destacar como a questão da resolutividade imediata é valorizada e faz o médico sentir-se bem em sua prática. Na continuação da fala do participante *tem uma situação social ao redor e você sente: caraca, bicho, eu não consigo resolver isso daqui!* o participante reduz os transtornos mentais às circunstâncias sociais e mostra-se sem habilidades para responder a essas demandas. A negação dos mecanismos biomédicos dos transtornos mentais pode contribuir para que o médico tenha sentimentos negativos em relação a essa população, principalmente quando ao ato médico se associa apenas o ato da prescrição medicamentosa (intervenção biomédica).

Uma formação que valorize o médico enquanto “medicamento” (BALINT, 2005) pode contribuir para diminuir a força do remédio (pílula) enquanto única possibilidade de intervenção desse profissional.

Os sentimentos relacionados à violência (medo e raiva) também parecem ter origem no *habitus primário* por ter conexão com o contexto das cidades (e do território em questão) e com as reações da população em geral a essa realidade. Porém, a formação do profissional de saúde para o SUS não pode se esquivar de ensinar ao trabalhador habilidades para trabalhar nesse contexto. Pelas Diretrizes Curriculares, o médico deve ser formado para atuar em consonância com a realidade brasileira e a violência faz parte dessa realidade.

(...) e chegou um paciente com o punho amarrado. ‘Ele tá com punho amarrado porque tocou fogo na casa, ‘tava quebrando tudo...’ Então assim, na hora que você chega e pelo que a gente tá vivendo também, pelo estado de violência que a gente tem, na hora que a gente chega e vê uma pessoa praticamente algemada na sua frente, você (...) Eu ‘tava com um adulto ontem e assim, me senti, me senti com medo. Porque na hora que eu vi, me chocou. (S1)

De toda forma, a generalização desses sentimentos e a relação com as situações da saúde mental é uma forma de manifestação do estigma. Na passagem

a seguir, o participante afirma fazer um julgamento de valor e é possível entender o modo como ele lida com esses sentimentos:

Porque eu percebi em uma das pacientes que eu tinha atendido que eu tinha raiva. Então a minha atenção eu tentava ser objetiva em dar o tratamento médico correto pra ele, mas eu sabia que na relação era prejudicada pelo fato de já julgar o que ele fez. (...) Porque eu queria eliminar essa raiva da minha relação com o paciente e isso pra mim me serviu (...) Me serviu, mas também desvincula de qualquer maneira, tem um certo bloqueio. (M1)

O médico evita os sentimentos e esse “bloqueio” pode contribuir para uma desvinculação médico-paciente. Desse mecanismo resulta uma atitude que se limita à condução biomédica da situação de saúde, expressa melhor em *eu tentava ser objetiva em dar o tratamento médico correto pra ele*. Esse bloqueio tem relação com a ausência de competências profissionais para lidar com os sentimentos, favorecendo uma atuação médica centrada na doença.

Em outra passagem, um participante expressa: “A sua relação com a doença, com o transtorno mental, com a psiquiatria depois, enquanto médico, vai depender muito da sua bagagem.” (M5) Sua preocupação com a doença é mais evidente que com as pessoas em si. A formação médica tradicional afasta o profissional dos seus sentimentos como forma de “atuar objetivamente” na doença. Se na medicina geral isso tem sido apontado com problema, parece ter mais consequências negativas na saúde mental pela maneira bastante negativa como essas “doenças” são aprendidas na formação.

Os sentimentos contratransferenciais foram diretamente citados como complicadores do cuidado e estão relacionados com conceitos relativos ao transtorno mental:

A saúde mental tem uma coisa... na minha visão: pior que o câncer. Não fazendo comparação, mas sendo mais grosseiro, porque a pessoa perde o senso crítico das coisas e você vê o ser humano chegar em um estágio, como muitos chegam para gente, de realmente sofrer mesmo... (S2)

Conceitualmente, para o médico, o sofrimento causado pelos transtornos mentais é maior que aquele causado pelo câncer.

O participante continua afirmando: “É você ser afetado, tudo que afeta a gente, faz com que a gente demore a absorver, para depois daí fazer a ação.” (S2) Ele deixa explícita a ideia de que os sentimentos podem deixar médicos imobilizados diante de certas situações. Neste trabalho, os sentimentos relacionados às pessoas com

transtornos mentais têm relação com ideias estigmatizantes e parecem interferir diretamente nas ações dos profissionais.

Os sentimentos relatados pelos participantes são citados por Thornicroft (2006), ao longo de seu livro, associados a atitudes estigmatizantes por parte da população geral e dos profissionais de saúde.

No capítulo sobre Grupos Balint do TMFC (BRANCO; FREITAS, CANTARELLI, 2012, p.157), são citados os “sinais luminosos” de Salinsky e Sackin (2004), que alertam sobre defesas contra o envolvimento pessoal: ansiedade, irritabilidade, frieza, raiva, uso exacerbado do modelo biomédico e distanciamento são uns desses sinais. Neste trabalho, esses sentimentos estiveram associados à conceitos estigmatizados sobre o transtorno mental.

Nos trechos explorados, o estigma parece incorporado pelos participantes na forma de sentimentos. De uma forma geral parece haver uma linha que se inicia com os conceitos e as experiências, ativando sentimentos negativos, que, então, interferem negativamente nas ações dos profissionais. Conforme a ideia de *habitus*, esse arcabouço de conhecimentos prévios determina inconscientemente as ações das pessoas. É provável que no meio do caminho entre inconsciente e ação, os sentimentos possam funcionar como sinais conscientes do estigma e podem ser elementos pedagógicos importantes para pensar formas educativas para lidar com o problema do estigma na saúde mental.

Capítulo 5 – Conclusões e considerações finais

O estigma tem relação com barreira de acesso na atenção primária e este trabalho pôde capturar alguns dados acerca desse fenômeno circunscrito à observação dos sujeitos de pesquisa em seus processos de formação. A observação participante das atividades de matriciamento na atenção primária do município, colocou o pesquisador em posição privilegiada para identificar competências médicas relacionadas com o estigma.

Com a saúde mental cada vez mais sendo inserida na formação médica, é necessário entender como o estigma se manifesta no médico e na relação que se estabelece entre o profissional e o paciente. Promover estratégias de ensino capazes de superar o estigma como barreira ao cuidado é fundamental.

Na atenção primária, o matriciamento demonstrou ser uma potente ferramenta para instrumentalizar o encontro entre a Estratégia de Saúde da Família e a saúde mental, sendo útil para aplicação de estratégias educativas. A utilização de casos reais como facilitador do processo de ensino-aprendizagem contribuiu com a metodologia, que tinha como foco a observação de competências relacionadas com a estigmatização.

Com formação prioritária para as necessidades do SUS, os espaços de formação médica devem adotar modelos de ensino que preparem o profissional para atender a demanda da população. As *DCN* (2014) brasileiras direcionam a formação do médico para uma atuação generalista e humanista. Generalista porque requer habilidades que permitam o profissional atender às principais questões de saúde da população; humanista, pois o médico deve assumir postura respeitosa diante de sua clientela além de compreender o determinante social o processo de saúde e doença.

Médicos com esse perfil de competência interessa à reforma sanitária e à reforma psiquiátrica. As *DCN* de 2014 incluem a saúde mental como área básica do internato e compreende, assim, que a saúde psíquica faz parte dos componentes curriculares mínimos para a formação médica. Dada a existência de estigma interferindo em ações do médico, o ensino deve se preocupar com a superação desse problema.

eticamente, as escolas médicas – e os demais espaços de formação – não podem ensinar apenas técnicas de entrevistas, critérios diagnósticos em psiquiatria e psicofarmacologia. Paralelo ao ensinamento técnico-científico, os sujeitos devem

aprender atitudes que aproximem a população com transtornos mentais do cuidado à sua saúde.

Sobre a relação do estigma com a formação médica, as principais conclusões, ainda que preliminares, que esta pesquisa permitiu foram:

Os contextos territoriais podem influenciar nas ações dos médicos

Fragilidade da rede, questões relacionadas à política e à gestão e as situações de vulnerabilidade social marcaram as falas dos participantes quando eles relatavam problemas relacionadas à gestão do cuidado.

A comunicação com o ambulatório e o sentimento de não ter apoio para cuidar da demanda da saúde mental foram citados como entraves para atender essa demanda.

O medo de ser alvo de violência esteve associado a determinadas situações vividas nos territórios, principalmente quando o assunto abordado foi o CAPS AD. As situações de vulnerabilidade foram em algumas situações citadas como causas de agravos a saúde.

Esses relatos são ricos para o registro da atuação médica nesses territórios, o sofrimento a que isso leva aos profissionais e pensar estratégias para minimizar esse problema. A supervisão de casos pode ser um dos caminhos se forem utilizados métodos que possam dar suporte emocional e, ao mesmo tempo, funcionar como um apoio técnico-pedagógico. O matriciamento pode ser um espaço interessante para essa metodologia.

Os médicos se sentem inseguros e com pouca preparação para atuar em saúde mental

Foram várias as queixas de deficiência na formação para a psiquiatria. O conhecimento acerca do diagnóstico psiquiátrico favorece uma visão negativa dos transtornos mentais. A utilização de critérios como “ausência de lucidez” e “perda da autonomia” para diagnosticar o transtorno mental pode associá-lo a uma condição rejeitada por parte dos sujeitos da pesquisa.

Alguns participantes associaram os usuários com transtornos mentais àqueles “que sempre voltam” aos consultórios, à “incurabilidade”, sendo sugerido por um dos participantes que isso pode fazer evitar essa clientela.

Visão ambivalente sobre a prescrição de benzodiazepínicos

Na estratégia educativa, o uso excessivo de benzodiazepínico pela população norteou a discussão de um dos grupos; falaram em dificuldades para desmamar essa medicação e pareciam dar pouco valor às necessidades individuais dos usuários que faziam uso dessa medicação – desmame sem discriminação.

No entanto, ao longo da aula, alguns sujeitos relataram situações em que prescreveram benzodiazepínico por não saber outra forma de lidar com as situações de sofrimento social e psíquico dos usuários.

Essa ambivalência parece causar angústia ao participante, que se diz frustrado diante do contexto de cuidado.

O uso de drogas é tratado com coloquialidade

Em quase todos os trechos em que os sujeitos abordam o uso de álcool e outras drogas, um clima de coloquialidade assume o tom da conversa. Frases como “aquele que vira homem quando bebe” e “nem vem com desculpa de fumante que eu conheço todas” deixa transparecer uma qualidade de *habitus* primário. Pode-se pensar que houve pouca interferência (ao menos qualitativa) da formação médica (*habitus* secundário).

Nesse aspecto, pode-se pensar no caráter modificador do *habitus* pela formação. Espera-se que alguém com mais preparação para lidar com a população que faz uso de drogas, tenha uma linguagem mais técnica ou menos estigmatizada em relação ao uso de drogas. Não se pode garantir que o uso da linguagem técnica tenha menos associação com as atitudes estigmatizantes, porém parece sensato considerar que o uso da linguagem coloquial deixa transparecer a ausência de capacitação ou a extrema fragilidade na formação.

Afetos estão relacionados com o estigma

Os relatos levantados demonstraram que atitudes estigmatizantes tem forte relação com sentimentos negativos sentidos pelos sujeitos participantes. Alguns sujeitos relataram diretamente que sentimentos negativos modificam negativamente sua postura diante de pessoas com determinados quadros psiquiátricos.

Esse dado eleva a importância do cuidado com os sentimentos transferenciais nos processos de formação médica. Sugere que, além de ensinar conceitos sobre os transtornos mentais, e além de desenvolver habilidades comunicativas, as estratégias pedagógicas devem levar em consideração formas de ensinar o profissional a lidar com os sentimentos da relação médico-paciente.

Nesse sentido, a utilização de casos clínicos em supervisão pode utilizar elementos dos grupos Balint, classicamente conhecidos por essa função de treinar médicos a lidar melhor com seus sentimentos.

O matriciamento pode contribuir para a formação em saúde mental

O matriciamento tem duas características que fazem dele uma ferramenta interessante para a formação em saúde mental na atenção primária: a) ter uma dupla intenção técnica e pedagógica e b) possibilitar a discussão de casos. São essas características que favorecem o matriciamento enquanto espaço para enfrentar o estigma.

Caso a intenção do matriciamento fosse apenas técnica, faltaria a ele a característica de trocas de conhecimentos, úteis para o processo de ensinar as competências necessárias para não se ter estigma. Já o aspecto técnico coloca a equipe especializada em um lugar de suposto saber em relação ao núcleo da saúde mental, fundamental para estabelecer uma relação de confiança entre as equipes: se equipe de referência pode ver a equipe especializada atuando, saberá que é possível aprender a fazer (habilidade) também.

As discussões dos casos reais do dia-a-dia da equipe de referência podem ter função de fazer emergir os sentimentos transferenciais que ocorrem na relação entre profissional de saúde e usuário. Esses sentimentos podem ser sinais de estigma e interferir na relação de cuidado. Os dados deste trabalho apontam para a necessidade de o matriciamento englobar aspectos de supervisão de casos, podendo ser úteis os conhecimentos acerca dos grupos Balint.

O estigma interfere no cuidado de saúde

São vários os dados da pesquisa que sugerem que o estigma está relacionado com barreiras de acesso ao cuidado. Alguns participantes relataram diretamente que seus sentimentos interferem no cuidado à população com transtornos mentais.

Os participantes reconhecem a necessidade de serem melhor formados para cuidar de pessoas com transtornos mentais. Apenas sentimentos negativos foram associados ao atendimento a essa população.

Limites da pesquisa

A pesquisa foi realizada com um grupo específico de profissionais, em um contexto particular, e com algumas dificuldades operacionais. Sendo um trabalho de pesquisa social sobre o trabalho médico, utilizando instrumental qualitativo, suas conclusões não podem, por suposto, ser generalizadas à formação médica no campo da atenção primária, mas podem contribuir para a compreensão dos desafios pedagógicos representados pelo estigma.

Este trabalho tem limitações em relação a observação participante dos atendimentos em conjunto (uma atividade de matriciamento). Esses momentos podem ser ricos de informações sobre as habilidades e atitudes dos participantes diante de casos de saúde mental. Métodos de observação mais estruturados para esse fim podem contribuir para facilitar a observação.

Não foi intenção desta pesquisa avaliar a eficácia da intervenção educativa, não havendo comparação da amostra antes e após serem submetidos à aula. A observação das competências pedagógicas foi suficiente para levantar questões qualitativas interessantes para refletir sobre o tema.

Transformações do pesquisador

Pensar estratégias educativas para enfrentar o estigma modificou o pesquisador em sua forma de pensar e de agir em seus campos de trabalho, tomando dimensões além dos muros da pesquisa em si. Fazer esse estudo trouxe contribuições na atuação do pesquisador em sua atuação como psiquiatra e como professor do curso de medicina.

Tendo em vista que a clínica da atenção psicossocial solicita o combate ao estigma e compromisso ético com a ascensão social das pessoas com transtornos mentais, a formação educativa parece ser um caminho para esse fim. Por isso, as atividades da atenção psicossocial devem prever uma postura educativa seja no atendimento dos usuários e familiares, seja na discussão e atendimentos conjuntos de casos.

No campo da formação médica, a inserção crescente da saúde mental nos currículos tem obrigação de pensar no enfrentamento ao estigma. Os currículos precisam incluir estratégias que intervenham nas atitudes médicas diante da população com transtornos mentais. O ensino dos conhecimentos psiquiátricos não pode andar dissociado do ensinamento do respeito aos direitos humanos e aos direitos civis dessa população.

Ao longo desta pesquisa, o autor esteve responsável pelo planejamento do internato – estágio de saúde mental – do curso de graduação em que atua. A necessidade de pensar o estigma influenciou na forma como o estágio foi pensado, buscando caminhos para desconstruir o estigma entre os futuros médicos.

A clínica política

O trabalho reforça a ideia de que a clínica psicossocial exige uma atuação política. A inclusão social passa por processos que podem envolver a educação e os aspectos pedagógicos da formação dos profissionais.

Conclusão final

As estratégias formativas são importantes para superar a barreira do estigma ao acesso à Estratégia de Saúde da Família pela população com transtornos mentais e uso de substâncias. São necessários outros estudos para observar mais atividades de matriciamento e mais aulas como a utilizada neste trabalho. A estratégia educativa utilizada pode ser um caminho para abordar as competências médicas sobre saúde mental, incluindo o estigma. Mais estudos sobre a técnica devem ser considerados para avaliar a sua reprodutibilidade e efetividade.

Capítulo 6 – Referências

ALBUQUERQUE, M. A. C.; DIAS, L. C. Abordagem em saúde mental pelo médico de família. In: GUSSO, G. D. F., LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p233-240.

APA – American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)**. 5 Ed. Washington: American Psychiatric Press, 2013.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em saúde mental na atenção primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 2013.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. 6. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007.

BRANCO, R. F. G. R.; FREITAS, F. G. M.; CANTARELLI, G. C. F. Grupos Balint. In: GUSSO, G. D. F., LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p152-158.

BRANDAO JUNIOR, P. M. C.; CANAVEZ, F.; RAMOS, P. L. Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 699-709, set. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300699&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0313>.

BRASIL. IBGE. **Censo demográfico**, 2000. Disponível em <www.ibge.gov.br> Acessado em 10/05/2016.

BRASIL. IBGE. **Censo demográfico**, 2010. Disponível em <www.ibge.gov.br> Acessado em 10/05/2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 6 jun. 2014. Acesso em 14 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior / Ministério da Educação, Ministério da Saúde. – Brasília: MEC, MS, 2009. 69 p. Vários autores

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001. Acesso em 14 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº. 3088/GM de 23 de dezembro de 2011. Disponível em <<http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Portarias/PT2004/portaria0052.htm>> Acesso em 02 de junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 13 de março 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013. Acesso em 13 de março de 2017.

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2ª. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União. Brasília; 24 set 2009.

CHAMBERLIN, J. Em prefácio a: THORNICROFT, G. **Shunned: discrimination against people with mental illness**. 1. Ed. New York: Oxford University Press Inc., 2006.

DANTAS, N. F.; PASSOS, I. C. F. Apoio Matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 201-220, abr. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100201&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 23 fev. 2018. Epub 11-Dez-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00097>.

DEEPASK. **Taxa de homicídios: Veja número de assassinatos por cidade do Brasil - IPOJUCA, PE**. Acesso em <<http://www.deepask.com/goes?page=ipojuca/PE-Confira-a-taxa-de-homicidios-no-seu-municipio>> em 29 de março de 2018.

DELGADO, P. G. G. **Por uma clínica da reforma**. Caderno Saúde Mental - ESP MG, v. 1, p. 59-66, 2007.

DIAS, M. D. A.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.137-148.2011.Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 23 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100010>.

FALK, J. W.; GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. In: GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p12-18.

FERREIRA, T. P. S. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2017, v. 21, n. 61 [acessado 23 out 2017], pp. 373-384. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>>. Epub 24 Out 2016. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910.

FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2014, v. 24, n. 4 [Acessado 23 Fevereiro 2018], pp. 1079-1102. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400006>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400006>.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 22ª ed.; tradução de Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martin. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1979. (Coleção Educação e Comunicação, vol. 1)

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa**. 1ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (coleção leitura)

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e terra, 1987.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4o edição [reimp.]. Rio de Janeiro, LTC, 2008.

GONÇALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R.; DELGADO, P. G. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 17-23, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922017000100017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 18 Fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1256>.

GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

GUSSO, G. D.; POLI NETO, PAULO. Gestão da Clínica. In: GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p159-166.

IPOJUCA. Secretaria de Saúde. **Projeto Terapêutico Institucional do Centro de Atenção Psicossocial Gregório Bernardo**. Ipojuca, 2011. (vários autores)

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2016, v. 20, n. 58 [Acessado 23 Outubro 2017], pp. 625-635. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>>. Epub 17 Maio 2016. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>.

LOCH, A. A. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 185-192, June 2012.

LOPES, J. M. C. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: GUSSO, G. D. F., LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p113-123.

LOPES, J. M. C. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G. D. F., LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p1-11.

LOPES, M. H. I.; LOPES, J. M. C. Metodologias de ensino médico. In: GUSSO, G. D. F., LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p365-373.

LOPES, J. M. C.; TOGNOLI, H.; LOPES, B. M. Avaliação do Ensino da Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G. D. F., LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p404-413.

MATTOSO, A. **Ipojuca: passado, presente, futuro do Município que mais cresce em Pernambuco**. Recife. Carpe Diem Edições e Produções, 2013. 84p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. São Paulo: HUCITEC Editora, 2014.

MUNIZ, J. N. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: uma intervenção de que tipo?** Dissertação (Mestrado em enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

NUNES, M.; TORRENTE, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, supl. 1, p. 101-108, Aug. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 8 de fevereiro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800015>.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.

36, n. 4, p. 574-580, dez. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600019>

PEGORARO, R. F.; CASSIMIRO, T. J. L.; LEAO, N. C. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 621-631. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000400621&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 23 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722348905>.

RAUTER, C.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Clínica e Política. Subjetividade e Violação dos Direitos Humanos**. Editora TeCorá/Instituto Franco Basaglia: Rio de Janeiro, 2002.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: BEZERRA JÚNIOR et al. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis. Vozes, em coedição com Abrasco, 1987. 288p

RÉZIO, L. A. et al. Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2015, v. 19, suppl 1 [Acessado 18 Fevereiro 2018] , pp. 793-803. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0673>>. Epub Ago 2015. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0673>.

RODRIGUES, R. D.; ANDERSON, M. I. P. Integralidade e Complexidade na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à saúde: aspectos teóricos. In: GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p60-70.

SAILLANT, F.; GENEST, S. (Org.). **Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais**. Tradução Vera Lúcia dos Reis. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012 (Introdução dos organizadores).

SAMPAIO, L. F. R.; MENDONÇA, C. S.; LERMEN JR, N. Atenção Primária à saúde no Brasil. In: GUSSO, G. D. F., LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p28-41.

SARAIVA, S. A. L.; ZEPEDA, J. Princípios do Apoio Matricial. In: GUSSO, G. D. F., LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p298-306.

SILVA, M. B. B. De paciente a causo: uma etnografia com egressos de internação psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2015, v. 20, n. 2 [Acessado em 18 Fevereiro 2018], pp. 353-362. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.20362013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.20362013>.

TARGA, L. V.; OLIVEIRA; F. A. Cultura, saúde e o médico de família. In: GUSSO, G. D. F., LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p52-59.

TAVARES, C. M. M. et al. Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe4, p. 25-32, out. 2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 18 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0137>.

THORNICROFT, G. **Shunned: discrimination against people with mental illness**. 1. Ed. New York: Oxford University Press Inc., 2006. 4399p [e-book]

TURNER, R. Words, utterances and activities. In: Turner, R (ed.) **Ethnomethodology**. Middlesex, Penguin Books, 1974. p. 197-215.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Estigma ao consumo de drogas ilícitas como barreira de acesso ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família: a formação como estratégia para sua superação**, desenvolvida por Vinicius Batista Vieira, discente do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), sob orientação do Professor Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado.

Este estudo pretende investigar o estigma ao consumo de drogas ilícitas como barreira de acesso à saúde na Estratégia de Saúde da Família. Pretende pesquisar se o processo de formação do médico interfere na maneira como esse profissional atua no cuidado à população consumidora dessas drogas.

Esta pesquisa tem importância por buscar compreender como o estigma aparece nos espaços de formação médica, como ele interfere no cuidado de saúde prestado na atenção básica e por se propor a analisar a estratégia de educação como caminho para superar essa barreira de acesso à saúde.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa por ser médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município do Ipojuca – PE, um dos campos dessa pesquisa. Nesse Município, as ESFs são matriciadas por equipes especializadas em saúde mental do Centro de Atenção psicossocial (CAPS) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O matriciamento é considerada uma estratégia terapêutica e pedagógica, em que equipes especializadas dão suporte a equipes de referência com discussão de casos, de temas importantes ao campo da saúde mental e outras estratégias de cuidado e de educação.

O método de pesquisa consiste na observação participante dos encontros de matriciamento em que o pesquisador (e médico psiquiatra do CAPS) participar como membro da equipe matriciadora. Essas atividades já fazem parte da rotina das ESF e elas não serão modificadas por estarem sendo alvos de estudo desta pesquisa. Alguns desses encontros serão gravados em mídia de áudio digital e o pesquisador tomará nota em diário de campo acerca do que for pertinente para o tema estudado para posterior análise, com todo o cuidado necessário para garantir a confidencialidade dos participantes. É importante salientar que é pouco provável que haja prejuízos à atividade, já que a observação, nessa fase do estudo, será livre, sem roteiro, sem modificar o planejamento do matriciamento.

Além da observação dos espaços, o pesquisador principal irá propor uma intervenção educativa com metodologia ativa de ensino - metodologia da problematização - para abordar o tema do cuidado às pessoas com uso problemático de drogas ilícitas. A intervenção ocorrerá em dois dias, com intervalo de no mínimo de duas semanas, e terá duração de 90 minutos em cada dia. Nesta etapa, pode ser que lhe sejam solicitadas atividades para serem realizadas em sua casa, como busca de literatura ou construção de breve caso clínico. No segundo dia, caso o pesquisador julgue necessário, a intervenção pode ser estendida por mais trinta minutos para discussão de pontos estratégicos à pesquisa.

Para você, o benefício em participar da pesquisa pode ser a desconstrução de conceitos distorcidos sobre as drogas, podendo contribuir para minimizar a barreira de acesso ao cuidado e melhorar o atendimento para a população que usa drogas. Mesmo se você não aceitar participar do estudo, não haverá prejuízo em relação ao benefício, já que o matriciamento não será distinto para os profissionais que aceitarem ou não aceitarem assinar este Termo. Os possíveis riscos para você podem ser: sentimentos desconfortáveis produzidos pelas reflexões acerca do tema, sensação de impotência para suas ações profissionais, sentimento de constrangimento durante as discussões. Da mesma forma que o benefício, os riscos são inerentes ao desenvolvimento da atividade de matriciamento e podem ocorrer mesmo que você não aceite ser um participante do estudo.

A sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado que possa, de qualquer forma, identificá-lo, será mantido em sigilo.

Você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Não haverá qualquer prejuízo à rotina das atividades matriciadoras por você desejar sair ou não participar da pesquisa.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Vinícius Batista Vieira (pesquisador principal) e Pedro Gabriel Godinho Delgado, respectivamente aluno e orientador do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB/UFRJ) e com eles poderá manter contato pelo telefone (81) 99752-6888 e (21) 3938-5516.

Caso surja alguma dúvida quanto aos aspectos éticos do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisa – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o

Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Este termo é para certificar que eu,

_____,
portador da cédula de identidade _____, estou ciente das informações acima e firmo este '**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**', concordando em participar desta pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá comigo e a outra cópia será arquivada com o pesquisador responsável.

_____, _____ de _____ de _____.

Participante do estudo

Pesquisador Responsável

Vinícius Batista Vieira

NUPPSAM/Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Av. Venceslau Brás, 71 Fundos – Botafogo

CEP: 22.290-140, Rio de Janeiro, Brasil.

Tel: (21) 3938-5516/ (81) 99752-6888

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Equipe multiprofissional)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Estigma ao consumo de drogas ilícitas como barreira de acesso ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família: a formação como estratégia para sua superação**, desenvolvida por Vinicius Batista Vieira, discente do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), sob orientação do Professor Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado.

Esse estudo pretende investigar o estigma ao consumo de drogas ilícitas como barreira de acesso à saúde na Estratégia de Saúde da Família. Pretende pesquisar se o processo de formação do médico interfere na maneira como esse profissional atua no cuidado à população consumidora dessas drogas.

Essa pesquisa tem importância por buscar compreender como o estigma aparece nos espaços de formação médica, como ele interfere no cuidado de saúde prestado na atenção básica, e por se propor a analisar a estratégia de educação como caminho para superar essa barreira de acesso à saúde.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa por ser profissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município do Ipojuca – PE, um dos campos dessa pesquisa. Nesse Município, as ESFs são matriciadas por equipes especializadas em saúde mental do Centro de Atenção psicossocial (CAPS) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O matriciamento é considerada uma estratégia terapêutica e pedagógica, em que equipes especializadas dão suporte a equipes de referência com discussão de casos, de temas importantes ao campo da saúde mental e outras estratégias de cuidado e de educação.

O método de pesquisa consiste na observação participante dos encontros de matriciamento em que o pesquisador (e médico psiquiatra do CAPS) participar como membro da equipe matriciadora. Essas atividades já fazem parte da rotina das ESF e elas não serão modificadas por estarem sendo alvos de estudo dessa pesquisa. Alguns desses encontros serão gravados em mídia de áudio digital e o pesquisador tomará nota em diário de campo acerca do que for pertinente para o tema estudado para posterior análise, com todo o cuidado necessário para garantir a confidencialidade dos participantes. É importante salientar que é pouco provável que haja prejuízos à atividade, já que a observação, nessa fase do estudo, será livre, sem

roteiro, sem modificar o planejamento do matriciamento. Reuniões da Estratégia em que haja participação das equipes de saúde mental também serão campos dessa pesquisa. Em uma dessas reuniões, pretende-se fazer uma intervenção educativa que aborde o estigma para posterior observação de seus efeitos no matriciamento. O alvo principal do estudo são os médicos, mas a sua participação nas atividades de matriciamento pode ser utilizada para a análise dos dados obtidos. Como o trabalho do matriciamento não ocorre exclusivamente com os médicos, é possível que os demais profissionais também influenciem nos dados obtidos.

Para você, o benefício em participar da pesquisa pode ser a desconstrução de conceitos distorcidos sobre as drogas, podendo contribuir para minimizar a barreira de acesso ao cuidado e melhorar o atendimento para a população que usa drogas. Mesmo se você não aceitar participar do estudo, não haverá prejuízo em relação ao benefício, já que o matriciamento não será distinto para os profissionais que aceitarem ou não aceitarem assinar este Termo. Os possíveis riscos para você podem ser: sentimentos desconfortáveis produzidos pelas reflexões acerca do tema, sensação de impotência para suas ações profissionais, sentimento de constrangimento durante as discussões. Da mesma forma que o benefício, os riscos são inerentes ao desenvolvimento da atividade de matriciamento e podem ocorrer mesmo que você não aceite ser um participante do estudo.

A sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado que possa, de qualquer forma, identificá-lo, será mantido em sigilo.

Você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Não haverá qualquer prejuízo à rotina das atividades matriciadoras por você desejar sair ou não participar da pesquisa.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Vinícius Batista Vieira (pesquisador principal) e Pedro Gabriel Godinho Delgado, respectivamente aluno e orientador do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB/UFRJ) e com eles poderá manter contato pelo telefone (81) 99752-6888 e (21) 3938-5516.

Caso surja alguma dúvida quanto aos aspectos éticos do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisa – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição. É assegurado o completo sigilo de sua

identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Este termo é para certificar que eu,

_____,
portador da cédula de identidade _____, estou ciente das informações acima e firmo este '**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**', concordando em participar desta pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá comigo e a outra cópia será arquivada com o pesquisador responsável.

_____, _____ de _____ de _____.

Participante do estudo

Pesquisador Responsável

Vinícius Batista Vieira

NUPPSAM/Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Av. Venceslau Brás, 71 Fundos – Botafogo

CEP: 22.290-140, Rio de Janeiro, Brasil.

Tel: (21) 3938-5516/ (81) 99752-6888

APÊNDICE 3 - Roteiro de Observação Participante

Contexto	Conceitos	Habilidades	Atitudes
<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>1) Que elementos do do território são citados pelos médicos como facilitador ou entrave ao cuidado?</p> <p>2) Que relação o médico estabelece com a atividade de matriciamento? (É interessado ou não, entende como apoio e cogestão ou como atendimento especializado, prefere encaminhar ao ambulatório)</p>	<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>Que conceitos são usados por médicos para identificar os usuários como tendo transtorno mental/ uso problemático de substâncias?</p> <p>4) Há conceitos que relacionam de forma indiscriminada esses usuários com violência, incapacidade para o trabalho, desesperança de recuperação, problemas de relações interpessoais, impossibilidade de viver em comunidade, tráfico de drogas ou outros conceitos estigmatizadores?</p>	<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>Na condução dos casos, existem ações que denotam estigma, como recusa/ resistência a atendimento, negligência de queixas psíquicas, desvalorização de situações clínicas, condução inadequada das consultas ou outros?</p> <p>6) Há tendência a encaminhamentos para tratamentos em Hospitais ou comunidades terapêuticas (sem relação com indicação clínica)?</p>	<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>7) Como é a postura do médico quando em contato com (ou quando discute sobre) o usuário da saúde mental? (interessado, profissional com tendência a neutralidade, desinteressado, resistente, avesso/ evitativo?)</p> <p>8) Que elementos da abordagem do médico tendem a aproximar ou a afastar o usuário do cuidado?</p>

APÊNDICE 4 - Plano de Aula

Tema: O cuidado em saúde mental na atenção primária

Objetivo geral: problematizar o cuidado das pessoas com transtornos mentais e das que fazem uso de drogas no contexto da Estratégia de Saúde da Família

Duração: 1 hora e 35 minutos

Número previsto de participantes: 9

Objetivos específicos	Conhecimentos	Habilidades	Atitudes	Procedimento pedagógico	Duração
				1 - Apresentação	10 minutos
Identificar conhecimentos, habilidades e atitudes prévios do tema	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de transtorno mental - Conceito de uso/ abuso/ dependência de substâncias - Diagnóstico em psiquiatria 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer gestão do cuidado de pacientes com transtornos mentais e problemas decorrentes de uso de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter postura acolhedora - Estar aberto a lidar com as diferenças - Ser capaz de autorreflexão e autopercepção 	<p>2 - Dividir os participantes em 3 subgrupos e pedir que cada participante pense em um caso da saúde mental no seu território. Em seguida devem compartilhar brevemente os casos no subgrupo e escolher um para aprofundar a discussão. Um quadro irá auxiliar a discussão a partir de 3 eixos (A, B e C):</p> <p>A - Identificação do transtorno mental ou do problema decorrente do uso de drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perguntas norteadoras: o que é transtorno mental e consumo/ abuso/ dependência de substâncias? Como faço para identificar pacientes com transtornos/ uso de substâncias? <p>B - Condução do cuidado/ assistência na atenção primária</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perguntas norteadoras: quais as formas de tratamento para os transtornos 	20 minutos

				<p>mentais e problemas decorrentes do uso de substâncias (o facilitador pode sugerir que pensem nas políticas de cuidado)? Qual o seu papel como médico da atenção primária nesse cuidado? Como conduz esses casos?</p> <p>C - Relação médico-paciente/ sentimentos do médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perguntas norteadoras: Que facilidades e dificuldades encontro no atendimento às pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso de drogas? Como me sinto atendendo essa população? <p>Um participante deve ser escolhido para anotar se outro para ser o porta-voz do grupo.</p> <p>O facilitador deve orientar os participantes a relacionarem a discussão com o caso.</p>	
<p>Aprender a identificar pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas relacionados com consumo de drogas</p>	<p>- Conceito de transtorno mental</p> <p>- Conceito de uso/abuso de substâncias</p> <p>- diagnóstico em psiquiatria</p>	<p>- Saber fazer diagnóstico do sintomático de transtornos mentais e uso problemático de drogas</p>	<p>- Estar sensível à identificação dos transtornos</p>	<p>3 - Solicitar que os grupos exponham a discussão do eixo A.</p> <p>4 - Apresentar slides/pranchas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceito de transtorno mental (1 prancha) • Conceito de uso/abuso/dependência de substâncias (1 prancha) • Principais síndromes psíquicas (1 prancha) 	<p>15 minutos</p>

<p>Entender o modelo comunitário de cuidado e o papel da atenção primária na saúde mental</p>	<p>- Modelos de tratamento na atenção primária - Saúde mental na atenção primária - Princípios gerais da prescrição de psicotrópicos</p>	<p>- Saber gerir o cuidado com a Rede de Atenção Psicossocial</p>		<p>5 - Solicitar que os grupos exponham a discussão do eixo B. 6 - Apresentar slides/pranchas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rede de Atenção Psicossocial (1 prancha) • Saúde mental na atenção primária (1 prancha) • Princípios gerais da prescrição de psicotrópicos (1 prancha) 	<p>15 minutos</p>
<p>Aprender sobre os sentimentos envolvidos no atendimento à pessoas com transtornos mentais ou com uso de substâncias e consequências na relação médico-paciente</p>	<p>- Contratransferência - Estigma e barreira de cuidado</p>	<p>- Perceber seus próprios sentimentos e influência em suas ações</p>	<p>- Capacidade de autorreflexão e autopercepção</p>	<p>7 - Solicitar que os grupos exponham a discussão do eixo C. 8 - Apresentar slides/pranchas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contratransferência (1 prancha) <ul style="list-style-type: none"> • Estigma e barreira de acesso (1 prancha) 	<p>15 minutos</p>
				<p>9 - Fechamento</p>	<p>10 minutos</p>

APÊNDICE 5 - Ficha para auxílio de discussão

Identificação do transtorno mental ou do problema decorrente do uso de drogas	Condução do cuidado/ assistência na atenção primária	Relação médico-paciente/ sentimentos do médico
<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>O que é transtorno mental? O que é consumo/ abuso/ dependência de substâncias? Como faço para identificar pacientes com transtornos/ uso de substâncias?</p>	<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>Quais as formas de tratamento para os transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de substâncias? Qual o meu papel como médico da atenção primária nesse cuidado? Como conduzo esses casos?</p>	<p>Perguntas norteadoras:</p> <p>Que facilidades e dificuldades encontro no atendimento às pessoas com transtornos mentais? Que facilidades e dificuldades encontro no atendimento às pessoas que fazem uso de drogas? Como me sinto atendendo essa população?</p>