



RIOS E REPRESAS

olhares para a saúde mental

Breno Fontes
Viviane Xavier de Lima e Silva
(Organizadores)

Copyright © Editora CirKula LTDA, 2021.

1º edição - 2021

REVISÃO E PREPARAÇÃO DOS ORIGINAIS: Mauro Meirelles

NORMATIZAÇÃO: Mauro Meirelles

EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO: Mauro Meirelles

CAPA: Luciana Hoppe

TIRAGEM: 300 exemplares para distribuição digital.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

R586 Rios e represas: olhares para a saúde mental [recurso eletrônico] / Breno Fontes, Viviane Xavier de Lima e Silva, organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre: CirKula, 2021. 248 p.: il.

E-book

ISBN: 978-65-89312-39-0

1. Saúde mental. 2. Saúde mental – Portugal. 3. Saúde mental – Angola. 4. Reforma psiquiátrica. 5. Atenção básica em saúde mental. 6. Serviços de saúde – Meio rural. I. Fontes, Breno. II. Silva, Viviane Xavier de Lima e

CDU: 613.86

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos reservados à Editora CirKula LTDA. A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação de direitos autorais (Lei 9.610/98).

Editora CirKula

Av. Osvaldo Aranha, 522 - Bomfim

Porto Alegre - RS - CEP: 90035-190

e-mail: editora@circula.com.br

Loja Virtual: www.livrariacirkula.com.br

Este livro foi submetido à revisão por pares, conforme exigem as regras do Qualis Livros da CAPES.

RIOS E REPRESAS

OLHARES PARA A SAÚDE MENTAL

Breno Fontes
Viviane Xavier de Lima e Silva
(Organizadores)



CONSELHO EDITORIAL

César Alessandro Sagrillo Figueiredo

José Rogério Lopes

Jussara Reis Prá

Luciana Hoppe

Marcelo Tadvald

Mauro Meirelles

CONSELHO CIENTÍFICO

Alejandro Frigerio (Argentina) - Doutor em Antropologia pela Universidade da Califórnia, Pesquisador do CONICET e Professor da Universidade Católica Argentina (Buenos Aires).

André Luiz da Silva (Brasil) - Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Professor da UNITAU.

Antonio David Cattani (Brasil) - Doutor pela Universidade de Paris I - Panthéon-Sorbonne, Pós-Doutor pela Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales e Professor Titular da UFRGS.

Arnaud Sales (Canadá) - Doutor d'État pela Universidade de Paris VII e Professor Titular da Universidade de Montreal.

Cíntia Inês Boll (Brasil) - Doutora em Educação e Professora no Departamento de Estudos Especializados na Faculdade de Educação da UFRGS.

Daniel Gustavo Mocelin (Brasil) - Doutor em Sociologia e Professor Adjunto da UFRGS.

Dominique Maingueneau (França) - Doutor em Linguística e Professor na Universidade de Paris IV Paris-Sorbonne.

Estela Maris Giordani (Brasil) - Doutora em Educação, Professora Associada da UFSM e Pesquisadora da AMF.

Hilario Wynarczyk (Argentina) - Doutor em Sociologia e Professor Titular da Universidade Nacional de San Martín (UNSAM).

José Rogério Lopes (Brasil) - Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Ileizi Luciana Fiorelli Silva (Brasil) - Doutora em Sociologia pela FFLCH- USP e Professora da UEL.

Leandro Raizer (Brasil) - Doutor em Sociologia e Professor da Faculdade de Educação da UFRGS.

Luís Fernando Santos Corrêa da Silva (Brasil) - Doutor em Sociologia pela UFRGS e Professor da UFFS.

Lygia Costa (Brasil) - Pós-doutora pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Professora da EBAPE da FGV.

Maria Regina Momesso (Brasil) - Doutora em Letras e Linguística e Professora da UNESP.

Marie Jane Soares Carvalho (Brasil) - Doutora em Educação, Pós-Doutora pela UNED e Professora Associada da UFRGS.

Mauro Meirelles (Brasil) - Doutor em Antropologia Social e Pesquisador do LAVIECS/UFRGS.

Stefania Capone (França) – Doutora em Etnologia e Professora da Universidade de Paris X-Nanterre.

Thiago Ingrassia Pereira (Brasil) - Doutor em Educação pela UFRGS e Professor da UFFS.

Wrana Panizzi (Brasil) - Doutora em Urbanisme et Aménagement pela Université de Paris XII, em Science Sociale pela Université Paris 1 e Professora Titular da UFRGS.

Zilá Bernd (Brasil) - Doutora em Letras e Professora do Programa de Pós-Graduação em Memória Social e Bens Culturais da Universidade LaSalle.

SUMÁRIO

- 09 **APRESENTAÇÃO**
Pedro Hespanha
- 17 **INTRODUÇÃO**
Breno Fontes
Viviane Xavier de Lima e Silva
- 23 **CAPÍTULO 1**
REFORMA PSIQUIÁTRICA: REFLEXÃO SOBRE
A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA E SERVIÇOS DE
SAÚDE MENTAL EM ANGOLA QUE FAVOREÇAM A
PRÁTICA DO CUIDADO HUMANIZADO
António de Oliveira Sabalo
- 47 **CAPÍTULO 2**
ENTRE O COMPROMISSO DE CUIDAR
E A (IN)EVITÁVEL HERANÇA BIOMÉDICA:
VIRTUALIDADES, LIMITES E DESAFIOS DE UMA
EQUIPA DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA
Cláudia Nogueira
- 111 **CAPÍTULO 3**
SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E SOCIABILIDADE:
ANÁLISE DE USUÁRIOS CAPS EM QUATRO
CIDADES BRASILEIRAS
Breno Fontes

- 165 **CAPÍTULO 4**
ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL:
CARACTERÍSTICAS CONTRIBUINTE PARA UMA
AGENDA DE SUPERAÇÃO DO ESTIGMA
Álvaro Botelho de Melo Nascimento
- 209 **CAPÍTULO 5**
SAÚDE MENTAL EM ÁREAS RURAIS REMOTAS
Viviane Xavier de Lima e Silva
- 223 **CAPÍTULO 6**
AS PRÁTICAS TRADICIONAIS, INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO CUIDADO DOS PROCESSOS
DE SAÚDE-ADOCIMENTO MENTAL DAS
POPULAÇÕES DO CAMPO, ÁGUA E FLORESTA
Augusto Cezar Dal Chiavon
- 245 **SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS**

ENTRE O COMPROMISSO DE CUIDAR E A (IN)EVITÁVEL
HERANÇA BIOMÉDICA: VIRTUALIDADES, LIMITES E DESAFIOS DE
UMA EQUIPA DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA

Cláudia Nogueira

Introdução

Com a Lei de Saúde Mental de 1963, Portugal assumiu uma posição de vanguarda no contexto europeu, figurando como um dos países que mais precocemente preconizou a filosofia da desinstitucionalização e adotou bases legais para a criação de um sistema de cuidados de saúde mental comunitários, de base multidisciplinar. Na prática, porém, com o decorrer dos anos – e não obstante a renovação dessa intenção em sucessivos atos legislativos –, as medidas implementadas não se traduziram numa significativa alteração da hegemonia do modelo biomédico/hospitalocêntrico, ficando praticamente tudo por fazer ao nível da construção de uma rede de serviços comunitários (PORTUGAL e NOGUEIRA, 2010; HESPANHA et Al., 2012; NOGUEIRA, 2012; CTARSM, 2017; CALDAS DE ALMEIDA, 2018). A esse nível, uma das grandes lacunas diz respeito à constituição de Equipas¹ de

1 “Equipa de Saúde Mental Comunitária” corresponde, *in verbis*, à terminologia utilizada em documentos oficiais portugueses, como é exemplo o documento *Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – 2007-2016* (CN-RSSM, 2007). Neste sentido, não obstante o termo “Equipa” não ser comumente utilizado no Brasil, opta-se, no presente capítulo, pela sua

Saúde Mental Comunitárias (ESMC), responsáveis pela prestação de cuidados em áreas geodemográficas previamente definidas. Apesar da reconhecida importância dessas equipas na operacionalização do paradigma de saúde mental comunitária em Portugal, a sua implementação é ainda bastante limitada, cingindo-se a um reduzido número de experiências-piloto, muito aquém das vastas necessidades registadas em todo o país.

Tendo por base um projeto de investigação desenvolvido no âmbito de um programa de doutoramento², o presente capítulo dá conta de alguns dos resultados de uma pesquisa qualitativa/etnográfica realizada, precisamente, a uma das raras ESMC a operar no Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português. Tomando como objeto uma pequena parcela dessa pesquisa, a reflexão elaborada neste espaço de publicação restringe-se apenas a uma das modalidades de intervenção da ESMC, a saber: a modalidade de cuidados prestados num espaço de um Centro de Saúde³.

Discutem-se as virtualidades, limites e desafios que a ESMC enfrenta, naquele que é um contexto de reduzi-

utilização. No decorrer do texto, faremos, então, uso do termo “Equipa”, cujo significado é o mesmo que se atribui à palavra “Equipe”, usualmente utilizada no Brasil.

2 O presente capítulo baseia-se, com efeito, numa pesquisa realizada no âmbito de um programa de Doutoramento em Sociologia, promovido pela Universidade de Coimbra e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (referência: SFRH/BD/63242/2009).

3 Pertencendo à rede de cuidados de saúde primários, o Centro de Saúde é considerado a unidade básica do SNS Português. Cada Centro de Saúde tem à sua responsabilidade uma determinada área geodemográfica, cabendo-lhe a prestação de cuidados básicos/primários à respetiva população. Podemos considerar os Centros de Saúde do SNS Português equivalentes às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro.

das (e reducionistas) possibilidades de intervenção, onde lógicas organizacionais eminentemente biomédicas/hospitalares obstaculizam a ação de profissionais notoriamente comprometidos com a saúde mental comunitária e com a ética do cuidado.

O capítulo organiza-se em quatro pontos principais. No primeiro ponto, empreende-se um enquadramento sociopolítico das ESMC em Portugal, situando-as no quadro mais lato da reforma dos serviços de saúde mental. O segundo ponto é consagrado a breves notas sobre a pesquisa (mais especificamente, sobre a realização do trabalho de campo e opções metodológicas). No terceiro ponto, a atenção dirige-se para um enquadramento e caracterização da ESMC eleita como objeto de estudo. Finalmente, no quarto ponto, apresentam-se alguns dos resultados da pesquisa, com um enfoque nos cuidados que a ESMC presta no contexto de um Centro de Saúde.

Entre a intenção e a prática: ponto situacional sobre as ESMC em Portugal

É no período pós II Guerra-Mundial, numa atmosfera densa de desejos de transformação social, que se começa a delinear a superação do então vigente paradigma de cuidados psiquiátricos, assente em instituições totais, de tipo asilar (GOFFMAN, 1968), por um modelo de cuidados integrados na própria comunidade. Em termos filosóficos, a desinstitucionalização – assim é designado esse processo de transição – é muito mais do que um processo de deslocalização de serviços psiquiátricos (BACHRACH, 1976). Trata-se, sobretudo, da criação de uma rede de serviços de proximidade, “costurados” às necessidades

singulares de cada pessoa (LAMB e BACHRACH, 2001), potenciadores do seu bem-estar integral, autonomia e efetiva inclusão na comunidade (LEFF e WARNER, 2008; THORNICROFT e TANSELLA, 2008).

Ocupando um lugar de vanguarda ao nível europeu, Portugal cedo adotou legislação defensora dos princípios da desinstitucionalização (desde a década de 1960). Tais leis têm, no entanto, tardado em efetivar-se. Em verdade, falar em cuidados na comunidade tem significado quase que unicamente remetermo-nos ao papel das famílias, em condições de enorme sobrecarga (HESPANHA et Al., 2012; NOGUEIRA; 2012; FONTES e PORTUGAL, 2013; PORTUGAL et Al., 2014), bem como ao papel de um reduzido número de organizações do terceiro setor, caracterizadas por grandes fragilidades e limitações (HESPANHA et Al., 2012; NOGUEIRA e PORTUGAL, 2010; PORTUGAL e NOGUEIRA, 2010).

Volvidas várias décadas desde a publicação da vanguardista Lei de 1963, uma nova diretriz política é proclamada às portas do novo milênio, renovando as esperanças de efetivação da desinstitucionalização, a saber: o *Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – 2007-2016* (CNRSSM, 2007). Reconhecendo a urgência de se superar o modelo psiquiátrico/hospitalocêntrico por um modelo de cuidados comunitários, o *Plano de Ação 2007-2016* defende, entre outras medidas, a constituição de ESMC, de base multidisciplinar (CNRSSM, 2007, p. 58).

Em termos teóricos, a proposta de criação das ESMC configura um dos grandes pilares da operacionalização do plano de desinstitucionalização. Da leitura do *Plano de Ação* (CNRSSM, 2007, p. 15-16), torna-se evidente como

as características e papéis atribuídos às ESMC traduzem um propósito político de organização de um modelo de cuidados de saúde mental bem diferenciado do modelo (bio)psiquiátrico hegemônico. Com o intento de pôr termo a um modelo fechado, distante e gerador de estigma e exclusão social, prevê-se a organização de equipas comunitárias que implementem princípios de proximidade, inclusão e individualização do cuidado, com base num trabalho de articulação e colaboração com vários outros atores da comunidade (famílias, organizações do setor social, serviços de cuidados primários etc.).

Retoricamente, é interessante notar como o *Plano de Ação*, ao definir aquilo que se pode esperar do trabalho das ESMC, se aproxima de muitos dos elementos reconhecidos como essenciais à prossecução de um paradigma de cuidados regulado pelo ideal ético-político da *integralidade*⁴ (CAMARGO, 2007; PINHEIRO e MATOS, 2007;

⁴ *Integralidade* é aqui evocada de acordo com a conceção teórica desenvolvida pelo Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) – disponível em: <https://lappis.org.br/site/sobre-o-lappis>. Numa primeira instância, cabe realçar a asserção mais genérica que subjaz à generalidade da produção teórica do LAPPIS. *Integralidade* implica olhar o ser humano na sua totalidade – ou seja, não apenas sob a dimensão biológica, mas também sob as dimensões social, psicológica, mental, espiritual, em interação com o meio que o rodeia –, declinando todo o tipo de reducionismos e objetivações, e implicando, em contrapartida, a abertura a todo o tipo de diálogo, incluindo o diálogo entre diversos saberes. Implica substituir o foco na doença pelo foco na pessoa, atendendo à sua subjetividade ontológica, à sua história de vida singular, às suas necessidades específicas, ao seu modo próprio de viver, pensar, agir, sonhar. Sendo a sua maior expressão o *cuidado* – na autêntica aceção, ou seja, enquanto prática que implica acolhimento, diálogo, vínculos afetivos, respeito, promoção da autonomia, etc. –, a *integralidade* define-se, acima de tudo, pelo seu carácter aberto, dinâmico, polissêmico e polifónico, não se

PINHEIRO e MATOS, 2009; PINHEIRO et Al., 2011). A aproximação (pelo menos a nível retórico) do *Plano de Ação* à conceção de *integralidade* torna-se tanto mais evidente quanto se atenda à forma como o mesmo faz sobressair a importância da implementação de abordagens dialógicas e participativas, tanto ao nível terapêutico, como ao nível político, defendendo a participação ativa de utentes e famílias no próprio planeamento e criação de programas e serviços de cuidados de saúde mental (CNRSSM, 2007, p. 16).

A implementação do *Plano de Ação 2007-2016* não decorreu, todavia, conforme previsto, tendo-se chegado ao momento presente com quase tudo por se fazer ao nível da criação de respostas de proximidade, integradas na própria comunidade. Praticamente, os únicos progressos registrados, em consonância com o que estava planejado, deram-se ao nível do desmantelamento e reestruturação dos grandes hospitais psiquiátricos⁵. Ao contrário do que havia sido preconiza-

devido a ela atribuir um conceito fechado, unívoco, mas sentidos distintos, construídos no quotidiano, em resultado do cruzamento de múltiplas vozes sociais (PINHEIRO e MATOS, 2007; PINHEIRO e MATOS, 2009). Constitui-se, em síntese, como valor ético-político, “ideal regulador” que deve orientar toda e qualquer ação em saúde (CAMARGO, 2007; PINHEIRO e MATOS, 2007; PINHEIRO e MATOS, 2009; PINHEIRO et Al., 2011).

5 A grande inovação residiu, com efeito, no encerramento de muitos dos hospitais psiquiátricos ou na sua reestruturação, com a transição de muitos dos seus serviços para os hospitais gerais distritais. No âmbito desse processo, conseguiu-se igualmente avançar com a preconizada retirada dos chamados “doentes residentes” dos grandes hospitais psiquiátricos. Todavia, em grande medida, essas pessoas foram transitadas para instituições com características de tipo asilar, não se cumprindo, assim, a sua efetiva desinstitucionalização. O próprio coordenador do *Plano de Ação* veio já criticar a forma como o *Plano* tem sido implementado, assinalando que as poucas medidas tomadas passaram, progressivamente, a direcionar-se no sentido inverso ao

do, o encerramento e reorganização dos serviços hospitalares não se tem feito acompanhar, a um mesmo ritmo, da implementação de todo o outro conjunto de medidas, respeitante à criação de equipamentos sociais, serviços e equipas de proximidade, a operar na comunidade, junto das populações. As descoincidências, lacunas e inoperâncias atingem um tal nível que, em 2017, no âmbito de uma avaliação do *Plano de Ação 2007-2016*, o governo português decide renomear a área da saúde mental como uma área prioritária, anunciando o retomar da implementação do referido *Plano de Ação* e a sua extensão para o ano de 2020. Daí resulta, inclusivamente, um novo documento: o *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020* (CTARSM, 2017).

Entre muitos outros aspectos, a avaliação constante nesse documento aponta, precisamente, para a enorme lacuna existente ao nível da constituição de ESMC. Em 2017, a constituição destas equipas é, com efeito, avaliada como muito insuficiente (CTARSM, 2017). Cingindo-se, a essa data, a um reduzido número de experiências-piloto, muito aquém das amplas necessidades registadas em todo o país, as ESMC voltam, então, em 2017, a ser encaradas como indispensáveis e prioritárias para o pleno desenvolvimento de redes locais de cuidados de saúde mental (CTARSM, 2017).

Todavia, uma vez mais, o tempo passa e a (renovada) vontade política relativa à constituição das ESMC não colhe tradução na prática. É em 2020 – ou seja, já na reta

preconizado, “privilegiando-se a transinstitucionalização em vez da desinstitucionalização, a fragmentação dos cuidados em vez da continuidade dos cuidados, e incentivando-se as respostas hospitalares em detrimento das respostas integradas na comunidade (CALDAS DE ALMEIDA, 2018, p. 109-110).

final do período de extensão previsto para a implementação desta medida – que voltamos a ter notícias a tal respeito, com o Despacho nº 2753/2020, publicado em Diário da República, 2ª série, de 28 de fevereiro de 2020. Reconhecendo o papel preponderante das ESMC enquanto pilar dos Serviços Locais de Saúde Mental, esse Despacho, emitido pelo Ministério da Saúde, determina a implementação de um projeto piloto de saúde mental por Administração Regional de Saúde, envolvendo cada projeto piloto “uma equipa comunitária de saúde mental para a população adulta e uma equipa comunitária de saúde mental para a infância e adolescência” (MS, 2020).

A possibilidade real da operacionalização desses projetos só se dá, todavia, em Outubro, já perto do final de 2020, com a publicação, em Diário da República, do Despacho nº 195/2020 de 7 de Outubro (emitido conjuntamente pelo Ministério do Estado e das Finanças e o Ministério da Saúde). Nesse Despacho, publicado já em pleno período da pandemia de Covid-19, é concedida autorização para o início do recrutamento dos profissionais de saúde que irão integrar as ESMC dedicadas à população adulta, num limite máximo de celebração de 30 contratos de trabalho sem termo (MF e MS, 2020). Existindo cinco Administrações Regionais de Saúde, a possibilidade de contratação por cada uma delas vai até um limite máximo de seis profissionais. Ora, observando as enormes necessidades territoriais de cuidados de saúde mental (CTARSM, 2017, p. 44), dramaticamente acentuadas, nos últimos tempos, pela conjuntura social gerada pela pandemia de Covid-19, estes números não deixam, evidentemente, de causar perplexidade.

A pesquisa: breves notas sobre o trabalho de campo e opções metodológicas

Traduzindo, em síntese, a grande aposta política na mudança de paradigma de cuidados de saúde mental em Portugal – em alinhamento com as diretrizes internacionais –, a intenção governamental de criação de ESMC despertou, obviamente, a nossa atenção e motivação de pesquisa. Integrar no nosso projeto de Doutorado um *estudo de caso* de uma dessas equipas revelou-se, com efeito, uma oportunidade de assinalável importância; tanto mais quanto a leitura do *Plano de Ação 2007-2016* (CNRSSM, 2007) nos conduz à hipótese de se estar perante uma proposta bastante audaciosa, que, se devidamente implementada, transporta grandes possibilidades de ruptura com o atual paradigma de cuidados (reducionista) – fortemente biomédico e centralizado nos serviços hospitalares (HESPANHA et AL., 2012; NOGUEIRA, 2013; CTARSM, 2017) –, fazendo-o transitar para um modelo de cuidados mais próximo do ideal regulador da *integralidade* (CAMARGO, 2007; PINHEIRO e MATOS, 2007; PINHEIRO e MATOS, 2009; PINHEIRO et AL., 2011). Foi, portanto, com elevado nível de curiosidade sociológica que decidimos mergulhar neste campo de estudo, elegendo, para tal, uma das raras ESMC a operar em Portugal.

Entre as indagações iniciais que alavancaram a motivação de nos lançarmos neste campo de estudo, contam-se as seguintes: quais as reais condições de implementação de um modelo de cuidados de saúde mental comunitário em Portugal? Quais os principais constrangimentos com que as ESMC se debatem e quais as suas grandes potencialidades? Em que medida essas equipas

conseguem superar as lacunas, debilidades e reducionismos próprios do modelo biomédico/hospitalar dominante? São estas questões tanto mais pertinentes quando se considera a história da saúde mental em Portugal: experiências sucessivas do passado têm revelado que intenções políticas de vanguarda tendem a ser negligenciadas ou não plenamente implementadas, em virtude de obstáculos diversos, relacionados não apenas com a exiguidade de recursos (decorrentes do escasso investimento estatal), mas também com resistências advindas de organizações representativas da própria biomedicina (HESPANHA et Al., 2012, p. 47-52, NOGUEIRA, 2018).

A abertura e disponibilidade por parte da ESMC contactada para integrar o estudo foi, desde logo, total. Não obstante a manifestação de interesse por parte da própria ESMC em ser identificada, opta-se neste estudo pela sua não identificação. Justifica-se essa opção com razões obviamente éticas, que se prendem com a salvaguarda da identidade das pessoas que integram o seu corpo profissional. Neste sentido, nas páginas que se seguem, designamos esta ESMC por Equipa Y.

Como se disse, a abertura da Equipa Y à realização do trabalho de campo foi muito elevada, tendo sido oferecida à investigadora a possibilidade de a acompanhar em todas as práticas, tarefas e dinâmicas de trabalho e de convivência, desde o início da manhã até ao final do dia. O ensejo de acompanhar a Equipa de uma forma tão aberta e intensiva deu lugar a uma investigação de natureza etnográfica, à qual se somou, como técnica complementar, a entrevista em profundidade, através da qual foi possível aceder à riqueza heurística própria da narrativa biográfica (NOGUEIRA, 2019).

Os benefícios de se estudar o cuidado através do método etnográfico estão já bem documentadas em muitos trabalhos sociológicos e antropológicos. De acordo com alguns desses trabalhos (POLLS, 2004; MOL et Al., 2010; ALVES, 2017), a compreensão do cuidado tem muito a ganhar com a observação dos “modos de fazer” e dos próprios contextos em que as interações humanas ocorrem, em virtude do caráter eminentemente prático e relacional do fenômeno. Conciliar a entrevista em profundida com o trabalho etnográfico revelou-se, pois, uma oportunidade privilegiada de cruzar o universo das narrativas com o universo vivencial das práticas, alcançando, desse modo, uma compreensão mais ampla e profunda sobre como se produz e lida com o cuidado no contexto comunitário e como ele se reflete na vida de quem é cuidado.

Focando-nos apenas no trabalho de campo desenvolvido no contexto do Centro de Saúde – por ser aquele que se constitui como objeto do presente capítulo –, é de notar que, para além da possibilidade de observar *in loco* toda a movimentação no espaço, foi dada à investigadora a possibilidade de, com o devido consentimento do/a utente, assistir a algumas consultas de Psiquiatria (no total, doze consultas). A essas observações somou-se um conjunto de dezoito entrevistas em profundidade: quinze realizadas com pessoas com diagnósticos de doença mental (dez mulheres e cinco homens); três com elementos da família (uma mãe, uma tia e um primo). Dadas as circunstâncias específicas da pesquisa, não foi possível fazer depender a seleção das entrevistas de critérios rígidos de representatividade (ao nível do sexo, idade, nível de escolaridade e diagnósticos psiquiátricos). As limitações enfrentadas decorreram, essencialmente, do fato de as possibilidades de recrutamento se restringirem ao con-

junto de pessoas que se dirigiam à consulta de Psiquiatria no dia específico em que a investigadora se encontrava no Centro de Saúde. Dessa possibilidade de recrutamento resultou um perfil sociodemográfico caracterizado pela predominância de escalões etários relativamente elevados (predominância de pessoas com mais de 50 anos) e níveis de escolaridade relativamente baixos (predominância de pessoas que concluíram apenas o 2º Ciclo do Ensino Básico)⁶. Quanto aos diagnósticos psiquiátricos, registam-se 6 casos de perturbações depressivas (seis mulheres); 4 casos de doença bipolar (três mulheres e um homem); 4 casos de esquizofrenia (três homens e uma mulher); e 1 caso de perturbação relacionada com uso de álcool e outras substâncias (um homem).

Finalmente, cumpre-nos referir que a pesquisa implicou ainda entrevistas em profundidade realizadas a profissionais da Equipa Y. Ao manancial de conversas informais estabelecidas com esses profissionais ao longo do trabalho etnográfico, acrescentam-se, portanto, narrativas construídas em resposta a indagações mais estruturadas.

Equipa Y: alguns elementos de enquadramento e caracterização

Área sociogeográfica de atuação

Quanto à área geográfica de atuação, e cingindo-nos a informações muito genéricas que não permitam a identifica-

⁶ Provavelmente, este perfil não se constitui apenas como um reflexo desse condicionamento metodológico, mas também das próprias características sociodemográficas do território de atuação da equipa, marcado por um acentuado envelhecimento da população e uma predominância de baixos níveis de escolaridade.

ção da Equipa Y, há a registrar que se está perante uma área significativamente extensa (com mais de três concelhos⁷) e relativamente distante (mais de 50 km) do grande polo hospitalar psiquiátrico (burocraticamente atribuído à região). Trata-se de uma área predominantemente rural, onde se tem vindo a verificar, nos últimos anos, uma acentuada diminuição do número de jovens, acompanhada de um significativo envelhecimento da população. Há ainda que se assinalar o fato de este território se caracterizar por índices relativamente baixos de escolaridade. Em termos socioeconômicos, trata-se de um dos territórios do país mais assolado pelo desemprego, tendo alguns municípios chegado a atingir, nos últimos 10 anos, taxas de desemprego superiores a 14%. Ao nível de equipamentos sociais, é uma zona bastante empobrecida, escasseando muito particularmente as respostas dirigidas à saúde mental.

No que concerne à prevalência da doença mental, não dispomos de dados epidemiológicos que nos permitam caracterizar formalmente e rigorosamente o território de intervenção da Equipa Y. Todavia, testemunhos de profissionais, recolhidos no decurso do trabalho de campo, descrevem, indutivamente, a sua área de intervenção como muito complexa sob o ponto de vista da doença mental dita grave, sendo essa uma realidade que tende a concentrar-se em determinados aglomerados populacionais: pequenas povoações, com características mais rurais. Quadros comuns de diagnósticos psiquiátricos tidos como graves associam-se, invariavelmente, a situações de alcoolismo, toxicodependência, desemprego e elevada desestruturação individual, familiar e social.

7 Um “concelho” corresponde à área político geográfica da municipalidade, equivalendo, no Brasil, à estrutura política que se encontra sob a tutela da Câmara de Vereadores do Município e à sua respectiva Prefeitura Municipal.

Constituição e dinâmicas de organização

Mobilizemo-nos agora para uma breve caracterização da Equipa Y, atentando na sua constituição/organização. É na sequência do *Plano de Ação 2007-2016* que a Equipa Y é implementada. Essa implementação dá-se sob a égide e dependência de um recém-formado Centro Hospitalar Psiquiátrico –, congregador de várias unidades psiquiátricas pré-existentes. É a partir dele, com efeito, que a Equipa se constitui e organiza, desde logo ao nível da integração do seu corpo profissional. Não havendo autonomia financeira e administrativa para a contratação de profissionais, todos os elementos da Equipa são profissionais do Centro Hospitalar, os quais, com a constituição da mesma, passam a repartir o seu tempo entre o serviço hospitalar e o serviço na comunidade.

Teoricamente, a Equipa é multidisciplinar, contemplando a intervenção de uma profissional de Psiquiatria, três profissionais de Enfermagem⁸, duas técnicas de Serviço Social, uma Psicóloga e ainda uma técnica Assistente de Serviços Administrativos. Referimos teoricamente, pois, na prática, dificuldades várias ao nível da mobilização e gestão de recursos humanos fazem com que a Equipa, numa grande parte do tempo, se restrinja a uma profissional de Psiquiatria e a dois profissionais de Enfermagem. De fato, conforme testemunhámos no decurso do trabalho de campo, são muitas as limitações a este nível. Veja-se, a título de exemplo, o que se passa ao nível do Serviço Social. Dados os

8 Ao nível da organização interna, gerida através do respectivo Centro Hospitalar, estão ligados à equipa três profissionais de Enfermagem, que, semanalmente, alternam entre si, obedecendo, desta forma, ao imperativo de se subdividirem entre o serviço hospitalar e o serviço na Equipa Y. Não trabalham os três de forma simultânea, mas apenas dois.

imperativos de partilha de recursos humanos com o Centro Hospitalar e a ausência de autonomia para contratação de profissionais, a Equipa contempla a intervenção de uma profissional de Serviço Social apenas uma vez por semana⁹. Outro condicionamento que se teve a oportunidade de testemunhar foi ao nível da Psicologia. Durante o período de três meses em que o trabalho de campo foi desenvolvido, a Equipa esteve desprovida do trabalho da Psicóloga, em virtude de a mesma se encontrar ausente por motivos pessoais e de não existirem condições financeiras e administrativas para a sua substituição. Essa ausência, segundo informações obtidas *à posteriori* da realização da investigação, veio a prolongar-se no tempo (por mais de um ano), tendo-se mantido a lacuna ao nível da sua substituição. Ainda sobre a constituição da Equipa Y, é de referir que a mesma não integra Terapeutas Ocupacionais, Psicomotricistas e Psicopedagogos, conforme definido como desejável no *Docu-*

9 Em 2008, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental organizou um evento, a nível nacional, que reuniu pessoas de vários grupos profissionais da área da saúde mental. Essa reunião, que teve lugar na Curia, teve como grande propósito clarificar o funcionamento global das ESMC e o papel de seus diferentes profissionais, tendo por base uma metodologia participativa/democrática, cujo objetivo final era a obtenção de um documento conjunto, produto do envolvimento e da participação de todos/as os profissionais ali presentes. Desse trabalho colaborativo resultou o “*Documento de Consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária*” (CNSM, 2009), também conhecido por “Consenso da Curia”. Ora, a propósito da situação acima relata (no corpo do texto), respeitante ao fato de a Equipa Y contemplar a intervenção de uma profissional de Serviço Social apenas uma vez por semana, importa sublinhar que esta situação não corresponde àquilo que havia sido inicialmente estabelecido no âmbito desse documento. Com efeito, segundo se lê no mesmo, “as ESMC devem ser constituídas por técnicos que trabalham em exclusividade, ou a maior parte do seu tempo, na Equipa” (CNSM, 2009, p. 6).

*mento de Consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária*¹⁰ (CNSM, 2009).

Já em conformidade com um dos pontos estabelecidos no mesmo documento temos a questão da liderança clínica e coordenação da Equipa. Com efeito, tal como recomendado (CNSM, 2009, p. 6), a Equipa Y tem como coordenadora uma profissional de Psiquiatria¹¹.

No âmbito do *Plano de Ação* (CNRSSM, 2007), considera-se que as ESMC dificilmente poderão cumprir a sua “missão se não dispuserem de um local na comunidade onde possam desenvolver as suas atividades” (CNRSSM, 2007, p. 58). Preconiza-se, nesse sentido, que as mesmas detenham um local próprio para a “realização de consultas e intervenções psicossociais, bem como para a coordenação das intervenções domiciliárias e das ações comunitárias” (CNRSSM, 2007, p. 58). Muito embora o *Plano* defenda uma articulação estreita destas equipas com os Cuidados de Saúde Primários (CNRSSM, 2007, p. 58), entende-se como desejável que essas mesmas equipas não fiquem dependentes de gabinetes cedidos por Centros de Saúde, muitas vezes, à mercê de arranjos precários e insuficientes, claramente desfavoráveis ao pleno desenvolvimento das suas atividades (CNRSSM, 2007, p.

10 Sobre este documento cf. nota de rodapé anterior.

11 Muito embora, nesse mesmo documento, se admita a possibilidade de que tal coordenação seja exercida por um/a profissional não médico/a, não deixa de ser interessante notar como essa possibilidade é apontada a título meramente excepcional. Não obstante a retórica da multidisciplinaridade expressa nos documentos oficiais, temos, portanto, de forma paradoxal, no âmbito dos mesmos documentos, aquilo que podemos designar como a manutenção de uma assimetria de poderes entre áreas disciplinares, com um claro favorecimento da conservação do poder da Psiquiatria e, em última análise, do poder biomédico.

58). Não obstante o reconhecimento das vantagens da integração destas equipas nos Centros de Saúde, defende-se, portanto, que, nos casos em que não seja possível negociar com esses mesmos Centros a utilização de espaços devidamente adequados, se invista na criação de espaços próprios, próximos dos locais de residência das populações assistidas (CNRSSM, 2007, p. 58). No caso da Equipa Y foi possível negociar com um Centro de Saúde a cedência de instalações, tidas, pela mesma, como razoavelmente adequadas às suas necessidades. Adiante aprofundar-se-á esta questão, mostrando algumas limitações inerentes a essa localização.

Quanto aos modos de intervenção e cuidado na comunidade, a Equipa Y organiza-se, essencialmente, em três modalidades: i) deslocações aos domicílios de pessoas com diagnósticos de doença mental (sobretudo diagnósticos tidos como graves, como é o caso da esquizofrenia)¹²; ii) consultas presenciais em Centros de Saúde da área geodemográfica

12 Trata-se da modalidade de cuidados onde mais ostensivamente estão patentes os elementos de inovação e diferenciação relativamente ao paradigma de cuidados hospitalares. Indo além da simples monitorização farmacológica, a intervenção domiciliária visa apoiar a pessoa nas suas múltiplas necessidades, de forma próxima e continuada, em articulação com o meio familiar e social. Constrangimentos ao nível de recursos humanos impõem grandes limites à (suposta) multidisciplinaridade. A maior parte das deslocações são realizadas apenas por dois profissionais de Enfermagem, somando-se apenas uma vez por semana uma técnica de Serviço Social. A Equipa confronta-se ainda com grandes limitações ao nível de equipamentos sociais capazes de responder às necessidades identificadas. Não obstante, tem conseguido granjear resultados muito positivos, dirimindo significativamente casos de isolamento e exclusão social e diminuindo drasticamente os internamentos hospitalares e as necessidades de institucionalização. A sua intervenção tem igualmente detido um papel preponderante no auxílio às famílias e no alívio da sua sobrecarga.

de atuação¹³; iii) atividades de extensão, com trabalhos de cooperação e articulação com organizações e instituições da comunidade¹⁴ (como Câmaras Municipais, organizações do chamado terceiro setor, instituições escolares etc.).

O espírito de missão e compromisso com a filosofia de cuidados comunitários

Terminando a seção de enquadramento e breve caracterização da Equipa Y, não podemos deixar de referenciar um elemento que nos parece fundamental para a análise que se empreenderá em seguida, a saber: o espírito de missão e compromisso com os cuidados comunitários de que os/as profissionais (que constituem, por assim dizer, o núcleo estável da Equipa) visivelmente se encontram imbuídos/as. Das observações etnográficas, bem como dos diálogos estabelecidos com profissionais e utentes do serviço, foi possível perceber, com efeito, como esse espírito se faz presente na intervenção da Equipa Y, detendo uma

13 Outra das modalidades de intervenção consiste, com efeito, na oferta de consultas presenciais (em geral, consultas de Psiquiatria) em Centros de Saúde; mormente naquele em que a Equipa está sediada (onde as consultas são mais regulares), mas também em outros Centros de Saúde da área geodemográfica de atuação, com os quais se conseguiu igualmente protocolizar a cedência temporária de salas para consultas.

14 Neste ponto, um dos trabalhos mais comuns é o de articulação com *Lares para pessoas idosas*, onde a Equipa se desloca para assistência a utentes com dificuldades de locomoção e relativamente aos quais presta um trabalho de consultadoria à distância, em face de situações inesperadas ou urgentes que requerem aconselhamento imediato. Para além do apoio a esses lares, a Equipa articula-se com outras organizações da comunidade, sobretudo instituições escolares. Dada a falta de recursos humanos, essa articulação tem-se reagido mais por uma linha reativa (às necessidades urgentes) do que por uma ação preventiva.

forte influência tanto no modo de se cuidar, como numa singular capacidade de resiliência aos inúmeros constrangimentos e desafios que se interpõem à ação.

Atentando em diversas narrativas, percebe-se que esse elemento não se associa a uma cultura institucional transversal, mas, antes, ao cunho pessoal dos/as profissionais que integram a Equipa; particularmente ao cunho pessoal da profissional que a coordena e à forma como ela o imprimiu logo no início do projeto, aquando do momento da sua fundação. De fato, dos diálogos estabelecidos com a coordenadora da Equipa Y, foi possível perceber uma vincada predisposição pessoal à filosofia de cuidados comunitários, favorecida, desde cedo, por leituras contra-hegemônicas e pela pertença a uma geração de médicos/as (“mais velhos”) a quem foi dada a possibilidade ímpar de formação e práticas de cuidado no seio da comunidade. Tendo pertencido à geração de profissionais que integraram, nos anos de 1980, o programa “Serviço Médico à Periferia”¹⁵, a profissional faz sobressair a importância dessa experiência na sua formação pessoal e profissional, assim como na construção mais lata da sua visão sobre os cuidados médicos em Saúde Mental. Contrapõe essa sua antiga experiência à atual tendência de formação em Psiquiatria, que considera demasiado centrada na instituição hospitalar, nos mecanismos cerebrais/neuroquímicos e no diagnóstico, não predispondo as novas gerações de profissionais para os cuidados na comunidade, para um olhar sistêmico/integral sobre o ser humano e para o valor da escuta e das narrativas.

15 A propósito do programa “Serviço Médico à Periferia”, cf. Cerqueira (2009).

– Eu sempre tive uma visão comunitária sobre a saúde mental e uma visão de olhar para a pessoa no seu todo [...]. Acho que teve a ver com tudo aquilo que li desde cedo, que era assim um bocadinho marginal ao conhecimento psiquiátrico [...]. Pertenci a uma geração mais velha que teve a sorte de ter acesso a essa filosofia. [...] Com essa visão comunitária, eu, por exemplo e mais alguns médicos psiquiatras, chegámos até a estagiar no sul de França, por causa da visão comunitária dos franceses, da psiquiatria de setor [...].

– *Mas, digamos, essa não era uma orientação transversal ou era?*

– Não. Era um bocadinho assim, restrito.

– *Tenho ouvido, nos últimos anos, muitos relatos de pessoas que se queixam de consultas de psiquiatria [no hospital] muito rápidas [...] em que não se sente qualquer empatia...*

– Sabe que os meus colegas não foram habituados a apreciar a subjetividade e as narrativas das pessoas. A narrativa do doente, em psiquiatria, não foi um treino que os meus colegas tivessem. A psiquiatria atual parece que está muito centrada na inovação e nos exames complementares de diagnóstico e no mapa cerebral [...], nas questões neuroquímicas e assim... [...]. Sabe qual foi o privilégio da minha geração? É que nós não passávamos diretamente da policlínica para a especialidade. E esse ponto fez toda a diferença e refletiu-se em toda a minha visão dos cuidados e na forma como valorizo as narrativas das pessoas [...]. Nós íamos para os Centros de Saúde como médicos acabados de se formar e fazíamos o apoio médico do país. [...] Na minha geração, todos fizemos esse ano de periferia [...] Isto foi na década de 80. Era a periferia que nos dava a possibilidade de continuidade no SNS para a especialidade. [...] Só depois da periferia é que podíamos fazer o exame de acesso à especialidade.

– *A periferia consistia em...*

– Era ser médico de família nos Centros de Saúde, onde houvesse vagas e necessidade... e nós éramos distribuídos pelo país. [...] Nessa altura, [os Centros de Saú-

de] não tinham rócios, nem números, nem objetivos. Ninguém tinha objetivos para cumprir. Nessa altura, fui para um concelho que era um dos mais pobres do país [...]. Foram anos duros, mas em que trabalhámos muito em conjunto... e depois quem queria ficar, pedia autorização para ficar como clínico geral. Quem quisesse fazer a especialidade, saía [...]. (Profissional, Médica Psiquiatra, Coordenadora da Equipa Y).

Ora, aquando da proposta de constituir e coordenar uma equipa comunitária – que lhe foi endereçada pela unidade hospitalar onde se encontra integrada –, a mesma Médica Psiquiatra não hesita em aceitar o desafio, aí reconhecendo a possibilidade de colocar em prática a filosofia de cuidados de que há muito estava imbuída. A sua visão sobre os cuidados de saúde mental acaba, então, por ser transportada para o projeto de constituição da Equipa Y, refletindo-se, desde logo, na angariação dos/as profissionais que compõem o que designa como o “núcleo duro da equipa”¹⁶.

O núcleo duro da equipa é constituído por profissionais do Hospital Psiquiátrico que já iam para a comunidade ainda antes de se formar esta equipa. [...] Nesse sentido, a equipa foi escolhida assim. [...] fez sentido [escolher] as pessoas que já tinham alguma experiência com projetos comunitários e características adequadas nesse sentido. Foi um bocadinho assim. [...] Outro critério importante eram as características da pessoa. Por exem-

16 A coordenadora da Equipa Y utiliza a expressão “núcleo duro” para se referir ao conjunto de profissionais que integram a equipa de forma estável e permanente desde o início da sua constituição. Em virtude de imperativos institucionais (relacionados, designadamente, com programas de formação e estágios), a Equipa integra esporadicamente outros/as profissionais. O termo “núcleo duro” é utilizado também nesse sentido de estabelecer uma demarcação entre o corpo estável de profissionais e esse corpo volátil ou transitório.

plo, a [Enfermeira Z] era o elemento da equipa feminina que eu conhecia bem, dentro das enfermeiras mais velhas, entre aspas. Fiz-lhe o convite porque ela também tem uma forma de estar muito humana na relação com a pessoa com doença mental. Faz um acolhimento muito interessante, com uma *maternage* que é muito interessante, e consegue ligar e desligar [...]. Eu acho que ela tem uma particular vocação para o cuidado, o acolhimento e para a gestão de conflitos [...]. (Profissional, Médica Psiquiatra, Coordenadora da Equipa Y).

Rodeando-se de profissionais com características pessoais específicas e com experiências prévias na comunidade, a coordenadora da Equipa Y imprime, portanto, uma intencionalidade própria na constituição da mesma, procurando assegurar uma base comum, de partilha de uma visão de cuidados em saúde mental.

Todos nós que integramos a equipa, privilegiamos uma visão comunitária sobre a saúde mental. Nós todos. Nós fizemos uma formação pela Comissão Nacional em Psiquiatria Comunitária e isso para nós fez muito sentido porque já era a nossa visão estratégica de cada um de nós a nível pessoal, já antes da formação [...]. Porque muitas pessoas fizeram essa mesma formação e não concordavam com aquele ideário, entre aspas, chamemos-lhe isso, ou aquela visão que nos foi transmitida... Profissionais de diferentes áreas, nem todos foram tocados da mesma forma. No nosso caso, já há muitos anos... que pensávamos assim. Digamos que não foi uma novidade ou um ideário que veio de fora. A visão comunitária é algo que já estava em cada um de nós, muito antes da formação e de se decidir constituir a equipa (Profissional, Médica Psiquiatra, Coordenadora da Equipa Y).

A narrativa acima transcrita reforça a ideia do quanto o compromisso dos/as profissionais da Equipa Y com a filosofia de cuidados comunitários se reveste de um ca-

ráter pessoal e intrínseco – estabelecido *à priori* da integração na Equipe –, não dependendo da adesão (ou não adesão) a diretivas e orientações externas, emanadas ao nível formativo, político ou institucional. A relevância dessa dimensão de compromisso pessoal torna-se ainda mais evidente quando atentamos em testemunhos como aqueles que se seguem, em que várias pessoas dão conta de como o atendimento realizado por outros/as profissionais, de passagem temporária pela Equipe Y, se distancia do cuidado a que a Equipe as habituou, levando-as a recordar o padrão de consultas a que tinham acesso no contexto hospitalar¹⁷.

Tenho sido sempre vista pela Doutora H [médica psiquiatra, coordenadora da Equipe Y] e também pelos enfermeiros, mas houve um tempo, que estive cá outro doutor, penso que a estagiar, e cheguei a ser vista por ele [...]. Não era a mesma coisa. As consultas pareciam as que tinha no Hospital. Não falava comigo, não me perguntava nada sobre a minha vida [...]. Era só mesmo receitar e pronto. E ainda por cima, mudou-me a medicação sem mais nem menos [...]. (Mulher, 52 anos)

17 Com efeito, de entre os muitos relatos sobre a passagem prévia pelas consultas de Psiquiatria no contexto hospitalar, sobressai um padrão de consulta que as próprias pessoas entrevistadas caracterizam como “consultas muito rápidas” (geralmente entre 10-15 minutos), “frias e distantes” (de onde se ausenta uma relação de acolhimento e abertura ao diálogo) e cujo foco é colocado tão-somente no ajustamento/prescrição psicofarmacológica. Relatos muito excepcionais dão conta de experiências de consultas hospitalares opostas ao padrão identificado, ou seja, caracterizadas por acolhimento e foco na pessoa. Significativamente, as pessoas que vocalizam esses relatos justificam essas suas excepcionais experiências evocando o “fator sorte” – que se teve “sorte” com o/a Psiquiatra que lhe foi atribuído/a –, colocando assim em destaque a não universalidade ou transversalidade desse modo de cuidar no contexto hospitalar.

- A última vez que estive cá fui vista por outro médico. [...] não correu assim tão bem. Ele sem me conhecer de lado nenhum, mudou-me para um medicamento que eu nem sequer o consegui tomar [...] Ele não me conhecia, não sabia nada sobre a minha vida [...].
- *E nessa consulta não a procurou conhecer? Não dialogou consigo, como a Doutora H costuma dialogar?*
- Não, nada disso. Foi eu chegar e mudar-me a medicação toda sem procurar saber como me sentia. Sem grandes conversas, vá [...]
- *Já lhe tinha acontecido isso aqui no Centro de Saúde, com esta equipa?*
- Não, aqui não [...]. Aqui, com a Doutora H e os enfermeiros que às vezes também me atendem, sou sempre bem recebida, dão muita atenção [...]. Aqui, foi só com esse médico estagiário é que aconteceu. Aqui. No Hospital sim, chegava a acontecer. Ah, muitas vezes. Lá era o normal. Um médico novo era medicação nova, sem grandes conversas [...]. (Mulher, 50 anos)

Para além de corroborar a inequívoca importância da visão de cuidado partilhada pelo restrito conjunto de profissionais que integram permanentemente esse núcleo, as experiências supracitadas mostram, no fundo, o quanto a Equipa Y se torna permeável às lógicas biomédicas/hospitalares quando, por força da circulação de profissionais enquadrados em programas de estágio, passa a integrar outros profissionais que não apenas os que compõem o seu núcleo restrito e estável.

Dando por terminado o breve enquadramento e caracterização da Equipa Y, transita-se, já em seguida, para a exposição de alguns dos resultados da pesquisa propriamente dita, relativos à modalidade de intervenção da Equipa no contexto de um Centro de Saúde.

A intervenção da Equipa Y no contexto de um Centro de Saúde

(Des)integração e (i)lógicas organizativas

A prestação de cuidados em contexto de unidades de saúde primárias corresponde, como se disse, a uma das vertentes da intervenção da Equipa Y na área geodemográfica que lhe é atribuída. A investigação de natureza etnográfica passou, nesta vertente, pelo acompanhamento da Equipa no espaço físico do Centro de Saúde que funciona como a sua grande sede de intervenção na comunidade. Um olhar mais superficial sobre o trabalho desenvolvido pela Equipa neste espaço não nos leva de forma imediata à constatação de diferenças significativas relativamente ao tipo de prestação de cuidados psiquiátricos que, em geral, são oferecidos no contexto hospitalar. Formalmente, dada a lógica organizativa que lhe está subjacente, as condições para o cuidado não diferem muito das que se verificam nos serviços de consultas externas de Psiquiatria de unidades hospitalares. Muito embora, teoricamente, esteja prevista uma intervenção de carácter multidisciplinar, essa mesma intervenção acaba por ser dominada pelas consultas de Psiquiatria e pelo acompanhamento de profissionais de Enfermagem, sendo muito escassa ou mesmo rara a intervenção de outras áreas disciplinares (como o Serviço Social, a Psicologia e a Terapia Ocupacional).

A própria lógica organizativa do espaço físico atribuído à Equipa, no contexto do Centro de Saúde, com funcionamento autónomo e diferenciado desse mesmo Centro, nos leva a recordar o funcionamento de consultas de Psiquiatria num hospital. Qual metáfora da dua-

lidade corpo/mente, a entrada para o Centro de Saúde propriamente dito (comumente visto como mais habilitado para cuidar das “doenças do corpo”) e a entrada para os serviços da Equipa Y (especificamente direcionado para as “doenças da mente”) fazem-se por duas portas distintas, não se dando a ocasião de utentes de um e de outro serviço se cruzarem no mesmo espaço¹⁸. Como atrás se disse, todos os elementos da Equipa, incluindo a própria funcionária administrativa, são profissionais do Centro Hospitalar, havendo uma total autonomia relativamente ao corpo profissional do Centro de Saúde.

Esta forma de integração – ou, melhor dizendo, de desintegração – da Equipa Y no espaço desta unidade de cuidados primários denuncia a prevalência de toda uma lógica organizativa de cuidados de Saúde Mental na comunidade ainda bastante subsidiária das lógicas organizativas do modelo hospitalar psiquiátrico. A forma dicotômica e separatista com que se continua a encarar o sofrimento mental no universo hospitalar – que resulta no seu isolamento num espaço específico, independente dos espaços que tratam da “saúde do corpo” – como que é transportada para a comunidade. Entrar pela porta que dá acesso à Equipa Y não é muito diferente de entrar pela porta de

18 É interessante notar que o modo como a Equipa Y se insere no espaço do Centro de Saúde se encontra em linha com uma das constatações críticas do “Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016” (CTARSM, 2017). O referido documento aponta, precisamente, para as dificuldades de articulação das ESMC com as unidades de cuidados primários, sinalizando que até mesmo nos casos em que existe algum tipo de relação (como a partilha de espaço), “as estruturas físicas e os recursos humanos encontram-se frequentemente separados, o que dificulta uma integração efetiva dos cuidados” (CTARSM, 2017, p. 47).

acesso a um Departamento de Psiquiatria de um Hospital Geral. Ambas as portas denunciam a procura específica de cuidados de Psiquiatria e a sua não efetiva normalização ou integração num contexto de cuidados gerais.

Um reflexo desta não efetiva integração da Equipa Y no contexto dos cuidados de saúde primários está bem patente na forma como ocorre a articulação entre profissionais de ambos os serviços, aquando do momento de referenciação e encaminhamento de utentes. Com efeito, a proximidade física não se constitui, necessariamente, como um fator promotor de uma interação próxima entre profissionais do Centro de Saúde e profissionais da Equipa Y. Ainda que operem em espaços contíguos, pertencentes ao mesmo complexo logístico, a lógica de funcionamento diferenciado e autónomo não favorece a normalização de uma cultura de diálogo e de efetiva partilha institucional, ficando a articulação entre profissionais do Centro de Saúde e da Equipa Y à mercê de iniciativas casuais, do foro meramente individual (relacionadas com a maior ou menor disposição dos/as profissionais).

Ora, se as lógicas organizacionais patentes no espaço do Centro de Saúde não diferem significativamente das que predominam na esfera hospitalar, em que medida a intervenção da Equipa Y se demarca (ou não) do modelo psiquiátrico reducionista vigente, aproximando-se, em alternativa, a um modelo pautado pelo ideal regulador da integralidade?

Ainda que a observação etnográfica realizada nesse espaço nos proporcione interessantes elementos para reflexão, é sobretudo através dos testemunhos de quem lá recebe cuidados que se consegue alcançar um olhar mais amplo e profundo sobre esta questão. Uma vez que todos esses testemunhos pertencem a pessoas que tiveram uma

passagem prévia pelo acompanhamento psiquiátrico hospitalar, acresce-lhes o potencial de uma perspectiva comparada entre os dois tipos de cuidados, ou seja, entre os que são providos no espaço do Centro de Saúde, pela Equipa Y, e aqueles a que se teve acesso no contexto hospitalar.

O valor da(s) proximidade(s) e o (autêntico) cuidado como prática contra-hegemônica

Sem surpresa, um dos elementos que de forma mais imediata sobressai nos testemunhos de quem é acompanhado pela Equipa Y no Centro de Saúde é a valorização da proximidade geográfica aos cuidados de Saúde Mental. Fazendo notar o enorme esforço que as deslocações periódicas ao Centro Hospitalar representavam nas suas vidas, pela distância relativamente longa que se tinha de percorrer, as pessoas entrevistadas atribuem, com efeito, grande valor à proximidade física aos cuidados especializados de Psiquiatria. Termos como “ansiedade”, “desgaste” ou “nervos” estão entre aqueles a que mais se recorre quando se evoca a experiência passada de deslocação à unidade hospitalar. Para quem já se encontrava num estado de vulnerabilidade psicológica, um percurso como aquele que se realizava para se aceder a cuidados de Psiquiatria – que, somando os tempos de viagem e de presença no hospital, podia chegar a durar praticamente todo o dia – era frequentemente gerador de elevados níveis de tensão e ansiedade, obviamente contrários aos efeitos terapêuticos que se pretendiam. Assim era não apenas pela distância propriamente dita, mas pelas implicações que, comumente, essa viagem representava ao nível económico e da dependência familiar. Como fazem notar várias narrativas (de entre as quais se transcrevem

apenas duas), com a possibilidade de se recorrer à Equipe Y, reduzem-se os “nervos”, os custos monetários e familiares, ao mesmo tempo que se elevam os níveis de conforto, bem-estar e autonomia.

Gastava uns 50 euros em táxi. Uns dias antes, começava a ficar muito ansiosa a pensar no dinheiro que ia gastar [...]. A reforma é muito pequena, sabe? [...] Houve um mês em que ia à consulta e cheguei a ter de pedir dinheiro emprestado à minha mãe [...] que também tem dificuldades [...]. (Mulher, 57 anos)

O meu marido agora está com problemas em conduzir. E eu já nem sei ir para o Hospital. Com a minha doença, perdi muito a orientação e fico muito ansiosa a conduzir. Este serviço para mim foi ótimo. Não fosse estas consultas aqui [no Centro de Saúde], o meu marido teria de fazer um esforço muito grande e tomar um medicamento mais forte para as dores para conseguir conduzir. E isso fazia-me ficar muito nervosa [...]. (Mulher, 60 anos)

A proximidade física favorece, ademais, conforme indicam vários testemunhos, um acompanhamento terapêutico mais regular e frequente, potencializador de uma maior estabilidade clínica. Alegando os efeitos desestabilizadores produzidos pela distância geográfica, há mesmo quem se refira ao fato de, no passado, ter deixado de se deslocar às consultas hospitalares, tendo passado períodos mais ou menos longos sem acompanhamento médico especializado.

Acoplada aos discursos que colocam em evidência a importância vital da proximidade geográfica, vamos encontrar a questão da proximidade afetiva, igualmente tida como um elemento diferenciador dos cuidados providos pela Equipe Y, em comparação com o tipo de cuidados a que se tinha acesso no contexto hospitalar. Trata-se, no fun-

do, de uma dimensão de tónus mais subjetivo, que, como mostram algumas narrativas (atente-se, em particular, ao primeiro excerto de entrevista do próximo bloco de transcrições), não deixa de estar ligada à lógica organizacional de proximidade física e de integração dos cuidados na própria comunidade. O fato de a Equipa Y se encontrar geograficamente próxima das pessoas, integrada no seu contexto sociocultural e dimensionada à escala local – com instalações relativamente pequenas, com a circulação de um número reduzido de pessoas – acaba por ajudar à promoção de um ambiente acolhedor, pessoal e familiar, favorecedor de uma experiência emocionalmente mais positiva, quando comparada com a experiência em instalações de unidades hospitalares psiquiátricas. Todavia, ainda que as características do espaço físico detenham um papel relevante na percepção subjetiva de proximidade afetiva, é nas dinâmicas de interação, comunicação e diálogo promovidas pelos/as profissionais da Equipa Y que as narrativas colocam a grande ênfase.

Tendencialmente, é com referência ao *modus operandi* hospitalar e às contrastantes experiências aí vividas, que tais práticas de interação aparecem descritas. Por contraste a relações interpessoais “frias” e “distantes” – marcadas, grosso modo, por interações muito curtas (10 a 15 minutos), reduzidas a inquirições que apenas objetivam reajustes da medicação –, as narrativas sobre as consultas da Equipa Y colocam em evidência relações interpessoais caracterizadas por acolhimento, horizontalidade, laços de afetividade, confiança, escuta e abertura ao diálogo. Dito de outro modo, das narrativas emergem elementos comuns como empatia, foco na pessoa e valorização da sua subjetividade, que se constituem como essenciais – ainda que, por si só, não suficientes – à construção de uma ética do cuidado e

à superação do ainda vigente paradigma de cuidados reducionista¹⁹. Os excertos de entrevista que se seguem correspondem a uma seleção de algumas dessas narrativas.

– Olhe, ele aqui sente-se em casa. [...] Lá [no Hospital] era tudo muito frio [...] Não só as pessoas, mas até aquelas instalações criam uma certa distância... Aqui o ambiente é muito familiar. É um sítio mais pequeno, mais acolhedor. A pessoa não deixa de estar no seu meio, não é? E isso também facilita a própria vivência com a médica, porque a gente diz-lhe: “No próximo dia 25 tu vais à Dra. H”. “Ai vou, à Dra. H?” Viver aqui perto torna tudo mais familiar. É esse o termo. É muito mais familiar [...]. É como se ele fosse a um passeio [...]. A distância cria algum *handicap*... um *handicap*

19 Calculando a possibilidade de as entrevistas sofrerem algum tipo de enviesamento (por terem sido efetuadas no espaço da Equipa e não num local neutro), importa cruzá-las com a investigação etnográfica realizada no próprio contexto (ou seja, a observação *in loco* de algumas consultas de psiquiatria), já que na observação das práticas e interações reside o potencial de identificação de elementos congruentes ou discordantes com os conteúdos emergentes nas narrativas. Ora, desse cruzamento, atesta-se uma coerência entre as práticas de interação estabelecidas no âmbito das consultas e as narradas pelas pessoas entrevistadas. A observação das consultas mostra-nos, com efeito, que as mesmas estão longe de se reduzirem a inquéritos de sintomas e rápidos ajustamentos farmacológicos, sendo a maior parte do tempo preenchido por um espaço de acolhimento e diálogo. Ponderando a mesma possibilidade de enviesamento ao nível da observação das consultas – pois a presença do sujeito da investigação é sempre suscetível de provocar interferências no objeto da pesquisa –, há que se considerar a constância de um elemento, que, por assim dizer, se pode entender como passível de validar (pelo menos em certa medida) o padrão de interação identificado. Trata-se da constatação, em todas as consultas observadas, de um conhecimento, por parte dos membros da Equipa, de detalhes e informações muito específicas sobre as histórias de vida das pessoas, claramente indiciadores do estabelecimento de uma relação prévia de proximidade, caracterizada pela mesma abertura ao diálogo que a investigadora observa à data da pesquisa.

que não existirá tanto para mim ou para si, porque temos carta, temos carro [...]. Para pessoas como o meu primo, com doenças mentais graves, o ponto de ligação é sentirem-se como se estivessem em casa e é a ligação de proximidade às pessoas [...]. Quando era no Hospital, ele não queria ir às consultas. Agora, é muito diferente. – *Essa facilidade em trazê-lo à consulta tem, então, a ver com ele se sentir melhor num ambiente mais pequeno e fisicamente próximo* [...].

– [...] Não são só as instalações que tornam o ambiente mais acolhedor. Isso ajuda muito, mas eu diria que é a equipa que faz mesmo a diferença. São espetaculares, de uma grande dedicação... E o meu primo sente isso. Mesmo com todas as limitações que ele tem neste momento, ele sente o carinho das pessoas, a forma como se preocupam com ele [...]. (Familiar/primo de homem com diagnóstico de esquizofrenia).

Com as consultas aqui mesmo ao pé de casa, tenho sido mais seguida... Como era muito longe, às vezes acabava por evitar ir ao hospital. Cheguei mesmo a faltar a algumas consultas que estavam marcadas e andei sem ser vista da minha doença assim um bom pedaço de tempo [...]. Não dava jeito fazer aquela viagem tão grande. O meu marido tinha de faltar ao trabalho dele [...] era complicado. Com as consultas aqui [no Centro de Saúde], ando mais estável. Sou vista mais vezes... Quando me sinto a piorar, venho logo aqui, consigo vaga num instante e sou muito bem consultada [...]. E digo-lhe: sou muito melhor atendida aqui do que no Hospital. Ah, mas sem comparação! Lá era tudo a despachar... [...] Era só para saber do medicamento [...] pouco mais [...]. Aqui não. É muito diferente. [...] Querem saber porque é que não me sinto bem... Conversam muito comigo [...] não é só: “tome lá este medicamento”. [...] São mesmo afetuosos com a pessoa. [...] Só o vir aqui e falar um bocado com a médica ou com os senhores enfermeiros, faz-me bem [...]. (Mulher, 62).

[Quando ia ao Hospital], às vezes falhava algumas consultas porque ficava muito ansiosa com a viagem [...]. Era uma pilha de nervos tão grande fazer aquele caminho para o Hospital [...]. E chegava lá, a maior parte das vezes, estava mais de uma hora à espera da consulta [...]. E esse sacrifício todo para ter uma consulta que às vezes nem chegava a durar 15 minutos. [...] Aqui estou pertinho de casa [...] tenho toda a atenção [...]. Tenho tempo para falar, que no Hospital não me davam [...]. (Mulher, 51 anos).

Eu sinto que há um interesse no geral [...] para melhorar o geral da minha pessoa, da minha vida, e não só focar-se na minha doença e nos medicamentos. Eu sinto esse apoio [...]. Preocupam-se em saber como estão as coisas com o meu interior [...]. (Homem, 50 anos).

Esta equipa transmite a ideia de que “estamos ao vosso lado; somos alguém como vocês”. Quando chega a um sítio qualquer e os profissionais se colocam ao seu nível [...] isso faz toda a diferença [...] É de nível [...] horizontal. É do mesmo nível... e eu não estava à espera disso, porque estávamos habituados a uma abordagem diferente no Hospital [...]. Tudo muito mais distante... E penso que este é o segredo desta equipa. Percebe? [...]. É a simplicidade de dizer: “o doente para nós é o ponto fulcral da situação [...]. O doente e a família. E nós estamos aqui ao mesmo nível que vocês estão. [...] E nós estamos ao vosso nível”. E isso é uma coisa que não estás à espera quando estás a falar com alguém que é doutor ou que tem níveis de conhecimentos muito elevados. Pronto. É aquilo que não se espera [...], porque também não estamos habituados a isso. No Hospital lidam com as pessoas de uma forma muito mais vertical, de cima para baixo, era isso que sentia [...]. (Familiar/ primo de homem com diagnóstico de esquizofrenia)

O que eu acho que é assim tão eficaz nesta equipa é a atenção que tem com o doente [...] uma atenção extrema com o doente. Tem o cuidado extremo de ir ao

pormenor de saber a história da pessoa para estabelecer o próprio historial. Preocupam-se em saber o que é que a família também tem a dizer [...]. (Familiar/mãe de homem com diagnóstico de esquizofrenia)

Finalmente, no que respeita à vertente da proximidade, há ainda uma outra dimensão que nos cumpre destacar: a proximidade ao contexto sociocultural. Tendo em conta que a lógica organizacional das consultas no Centro de Saúde é muito semelhante à do contexto hospitalar, questionámos a Médica Psiquiatra, Coordenadora da Equipa Y, sobre a eventual não diferenciação entre os dois tipos de serviços. Ora, no seu entender, ainda que em termos institucionais possa não haver grandes diferenças – até porque, como a mesma assinala, nos dias que correm, a integração no Centro de Saúde permite que se tenha acesso à mesma rede de informação digital a que se tem acesso no contexto hospitalar –, há um fator de diferenciação que joga significativamente a favor das consultas realizadas no contexto comunitário, a saber, o fato de os/as profissionais estarem imersos na realidade social e cultural das pessoas. Trabalhar na comunidade, num espaço de um Centro de Saúde, permite, no fundo, aceder ao melhor dos dois “mundos”: às vantagens tecnológicas que igualmente existem no contexto hospitalar e às vantagens de se aceder a uma mais ampla e profunda compreensão do sofrimento mental a partir da proximidade ao ambiente em que as pessoas vivem. Nesse sentido, considera a entrevistada, é diferente realizar uma consulta de Psiquiatria na comunidade ou no hospital. É interessante notar como esta perspectiva não se circunscreve à percepção dos/as profissionais, emergindo igualmente na narrativa de um familiar entrevistado (veja-se excerto de entrevista que se transcreve em seguida, logo após o da Médica Psiquiatra).

– *No fundo, pela forma como o serviço está organizado, em termos mais formais, pode-se dizer que não há grandes diferenças em fazer uma consulta de psiquiatria no Hospital ou na comunidade? Ou há? Uma vez que tem as duas experiências, o que nota relativamente a isto?*

– Ao trabalhar nas instalações deste centro de saúde, como disse, com este sistema informático, é só uma questão de espaço e de local, porque eu tenho acesso a tudo. E porque estamos em ligação em rede, eu tenho acesso a tudo o que existe no Centro Hospitalar, porque já estamos unidos em rede. Portanto, em termos de acesso à informação clínica, estarmos no Centro de Saúde a fazer consultas de psiquiatria é a mesma coisa que estarmos num Hospital Central [...]. Portanto, eu não noto diferença dentro desta área específica de consultas assistenciais. Há, contudo, uma diferença muito importante, que é [...] ao estarmos mais próximas da realidade cultural e sociológica da pessoa isso obviamente imprime-nos a nós uma avaliação diferente das situações [...] talvez uma sensibilidade diferente aos sofrimentos das pessoas [...], que não se consegue quando estamos distantes. O estarmos próximos ou inseridos nos contextos sociais e culturais em que as pessoas vivem amplia a nossa capacidade de compreender os processos de adoecimento das pessoas [...]. (Profissional, médica psiquiatra, coordenadora da Equipa Y)

É isso que já lhe disse, acho que a diferença desta equipa relativamente ao Hospital é a forma como se coloca ao lado das pessoas. Não é acima, é mesmo ao lado das pessoas. E há outra coisa que me parece importante [...]. É que esta equipa ao estar no local onde a pessoa vive, ela própria, eu acho, esta é a minha opinião pessoal, a própria equipa também vive mais a situação dos doentes. Percebe? Estar no meio onde as pessoas vivem, penso que faz conhecer melhor o ambiente e compreender melhor os problemas das pessoas. Há um afastamento que deixa de existir [...] e isso, penso eu, ajuda [...]. (Familiar/primo de homem com diagnóstico de esquizofrenia).

A exposição precedente descerra-nos, em síntese, como o modo de cuidar dos/as profissionais da Equipa Y, baseado em concepções de proximidade que vão muito além da mera proximidade geográfica, se constitui como elemento-chave de diferenciação da sua intervenção na modalidade de consultas e acompanhamento no espaço do Centro de Saúde. Tendo em conta que em termos formais essa modalidade não difere substancialmente da oferta de cuidados provida no âmbito de um serviço de consultas externas de Psiquiatria de uma Unidade Hospitalar, poder-se-ia esperar, de alguma forma – e não obstante a particularidade da proximidade geográfica –, a ausência de diferenças entre um serviço e outro. No entanto, assim não é. Ainda que em termos formais os recursos para o exercício da intervenção terapêutica sejam essencialmente os mesmos, de cariz biomédico, o que os testemunhos de quem teve acesso a um e outro serviço nos mostram não é uma linha de continuidade, antes uma ruptura. O modo de se cuidar – assente em formas de interação e comunicação abertas ao acolhimento, escuta, diálogo e estabelecimento de vínculos de afetividade e confiança – faz, no fundo, a grande diferença, constituindo-se como uma espécie de prática contra-hegemônica, em contracorrente a toda uma herança hospitalar.

A problemática dos recursos e a resistente biomedicalização do sofrimento

Finalizando a reflexão em torno da modalidade de acompanhamento da Equipa Y no espaço do Centro de Saúde, importa questionar: pode o caráter distintivo da relação interpessoal estabelecida pelo núcleo permanente

de profissionais que integram a Equipe Y – caracterizado, como se viu, por uma efetiva relação de proximidade, ancorada numa relação sujeito-sujeito, ao invés de uma relação sujeito-objeto – constituir-se como um elemento suficientemente diferenciador (relativamente ao contexto hospitalar), refletindo-se na produção de consequências verdadeiramente significativas nas vidas de quem dele se beneficia?

As narrativas sobre a intervenção da Equipe Y no Centro de Saúde patenteiam, como se viu, uma apreciação muito positiva sobre o seu modo de cuidar, atribuindo grande valor não apenas à proximidade física, mas também à relação de proximidade afetiva. A inteligibilidade dessa apreciação ganha, evidentemente, maior clareza quando confrontada com o tipo de acompanhamento que lhe serve como termo de comparação, ou seja, aquele que era provido no contexto hospitalar. Para a maioria das pessoas entrevistadas, o modo de cuidar dos/as profissionais da Equipe Y – alicerçado em acolhimento, conexão afetiva e abertura ao diálogo – vem preencher o enorme vazio sentido na Instituição Hospitalar, ao nível da relação humana, sendo apontado como um fator inovador, favorecedor de um relativo maior sucesso terapêutico (em referência ao que se alcançava quando do acompanhamento hospitalar). Em geral, a evocação desse relativo maior sucesso faz-se acompanhar do argumento de que, com a Equipe Y, se passou a experienciar períodos relativamente mais longos de estabilidade clínica, traduzidos numa menor reincidência de crises – comumente designadas pelo modelo psiquiátrico como “estados agudos” – e, conseqüentemente, numa menor necessidade (ou mesmo supressão da necessidade) da antecipação de consultas, do recurso às urgências psiquiátricas e de internamentos hospitalares.

Sabendo que a proximidade geográfica, pela forma como promove um acompanhamento mais regular, é suscetível de favorecer esse relativo maior sucesso terapêutico, parece-nos igualmente verossímil – seguindo a linha de raciocínio de vários testemunhos – que o tipo de relação interpessoal estabelecido no âmbito das consultas detenha um papel de relevância a esse nível. A importância da qualidade da relação entre profissionais de saúde e utentes desde há muito que é reconhecida no seio da própria classe médica (BALINT, 1998; SIEGEL, 1998). Um recrudescimento da importância deste tema tem levado, nos últimos anos, à multiplicação de pesquisas na área da psiconeurofisiologia, as quais têm vindo, precisamente, a comprovar como posturas de acolhimento, escuta e diálogo não apenas facilitam uma maior adesão ao tratamento, como são ainda geradoras de confiança e expectativas terapêuticas positivas (efeito placebo) que incrementam a eficácia dos tratamentos prescritos, incluindo os farmacológicos (TEIXEIRA, 2009).

Ainda que, no âmbito da presente pesquisa, não tenhamos condições analíticas/metodológicas que nos permitam chegar objetivamente a essa conclusão, são várias as vozes do nosso universo fenomenológico de experiências subjetivas – epistemologicamente relevantes (SANTOS, 2007; ALVES, 2011; CRUZ, 2011) – que dão conta da percepção de uma correspondência entre a interação humana de proximidade, promovida pelos/as profissionais da Equipa Y e a obtenção de níveis superiores de estabilidade clínica.

Quando íamos ao hospital, era tudo muito impessoal. Lá nunca se conseguiu chegar a este ponto certo da medicação, em que ele está agora. [...] Está completamente estável. E estou em crer que a forma como estes profissionais lidam com a pessoa ajuda muito a que os próprios

medicamentos façam um bom efeito. A equipa dedica-se a ele, é muito afetuosa [...]. Pronto, e como ele sente isso, ele tem confiança e aceita a terapêutica de uma outra forma, que não aceitava antes [...]. Passou a tomar os medicamentos de forma certinha [...]. (Familiar/primo de homem com diagnóstico de esquizofrenia)

E ao longo destes últimos anos, com esta equipa, sobretudo com a Doutora H, que é como quem falo mais nas consultas, eu tenho conseguido uma grande estabilidade. Com ela, fui aprendendo a gerir as coisas do dia a dia de uma forma diferente [...] fui-me começando a aperceber ‘[...], tu não podes mudar o mundo, podes mudar-te a ti mesma [...] portanto, começa a pôr as coisas nos seus devidos lugares. O que podes resolver, resolves, o que não podes resolver, não resolves...’ [...] E é assim: o apoio destes profissionais tem sido fundamental [...]. Passei a olhar a vida de uma outra forma [...] e isso tem-me ajudado muito [...], a controlar um bocadinho mais os meus nervos. (Mulher, 51 anos)

Conquanto se verifique um reconhecimento generalizado de ganhos ao nível da estabilidade clínica, uma atenção fina às várias narrativas leva-nos à compreensão de que a qualidade diferenciada da relação interpessoal promovida pela Equipa Y, ainda que muito relevante, não basta, por si só, para que se granjeiem mudanças verdadeiramente pujantes e consistentes nas trajetórias de vida. Com a disciplina psiquiátrica a ocupar o lugar central da intervenção, são muito escassas as possibilidades de se responder de forma verdadeiramente ampla e profunda às necessidades das pessoas que recorrem ao serviço. Na maioria dos casos estudados, não obstante os relativos ganhos de bem-estar, os resultados da intervenção ficam claramente aquém do que seria desejável, mantendo-se as pessoas encerradas em círculos de sofrimento e de dependência, tanto de fármacos

(com os seus efeitos iatrogénicos), como dos/as profissionais que os prescrevem. Em outras palavras, a despeito dos distintos propósitos e esforços da Equipa Y, a mesma não consegue uma plena ruptura com o modelo biomédico. A força deste modelo persiste, com efeito, sob várias formas que nos cumpre aprofundar – aprofundamento que se realiza já em seguida, em duas distintas alíneas.

a) Os limites à efetiva multidisciplinaridade e a escassez de respostas societais

Tal como referido anteriormente, em termos teóricos, a Equipa Y tem uma constituição multidisciplinar – envolvendo não apenas médicos/as psiquiatras e enfermeiros/as especializados em Psiquiatria, mas também duas técnicas de Serviço Social e uma Psicóloga. Na prática, porém, dada a dependência dos recursos humanos hospitalares e a ausência de autonomia para a gestão e mobilização desses mesmos recursos (assunto a que se aludiu atrás), o grosso do acompanhamento no Centro de Saúde acaba por se centrar na intervenção dos/as profissionais de Psiquiatria. Relembrando uma situação emblemática, durante os três meses em que o trabalho de campo foi desenvolvido, a Equipa esteve desprovida da Psicóloga que lhe está destinada, sendo que (segundo se apurou *à posteriori*) essa ausência veio a prolongar-se no tempo – ao longo de mais de um ano –, tendo-se mantido a lacuna ao nível da sua substituição.

Entre o conjunto de pessoas entrevistadas no âmbito do Centro de Saúde, não se assinala um único caso em que tenha havido acesso a consultas de Psicologia. Quando confrontadas com essa questão, a grande maioria das pessoas revelou, aliás, desconhecer a suposta integração de uma Psicóloga na Equipa.

Ainda que se reconheça o papel crucial das consultas de Psiquiatria e os inequívocos ganhos de bem-estar emocional decorrentes da relação interpessoal aí estabelecida, é de se notar que a maior parte dos testemunhos evidencia a insuficiência dessas mesmas consultas na capacidade de “ir ao fundo” (expressão vocalizada por uma das pessoas entrevistadas) de determinadas questões emocionais e psicológicas. É este um dado tanto mais significativo quanto se atenta ao fato de grande parte das pessoas entrevistadas evocar vivências traumáticas (ocorridas, em geral, durante a infância e adolescência) – frequentemente relacionadas com situações graves de violência e abusos, tanto físicos, quanto psicológicos – para explicar a origem remota das suas experiências de sofrimento mental. Da leitura das narrativas, percebe-se nitidamente como as memórias dessas situações permanecem bem ativas, reverberando nas vidas das pessoas sob a forma de fobias, ataques de pânico, ansiedades ou angústias profundas, das quais as consultas de Psiquiatria as não conseguem verdadeiramente resgatar. Não obstante o tipo de relação interpessoal impresso nessas consultas, o que as narrativas mostram é que as mesmas não dão conta de suprir aquelas que são necessidades específicas de intervenção psicoterapêutica, tradicionalmente diligenciadas pela área da Psicologia. Ilustrativamente, reproduz-se um excerto de entrevista, representativo de um conjunto amplo de depoimentos em que se reconhece essa necessidade.

– Ela [refere-se à médica psiquiatra] e os senhores enfermeiros [...] nunca têm pressa comigo [...]. Dão-me tempo para falar e tudo o mais [...]. Mas talvez fosse bom para mim desabafar mais [...].

– *O que é gostaria de desabafar e não desabafa...*

– Sinto um nó cá dentro [...]. Tudo o que tenho passado na vida, desde a infância [...]. Já lhe disse, foi uma vida muito dura e o suicídio da minha mãe, depois a morte do meu irmão, que era como um filho para mim, isso tudo ainda me arrasou mais ainda [...]. Deitou-me mesmo abaixo [...]. Nunca consegui superar [...]. Gagnei uma revolta muito grande à minha mãe por ela nos ter deixado daquela maneira e eu ficar com a responsabilidade dos meus irmãos mais novos, o pai que nos maltratava tanto, tão violento [...]. Ainda sinto um peso, uma mágoa, que não dá para explicar [...].

– *E com a Doutora H não desabafa sobre isso?*

– Não, sobre isso não. Falamos..., mas é mais sobre as coisas de agora, da vida de agora, aquilo que me preocupa, que me causa nervos. Os assuntos com os filhos, com o trabalho [...]. Sobre essas coisas mais antigas, não costumamos falar assim muito [...]. Eu também não me sinto à vontade porque vejo que há tantas pessoas para serem atendidas, na sala de espera [...].

– *Alguma vez teve consultas de psicologia para poder tratar esses assuntos de forma mais profunda... e com tempo?*

– Não, não. Mas gostava... acho que me ia fazer muito bem. [...]

– *Sente, então, de alguma forma que seria importante ter um acompanhamento psicológico especializado...*

– [...] Desde que ando aqui que melhorei muito, acertei com a medicação que me faz melhor, mas ainda continuo, de vez em quando, a ter ataques de pânico e ainda sinto muita ansiedade... Eu tenho pavor de ver uma carrinha funerária ou de ouvir os sinos a tocar [...]. Eu quando ouço os sinos a tocar já sei que morreu alguém, já não sei onde me enfiar [...]. Fico afrita, afrita [...]. E eu agora ainda me dão esses ataques [...] fico em pânico. Tenho de começar a correr ou a andar depressa... é a única forma de me aliviar [...]. Se eu ficar parada é uma aflição muito grande [...]. (Mulher, 52 anos)

Interpelada sobre esta mesma problemática, a coordenadora da Equipa Y reconhece o quanto a falta de recur-

sos, designadamente ao nível da Psicologia, compromete a capacidade de intervenção da Equipa, traduzindo-se, numa fonte de frustração para os/as vários/as profissionais operantes. Ao nível *micro*, da interação humana, a Equipa tem uma postura de acolhimento e abertura ao diálogo que lhe permite a identificação das necessidades singulares das pessoas. Essa identificação esbarra, porém, com dificuldades ao nível *meso*, relacionadas com a disponibilidade de recursos, que inviabilizam um posterior encaminhamento para outras possibilidades de resposta, que não aquelas que se situam, mormente, ao nível da medicalização psiquiátrica. A narrativa que a seguir se transcreve coloca, precisamente, em evidência a tensão permanente que a Equipa vive entre o desejo de evitar o excesso de *biomedicalização* e a sua quase inevitabilidade. Amplificando a reflexão daquilo que se passa no âmbito da Equipa Y para o cenário mais vasto dos Serviços de Saúde em Portugal, a Psiquiatra entrevistada fala da urgência de uma mudança de paradigma nos cuidados de Saúde Mental. Reconhecendo a natureza essencialmente psicossocial das problemáticas de sofrimento mental, ela chega mesmo ao ponto de defender um deslocamento do atual protagonismo da Psiquiatria. Esta disciplina deveria, no seu entender, ceder a linha da frente para a Psicologia, posicionando-se num lugar mais secundário ou de retaguarda.

– Nós tínhamos a psicóloga, mas está de licença e não foi substituída [...]. Um trabalho multidisciplinar e articulado com uma intervenção mais sistemática da psicologia para nós era fundamental [...]. Às vezes o que acontece é: não queremos muito psiquiatrizar e acaba por ser quase inevitável [...]. É importante evitar que se caia no excesso de psiquiatrização [...]. Ou seja, é importante incentivar que as pessoas com os seus recursos

internos e com as suas competências sejam capazes de superar as situações [...].

– *Mas essas competências internas ou essas ferramentas internas seriam mais facilmente adquiridas com um trabalho sistemático da Psicologia...?*

– Sim, sim. Quem deveria estar na linha da frente deveriam ser os psicólogos e os psiquiatras na retaguarda. Em Portugal, em termos da organização dos serviços, quem está na linha da frente são os médicos e os psicólogos têm um papel muito secundário. Na minha opinião, eles deveriam estar na linha da frente, fazendo as avaliações do que é da vida normal, do quotidiano, e referenciando aquilo que é mais específico para a psiquiatria. Será importante que as coisas leves a moderadas não se transformem em pesadas ou graves. Uma intervenção psicológica atempada permitirá isso... Por exemplo, nós temos uma sociedade que passou por uma crise, sem recursos, sem dinheiro para comer, com grandes ansiedades, com perdas de emprego, e depois dizem “ai meu Deus, coitado de Portugal que tem muito consumo de benzodiazepinas e antidepressivos [...]. Não se olha às causas psicossociais que estão por detrás das situações e que impelem a intervenções dessa natureza psicossocial. Quem trabalha em comunitária como nós, está muito atento a estes enviesamentos de raciocínios, certo? E, portanto, nesse sentido concordo que, sim senhora, que se faça a questão porque é que as pessoas consomem tantos medicamentos...? Há uma grande necessidade de mudança sob o ponto de vista de saúde pública. Se eventualmente uma sociedade que está em sofrimento, de facto, tem à mão o medicamento... é mais fácil para ele tomar o medicamento porque não há estratégias de intervenção psicossocial que o ajudem a reerguer-se. E, portanto, se os interventores dessem as ferramentas – não é dar o peixe, é dar a cana para pescar –, mas elas não existem, não é? Logo, o espaço é para o medicamento [...]. Isto implica toda uma mudança de paradigma... eu acho que as pessoas têm de se preocupar que os serviços locais de saúde, como os Centros de Saúde e equipas como a nossa tenham recursos humanos

adequados para a intervenção. E aí devia ser apenas um psiquiatra para dois ou três psicólogos. Devia ser esse rácio e não o contrário. Se fosse assim, eu só veria doença mental grave... ou situações dessas em conjunto com a psicóloga, em que o trabalho seria conjunto. Assim como faço consultas em conjunto com os enfermeiros, em termos de intervenção psicoterapêutica, faria com psicólogos [...]. (Profissional, Médica Psiquiatra, Coordenadora da Equipe Y)

O fato de tanto a Médica Psiquiatra como os/as profissionais de Enfermagem deterem formação específica em psicoterapias – e sendo essa uma competência definida, ao nível organizacional, como uma “competência partilhada”²⁰ – possibilita, segundo a mesma entrevistada, que se preencham algumas das lacunas ao nível da Psicologia. Polivalência, flexibilidade e capacidade adaptativa são, se-

20 A  lnea seis do “*Documento de Consenso para a Estrutura e Funções das Equipes de Saúde Mental Comunitária*” (CNSM, 2009) – sobre o qual já se falou em nota de rodapé anterior – d  conta dos consensos estabelecidos “sobre as competências próprias e partilhadas dos profissionais de Psiquiatria e Saúde Mental”. Esta  lnea estabelece o âmbito de intervenção de cada área profissional, definindo muito claramente competências comuns a todas as áreas (as designadas “competências partilhadas”) e os limites ou as fronteiras que delimitam as competências que pertencem a uma única área disciplinar (as designadas “competências próprias”). No âmbito da nossa pesquisa, essa distinção entre competências “próprias” e “partilhadas” é frequentemente evocada por parte dos vários elementos da Equipe Y, emergindo como um elemento normativo, efetivamente internalizado por todos. Após este breve enquadramento, regressemos ao assunto específico do corpo do texto que motivou a redação desta nota de rodapé: uma das competências definida como “partilhada” por todas as áreas respeita, precisamente, às “psicoterapias acreditadas por sociedades científicas” (CNSM, 2009, p. 9). Portanto, neste sentido, essa competência não cabe apenas   profissional de Psicologia, podendo ser também desempenhada por profissionais de outras áreas desde que detentores de formação devidamente certificada.

gundo se apreende da sua narrativa, elementos fundamentais, que, não permitindo evitar por completo, permitem, pelo menos, dirimir os efeitos de um modelo organizacional que, tenazmente, continua a impelir os/as profissionais para uma excessiva psiquiatrização do sofrimento mental.

– A única hipótese que nós temos é a de fazermos alguma intervenção psicoterapêutica nas próprias consultas de psiquiatria, sendo a prescrição o tempo mínimo da consulta. Quando faço sozinha ou acompanhada, o nosso foco não é na prescrição dos fármacos, é sobretudo focar em estratégias que sejam psicoterapêuticas, que a pessoa consiga manejar por si só [...]. Temos esse privilégio de ter formação credenciada em psicoterapias. E essa é uma competência partilhada, não é só da psicóloga. E, portanto, como não consigo manejá-las através dos recursos disponíveis, ou seja, através da organização de cuidados, as ferramentas que eu tenho coloco-as nas respetivas consultas.

– *Mas imagino que, de certa forma, acabe por não ser suficiente, não é? No sentido em que será difícil assegurar um acompanhamento mais aprofundado e sistemático, como acontece em consultas de Psicologia...*

– Quem se sente pior com isso sou eu. Porque eu fiz formação específica, organizada, e depois o que eu uso não é uma coisa estruturada. Entende? Eu não consigo ter uma consulta estruturada num modelo habitual: uma consulta disto, uma consulta daquilo, uma consulta daquele outro [...]. Na comunitária, não posso ter, não há recursos para encaminhar as pessoas... Eu tanto posso ter um luto prolongado, como posso ter uma esquizofrenia, como posso ter um jovem em sofrimento com um primeiro surto, como posso ter uma debilidade com diagnóstico duplo [...]. Eu tenho que ter é uma flexibilidade mental para, perante determinadas coisas, eu usar determinadas técnicas [...]. A diferença é que dentro do Hospital posso canalizar para outros profissionais. Na Comunitária, tenho que ser eu a fazer o modelo do luto, tenho que saber de luto, tenho que saber de psicoses,

tenho que saber de diagnóstico comum [...]. O que é comum nisto tudo é o sistêmico, que permite que eu tenha diferentes visões e integrá-las [...]. (Profissional, Médica Psiquiatra, Coordenadora da Equipe Y)

Outra carência flagrante, que igualmente compromete a capacidade de promoção de respostas ampliadas ao sofrimento mental, situa-se ao nível do Serviço Social. Caracterizando-se a área geodemográfica de atuação por uma conjuntura de grande vulnerabilidade social – problemáticas de desemprego, precariedade laboral, abandono escolar, alcoolismo, toxicodependência, isolamento social, conflitos familiares, violência doméstica etc. –, a presença de uma técnica de Serviço Social apenas uma vez por semana é tida como claramente insuficiente diante do largo espectro de necessidades identificadas. Não raras vezes, respostas de caráter social são adiadas em virtude da ausência dessa profissional. Cabendo determinado tipo de competências e decisões apenas a ela²¹, os demais membros da Equipe veem-se, por vezes, impossibilitados de responder adequadamente a determinadas situações. Uma forma de contornar esta limitação é a de a contactar telefonicamente e procurar resolver, quando possível, determinadas situações à distância.

A essa limitação acresce uma outra, ainda mais problemática, na medida em que se revela de mais difícil superação: a enorme carência de respostas e equipamentos sociais na própria comunidade. Identificados determinados tipos de necessidades – como necessidades de inserção habitacional (por exemplo, em residências apoiadas), inserção laboral/ocupacional, necessidades ao nível do desenvolvimento humano e de redes de sociabilidade, etc. –, a Equipe depara-se frequentemente com um enorme vazio

21 Cf. nota de rodapé anterior.

de respostas sociais, sentindo-se grandemente condicionada na capacidade de suporte e devido encaminhamento dos casos. Tratando-se de um território envelhecido, onde os equipamentos sociais mais comuns são os de suporte às pessoas idosas (Lares e Centros de Dia), é frequentemente nesse tipo de respostas sociais – não devidamente direcionadas e adequadas às problemáticas do foro mental – que a Equipa consegue enquadrar algumas das pessoas que acompanha (mesmo pessoas não idosas).

b) Projetos (de empoderamento) frustrados e a difícil promoção da autonomia

Ainda na linha da problemática dos recursos, os/as profissionais da Equipa Y apontam outros constrangimentos que inviabilizam a realização de atividades e projetos que poderiam igualmente contribuir para diminuir a dependência das pessoas relativamente aos fármacos, elevar os seus níveis de bem-estar, a capacidade de superação das suas experiências de sofrimento e os seus níveis de autonomia.

Pela voz da Enfermeira Z, são-nos dados a conhecer dois diferentes projetos que a Equipa Y procurou implementar no espaço do Centro de Saúde, os quais, apesar da enorme adesão e motivação que colheram entre os/as utentes do serviço, acabaram por ser suspensos dada a ausência de condições diversas para a sua continuidade.

A entrevistada narra, por um lado, como a Equipa chegou a promover sessões de práticas de relaxamento e técnicas de respiração a grupos de utentes. Dadas as carências ao nível da disponibilidade de tempo, por parte dos/as profissionais, essas sessões aconteciam apenas uma vez por mês. O objetivo era, essencialmente, o de dotar

as pessoas de uma maior autonomia face aos fármacos, levando-as a adquirirem ferramentas internas, simples e naturais, para a gestão dos níveis de ansiedade no seu dia a dia. A manifestação de interesse a adesão a estas sessões era, segundo refere, bastante elevada, ao ponto de pessoas residentes em localidades relativamente distantes se deslocarem ao Centro de Saúde com esse propósito específico. Ainda que sem as condições logísticas ideais, a realização dessas sessões era possível dada a disponibilidade temporária de uma sala por parte da administração do Centro de Saúde. Por questões organizacionais, internas àquela unidade de cuidados primários, a cedência dessa sala deixou de acontecer, tendo a Equipa deixado de ter condições logísticas para a realização das sessões. Ora, desta situação, apreende-se o quanto a privação de um espaço físico próprio e a dependência, a esse nível, das contingências (ou vontades) de uma outra organização (no caso, um Centro de Saúde), pode vulnerabilizar uma equipa comunitária, subtraindo-lhe possibilidades diferenciadas (e contra-hegemônicas) de intervenção.

– Há algum tempo, consegui fazer umas sessões de relaxamento aqui, mas neste momento não temos condições. Não temos condições em termos de tempo e não temos condições em termos de espaço. Portanto, não vamos fazer relaxamento num sítio qualquer, sem condições nenhuma, porque, pronto, o relaxamento, apesar de ser uma técnica muito simples e de custos muito baixos, porque é das técnicas mais simples e que em termos de custos, praticamente não tem, mas são fundamentais o espaço e o ambiente. Precisamos de uma sala com uma temperatura adequada, precisamos de uns colchões ou cadeirões [...].

– *E não conseguiram esses recursos aqui através do próprio Centro de Saúde?*

– Inicialmente, nós conseguíamos fazer assim ao fim da tarde ali numa parte detrás, onde era a sala de reabilitação. Apesar de não ter as condições ideais, mas pronto, era um sítio mais ou menos resguardado em termos de barulhos [...]. Havia lá umas esteiras que dava porque os grupos também são reduzidos, esse também é um critério, não é? E as coisas até foram funcionando. Depois, entretanto, deixámos de ter esse espaço, que neste momento funciona como uma arrecadação, e também em termos de espaço, uma ou outra vez fiz aí umas técnicas de relaxamento muito rudimentares em crises de ansiedade assim urgentes, mas ali na maca, sem condições [...]. Era um entre e sai... barulho [...].

– *E quando foi possível, como correu?*

– As pessoas aderiam bastante e perguntavam-me quando é que ia haver de novo e vinham... Pessoas de longe, vinham às sessões, sem terem consulta. Vinham de propósito ao relaxamento. E ficava marcado. Era só uma vez por mês [...]. Pronto, era quase, como eu dizia, aos grupos e é verdade, o objetivo era capacitar as pessoas de ferramentas para aprenderem a relaxar. O meu objetivo era apenas pedagógico [...] era dotar as pessoas de ferramentas para lidar com a ansiedade de forma mais natural.

– *O que lhe permitiria ter mais autonomia face aos medicamentos...*

– Exatamente. Era isso mesmo (Profissional, Enfermeira da Equipa Y).

A outra situação narrada é também ilustrativa da intenção da Equipa Y em ir além da intervenção estritamente biomédica. Procurando otimizar o período em que as pessoas aguardavam a consulta na sala de espera, a Equipa promovia sessões abertas de literacia para a saúde, cujo objetivo era, essencialmente, o de dotar as pessoas de informações e conhecimentos que lhes possibilitassem manejar com mais facilidade e de forma mais autônoma as suas experiências de sofrimento. De modo surpreendente, essas sessões estavam a ir além do objetivo inicial, revelando-se verdadeiros

espaços de interação e partilha não apenas entre profissionais e utentes, mas também entre os/as próprios/as utentes e seus familiares ali presentes. Manifestando-se ávidas de partilhar as suas histórias, experiências e sentimentos, as pessoas como que reconheciam naquelas sessões espaços privilegiados de reciprocidade, ajuda e interdependência entre pares. Em outras palavras, ainda que de forma não planejada, como que se estavam ali a desenhar os contornos do que se designa por Grupos de Ajuda-Mútua; grupos que se caracterizam por uma “dupla e indissociável dinâmica entre singularização e construção do coletivo” (COSTA, 2017, p. 162), essenciais ao pleno exercício de uma cidadania no cuidado (PINHEIRO et Al., 2011).

Acontece que, mais uma vez, a continuidade destas sessões se tornou inviável por condicionamentos ao nível dos recursos. Desta feita, a entrevistada refere a ausência de disponibilidade de tempo dos/as profissionais para dar prosseguimento a essas sessões. Em face do volume muito elevado de atividades e intervenções terapêuticas que a Equipa tem a cargo, o número de profissionais que a integra é muito reduzido. Uma atividade em particular, as visitas ao domicílio (uma das componentes mais importantes da intervenção comunitária), é muito exigente em termos de disponibilidade, consumindo a maior parte do tempo da intervenção diária. Não obstante a elevada adesão e manifestação de interesse dos/as utentes em participar nessas sessões, a sua continuidade tornou-se, pois, impossível.

– E chegámos a fazer também outro tipo de sessões, como sessões de educação para a saúde com temas específicos, nomeadamente sobre a depressão... sobre estilos de vida saudáveis, formas de lidar com situações estressantes, sem ser com os fármacos [...]. Como temos

muitas pessoas com depressão [...]. Fazíamos isso aqui nesta sala [pequena sala afeta às consultas de psicologia] ou na biblioteca. E interessante, que era aberto [...]. O que é que nós fazíamos? As pessoas estavam na sala de espera, à espera da consulta e nós o que fazíamos era durante esse tempo em vez de estarem ali apenas à espera vinham à sessão, depois quando chegava a hora da consulta, saíam normalmente, não perdiam a vez. E era engraçado, porque começaram a vir [...]. Era extremamente curioso, eram muito... muito participativos. Punham questões, falavam das suas experiências pessoas, daquilo que sentiam, das suas histórias de vida, partilhavam uns com os outros sobre como tinham aprendido a lidar com algumas situações [...]. Estava a criar-se um grupo de apoio [...].

– *Um Grupo de Ajuda Mútua...?*

– Isso mesmo... de ajuda mútua [...]. Foi muito, muito interessante.

– *Quando diz foi, o que isso significa? Já não fazem essas sessões...?*

– Não conseguimos ter tempo... A questão aqui é que temos cinco concelhos, em termos de área geográfica é muito dispersa [...]. Num dia, às vezes ao nível das visitas ao domicílio, as distâncias são tão grandes que não podemos rentabilizar muito mais do que aquilo que fazemos. Depois, o tempo acaba por não dar para estas atividades que também são importantes. O tempo que gastamos nos domicílios, que é essencial para estas pessoas, acaba por consumir todo o nosso tempo [...]. (Profissional, Enfermeira da Equipa Y).

Finalmente, é de sublinhar que, pela falta de recursos, há mesmo projetos que não chegam a “sair da gaveta”. Em face de um contexto social altamente desprovido de equipamentos e respostas sociais dirigidos a pessoas com diagnósticos de doenças mentais graves, a Enfermeira Z lamenta a carência de condições – sobretudo ao nível de recursos humanos – para a dinamização de atividades lúdi-

cas e de sociabilidade, que muito poderiam contribuir para elevar os níveis de bem-estar dessas pessoas e de as resgatar do isolamento social em que se encontram.

– Portanto, as carências ao nível dos recursos humanos acabam por constringer bastante a vossa capacidade de intervenção, de estenderem as vossas atividades...

– Sim. Carências ao nível dos recursos humanos e materiais, logísticos. Precisávamos de mais psicólogos... até terapeutas de... animadores sociais que pudessem fazer outro tipo de atividades, por exemplo, grupos de promoção de equilíbrio, em que as pessoas partilhassem atividades, convivessem umas com as outras, em que pudessem, por exemplo, fazer coisas simples como caminhadas na natureza e ou outro tipo de coisas sobre estilos de vida saudável, coisas fundamentais para o bem-estar das pessoas, para as fazer sair do isolamento social [...]. Neste momento, tudo isto, com apenas três enfermeiros, dois de cada vez [...]. Nunca somos os três ao mesmo tempo [...]. A técnica de serviço social vem apenas uma vez por semana. Portanto, acaba por estar tudo condensado em nós, enfermeiros e psiquiatra, e é claro que não conseguimos dar resposta, não conseguimos promover essas atividades. [...] Somos muito poucos para tantas... tantas necessidades [...]. (Profissional, Enfermeira da Equipa Y).

Considerações finais

Em sucessivos documentos oficiais (CNRSSM, 2007; CNSM, 2009; CTARSM, 2017), a constituição de ESMC é apresentada como pilar fundamental da desinstitucionalização em Portugal, figurando como medida auspiciosa que, se devidamente implementada, transporta grandes possibilidades de ruptura com o paradigma de cuidados dominante, fortemente biomédico e centrado nos serviços hospitalares (HESPANHA et Al., 2012; NOGUEIRA, 2013; CTAR-

SM, 2017). Da análise da implementação dessa proposta o que sobressai, no entanto, é uma enorme descoincidência entre a teoria e a prática. Com efeito, volvida mais de uma década desde o lançamento do último *Plano de Ação* (CNR-SSM, 2007) – onde a constituição das ESMC emerge como medida prioritária –, essa implementação é ainda muito escassa, estando longe de responder às vastas necessidades registadas em todo o país.

O presente capítulo objetivou a apresentação de alguns dos resultados de uma pesquisa qualitativa/etnográfica realizada, precisamente, a uma das raras ESMC a operar no Serviço Nacional de Saúde português. Em face de um contexto de Política de Saúde Mental marcado por reiteradas inércias, inúmeras fragilidades e profundas lacunas, propusemo-nos analisar as reais condições de implementação dessa ESMC – aqui denominada por Equipa Y –, buscando compreender em que medida ela consegue romper com o modelo hegemônico, de tónus reducionista, aproximando-se, em alternativa, de um modelo pautado pelo ideal ético-político da *integralidade* (CAMARGO, 2007; PINHEIRO e MATTOS, 2007; PINHEIRO e MATTOS, 2009; PINHEIRO et Al., 2011).

Da análise empreendida sobressai muito claramente o quanto uma forte herança hospitalar/biomédica pesa no funcionamento da Equipa Y, condicionando a sua capacidade de resposta e as suas potencialidades de intervenção. Muito embora as orientações teóricas vertidas em vários documentos oficiais (CNRSSM, 2007; CNSM, 2009; CTARSM, 2017) defendam a autonomia funcional das ESMC, na prática, não têm sido criadas as condições político-legais e financeiras para a efetivação dessa autonomia. O modo como a Equipa Y se constituiu – com uma forte

ancoragem ao sistema hospitalar – é bem um reflexo desse desvio ao plano inicial.

Como se viu, a Equipa Y foi criada sob a égide de um Centro Hospitalar, ficando sob a sua dependência tanto ao nível financeiro, como ao nível da gestão de recursos humanos. Contrariamente ao que havia sido preconizado (CNSM, 2009, p. 6), os/as profissionais da Equipa Y não a integram em regime de exclusividade ou a ela se dedicam a maior parte do tempo. Contratualmente vinculados ao Centro Hospitalar, os/as profissionais têm, na verdade, de repartir o seu tempo entre a Equipa Y e esse Centro, o que impõe grandes limites tanto ao nível da capacidade de resposta (está-se perante um número muito reduzido de profissionais em relação às amplas necessidades identificadas na comunidade), como ao nível do suposto carácter multidisciplinar da Equipa. A maior parte da intervenção é realizada apenas por profissionais de Psiquiatria (Médica Psiquiatra e Enfermeiros/as especializados/as nesta mesma disciplina), sendo o acompanhamento de outras áreas disciplinares pouco frequente (como é o caso do Serviço Social), raro (como é o caso da Psicologia) ou até mesmo inexistente (como é o caso da Terapia Ocupacional, da Psicopedagogia e da Psicomotricidade, áreas que, sendo igualmente previstas, nunca marcaram presença na Equipa Y).

Ainda relacionada com a ausência de autonomia, outra problemática com a qual a Equipa se confronta é a falta de um espaço próprio para o desenvolvimento das suas atividades e projetos. Desprovida de condições financeiras que lhe permitam deter o seu próprio espaço, a Equipa Y encontra-se sediada em instalações que pertencem a um Centro de Saúde. Não se traduzindo essa proximidade física numa efetiva articulação e integração nesse contexto

– pela lógica organizacional separatista e dualista que rege a relação entre ambos os serviços (Equipa Y e Centro de Saúde) –, a dependência logística face ao mesmo não é, como se viu, favorecedora do pleno desenvolvimento das atividades da Equipa. A título de exemplo, lembre-se o caso ocorrido com as práticas de relaxamento: as práticas tiveram de ser interrompidas pela súbita necessidade de reapropriação da sala (onde as mesmas eram desenvolvidas) por parte do Centro de Saúde.

A todas estas limitações de ordem interna, decorrentes de dinâmicas organizacionais baseadas em lógicas de sujeição e dependência, a Equipa Y vê acrescer um outro tipo de constrangimento: a enorme carência de respostas e equipamentos sociais na sua área sociogeográfica de atuação. Tratando-se de um território caracterizado por um acentuado envelhecimento da população e por grandes carências socioeconómicas, os equipamentos sociais mais comuns são os que se dirigem a pessoas idosas (lares e centros de dia), rareando as respostas sociais especificamente desenhadas e dirigidas à Saúde Mental. Frequentemente, perante problemáticas sociais graves (como situações de isolamento social, abandono familiar ou carências socioeconómicas), as únicas possibilidades que os/as profissionais da Equipa Y vislumbram é a de encaminharem os respetivos casos para respostas sociais dirigidas a pessoas idosas.

Temos, portanto, por um lado, um conjunto de constrangimentos inerentes ao modo de funcionamento da própria Equipa Y, relacionados com as lógicas de constituição e organização que sustentam a sua existência; por outro lado, constrangimentos de carácter externo, relacionados com a carência de respostas sociais na própria comunidade – problemática que traduz, de forma mais lata,

o escasso investimento público do Estado português no campo da Saúde Mental. Como se viu, ambos os tipos de constrangimento condicionam fortemente a capacidade de intervenção dos/as profissionais da Equipa Y, constituindo-se como forças contrárias ao pleno desenvolvimento dos ideais e propósitos de cuidado de que os/as mesmos/as se encontram imbuídos/as.

De fato, um elemento-chave, claramente diferenciador do modo de cuidar da Equipa Y, é a partilha, pelos seus vários elementos, de um notório espírito de missão e compromisso com o (autêntico) cuidado na comunidade – refletido em formas de interação assentes em acolhimento, escuta, diálogo, estabelecimento de vínculos de afetividade e de confiança. Quando tanto se fala sobre a “falta de humanização” nos cuidados de saúde – ao ponto de o Ministério da Saúde Português ter criado, em 2019, um “Grupo de Trabalho para a Humanização Hospitalar” e ter incentivado as instituições hospitalares do SNS a subscreverem um documento designado *Compromisso para a Humanização*²² –, este é um dado significativamente distinto, que não apenas prende a nossa atenção, como nos leva a perspectivar um horizonte mais amplo de esperança e possibilidades de transformação nas interações humanas que se estabelecem no campo da saúde.

Não obstante a enorme relevância dessa dimensão intersubjetiva de cuidado – efetivamente reconhecida e valorizada pelos/as protagonistas das experiências –, a análise mostra-nos como ela, por si só, não basta para suprir as

22 Este movimento foi inaugurado em setembro de 2019, sob a tutela da Ministra da Saúde Marta Temido. Mais informações disponíveis através do link: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/04/compromisso-para-a-humanizacao-hospitalar/>.

enormes lacunas e debilidades que se verificam ao nível dos recursos organizacionais. Ao nível da interação humana (nível *micro*) é notória a forma como a Equipa Y se rege por uma visão de tónus *integral*, estando longe de encarar a intervenção comunitária como um simples “penso para uma ferida” (PERDIGÃO, 2003, p. 491). No entanto, ao nível dos meios e recursos organizacionais (nível *meso*), disponíveis para a sua intervenção, o que se percebe é a persistência de um modelo reducionista, mormente direcionado para responder a sintomas (não a causas) compreendidos por uma única disciplina, a psiquiatria. Em outras palavras, ao privilegiar um modo de cuidar de efetiva proximidade (de autêntico cuidado), a Equipa Y consegue, em grande medida, identificar as necessidades amplas e singulares das pessoas que a ela recorrem; todavia, dada a escassez ou até completa ausência de determinado tipo de recursos, não dispõe das necessárias condições para responder de forma plena a essas mesmas necessidades.

Em síntese, muito embora se tenha dado um importante passo ao nível do deslocamento de cuidados – com uma passagem do contexto hospital para o contexto da comunidade –, o que a pesquisa nos mostra é a prevalência de um modelo organizacional eminentemente biomédico, de herança hospitalar, que tenazmente continua a impelir os/as profissionais para a biomedicalização do sofrimento mental.

Referências

ALVES, F. **A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental.** Porto: Afrontamento, 2011.

ALVES, J. **Cuidar e ser cuidado: uma análise do cuidado quotidiano, permanente e de longa duração.** [Tese de Doutoramento]. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2017.

BACHRACH, L. **Deinstitutionalization: An analytical review and sociological review.** Rockville M.D: National Institute of Mental Health, 1976.

BALINT, M. **O médico, o seu doente e a doença.** Lisboa: Climepsi, 1998.

CALDAS DE ALMEIDA, J. M. **A saúde mental dos portugueses.** Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018.

CAMARGO, K. R. JR. “Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade”. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Eds.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, 2007. Pp. 37-46.

CERQUEIRA, M. **Serviço médico na periferia (1975-1982): Portugal desenvolvimento através da prestação de cuidados de saúde?** [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: ISCTE, 2009.

CNRSSM - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. **Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016.** Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2007.

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental. **Documento de consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária**. 2009. Disponível em <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2009/01/consenso-equipas-saude-mental.pdf>.

COSTA, D. N. **O touro que nos puseram na arena. Ou: o desdobrar das fronteiras nos interstícios da palavra. Gaguetz, ciência e Comunidades de Responsabilidades**. [Tese de Doutoramento]. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2017.

CRUZ, A. Pode a testemunha modesta falar. A biomedicina em trânsito paradigmático. **Physis**, v. 21, n. 4, pp. 1331-1354, 2011.

CTARSM – Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. **Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2017.

FONTES, B.; PORTUGAL, S. A análise das redes sociais: o caso da saúde mental. In: ALVES, F. (Ed.). **Saúde, Medicina e Sociedade. Uma visão sociológica**. Lisboa: Pactor, 2013. Pp. 179-200.

GOFFMAN, E. **Asiles: Études sur la condition sociale des malades mentaux**. Paris: Éditions Minituit, 1968.

HESPANHA, P.; PORTUGAL, S.; NOGUEIRA, C.; PEIREIRA J. M.; HESPANHA, M. J. **Doença mental, instituições e famílias. Os desafios da desinstitucionalização em Portugal**. Coimbra: Almedina, 2012.

LAMB, R.; BACHRACH, L. Some Perspectives on Deinstitutionalization. **Psychiatric Services**, v. 52, n. 8, pp. 1039-1043, 2001.

LEFF, J.; WARNER, R. **Inclusão social de pessoas com doenças mentais**. Coimbra: Almedina, 2008

MF e MS – Ministério das Finanças e Ministério da Saúde. Despacho n. 195/2020, 7 de Outubro, que autoriza o “recrutamento [...] de até 30 profissionais para as equipas comunitárias de saúde mental para a população adulta [...]”, **Diário da República**, n. 9655/2020, Série II, de 7 de Outubro. 2020. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/144715660/details/maximized>.

MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. Care: putting practice into theory”. In: MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. (Eds.). **Care in practice. On tinkering in clinics, homes and farms**. Bielefeld: Transcript-verlag, 2010. Pp. 7-25.

MS - Ministério da Saúde. Despacho n. 2753/2020, de 28 de Fevereiro, que aprova “criação de projeto-piloto de saúde mental por administração regional de saúde, incluindo cada projeto-piloto uma equipa comunitária de saúde mental [...]”, **Diário da República**, n. 2753/2020, Série II, de 28 de Fevereiro. 2020. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/129678862/details/normal?l=1>.

NOGUEIRA, C. Do poder desmistificador da narrativa biográfica: O empreendedorismo feminino para lá da retórica. **Revista Livre de Sustentabilidade e Empreendedorismo**, n. 4 (Edição Especial), pp. 5–37, 2019.

NOGUEIRA, C. Um olhar sociológico sobre o privilégio epistémico da biomedicina: desconstruindo a metanarrativa. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 4, pp. 1019-32, 2018.

NOGUEIRA, C. Doença mental e Itinerários terapêuticos: uma visão a partir da institucionalização hospitalar”. In: ALVES, F. (Ed.). **Saúde, Medicina e Sociedade. Uma visão sociológica**. Lisboa: Pactor. 2013. Pp. 203-218.

NOGUEIRA, C. Doença psiquiátrica e Itinerários terapêuticos - contributos para uma reflexão sobre a reconfiguração dos cuidados formais de saúde mental”. In: **Atas do VII Congresso Português de Sociologia**. Porto: FLUP, 2012. Pp. 3-14.

NOGUEIRA, C.; PORTUGAL, S. As associações de apoio a pessoas com doença mental e o seu papel na desinstitucionalização psiquiátrica: contornos de uma história recente. In: PEREIRA, A. L.; PITA, R. J. (Eds.). **Atas I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental**. Coimbra: CEIS20, 2010. Pp. 31-35.

PERDIGÃO, A. A Ética do cuidado na intervenção comunitária e social: os pressupostos filosóficos. **Análise Psicológica**, v. 21, n. 4, pp. 485-97, 2012.

PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R.; GUIZARDI, F. Cidadania no cuidado: um ensaio sobre os caminhos de se (re)pensar a integralidade nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”. In: BARRETO, A. F. (Ed.). **Integralidade e Saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado**. Recife: Editora da UFPE, 2011. Pp. 75-94.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Eds.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2007

POLS, J. **Good care. Enacting a complex ideal in long-term psychiatry**. Utrech: Trimbos Instituut, 2004.

PORTUGAL, S.; NOGUEIRA, C.; HESPANHA, P. As teias que a doença tece: a análise das redes sociais no cui-

dado da doença mental. **Revista Dados**, v. 57, n. 4, pp. 935-968, 2014.

PORTUGAL, S.; NOGUEIRA, C. Se não o hospital, então onde? Respostas societais para a desinstitucionalização da doença mental. In FONTES, B.; FONTE E. (Eds.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora da UFPE, 2010. Pp. 223-253.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 78, pp. 3-46, 2007.

SIEGEL, B. S. **Amor, Medicina e Milagres**. Lisboa: Sinais de Fogo, 1998.

TEIXEIRA, M. Z. Bases psiconeurofisiológicas do fenómeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 1, pp. 13-18, 2009.

THORNICROFT, G; TANSELLA, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 3, n. 1, pp. 9-25, 2008.

