



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

JARLAN MIRANDA DOS SANTOS

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERSCRUTANDO DINÂMICAS SOCIOCULTURAIS EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS RELAÇÕES COM AS PRÁTICAS DE SAÚDE
MENTAL**

SALVADOR, 2016.

JARLAN MIRANDA DOS SANTOS

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERSCRUTANDO DINÂMICAS SOCIOCULTURAIS EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS RELAÇÕES COM AS PRÁTICAS DE SAÚDE
MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva – Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté

SALVADOR, 2016.

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S237s Santos, Jarlan Miranda dos.

Saúde Mental na Atenção Básica: perscrutando dinâmicas socioculturais em uma Unidade de Saúde da Família e suas relações com as práticas de Saúde Mental / Jarlan Miranda dos Santos.-- Salvador: J.M.Santos, 2016.

135 f.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Oliveira N. de Torrenté.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2. Sofrimento Psíquico. 3. Saúde Mental. 4. Atenção Básica. Saúde da Família. 5. Apoio Matricial. I. Título.

CDU 616.89



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Jarlan Miranda dos Santos

Saúde mental na atenção básica: perscrutando dinâmicas socioculturais em uma unidade de saúde da família e suas relações com as práticas de saúde mental.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 25 de julho de 2016.

Banca Examinadora:

Profa. Mônica Oliveira Nunes de Torrenté – Orientadora
Instituto de Saúde Coletiva – UFBA

Profa. Nina Isabel Soalheiro dos Santos Prata
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Monique Azevedo Esperidião
Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

Profa. Vânia Sampaio Alves
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Salvador
2016

AGRADECIMENTOS

Nossos esforços desafiam as impossibilidades, de modo que as grandes coisas são conquistadas ao desafiar o que parece impossível. Neste árduo e desafiador caminho do curso de mestrado tive a oportunidade de problematizar realidades, (des)construir compreensões, participar e mobilizar a favor do direito à saúde... momentos de intenso aprendizado e de grande crescimento pessoal e profissional. Trajetória que jamais teria sido iniciada e, muito menos, concluída sozinho. Muitas foram as pessoas que ao meu lado estiveram nesta caminhada e, nesta oportunidade, estendo todo meu afeto e gratidão...

À minha família, importante rede de solidariedade, proteção e suporte afetivo;

À mainha e painho, “Dona Lene” e “Zé de Jarde”, por serem meus exemplos de força, honestidade e simplicidade e por estarem sempre ao meu lado;

Aos meus irmãos, Jocias e Joscimara, pelo apoio e companheirismo em todos os momentos;

À querida Raquel Fontes, pelo carinho e por compartilhar esse sonho comigo;

Às minhas mães do coração, Rita Leite e Suely Aires, pelos ensinamentos, incentivos, disponibilidade... pelos momentos compartilhados e abraços afetuosos;

À minha tia do coração, Vânia Sampaio, pela disponibilidade e apoio em minha trajetória de formação profissional;

Aos amigos e companheiros de viagem, que caminharam juntos e dividiram comigo muitas lutas, angústias e conquistas;

Ao grande irmão Uellington Fonseca, por compartilhar os primeiros momentos de militância e de estudos, durante nossa precária e desafiadora trajetória como alunos da escola pública;

À Caliandra Pinheiro, pelos momentos compartilhados e construções conjuntas do conhecimento, mas, principalmente, pela disponibilidade e cuidado durante um problema de saúde no período do mestrado;

À Jamili Santos, Diana Ruiz e Cíntia Guedes, amigadas que tive a oportunidade de cultivar no mestrado, agradeço pelas experiências, angústias, dúvidas e expectativas compartilhadas;

Aos muitos amigos que foram se acumulando ou se desencontrando na caminhada da vida, pelos momentos compartilhados e pelo aprendizado neste trajeto;

Àqueles que compartilharam os momentos de produção e de construções reflexivas;

À querida Mônica Nunes, que, com sua delicadeza, compromisso ético-político e muita sabedoria, orientou-me neste caminho. Ao conduzir-me não só na produção do conhecimento, mas, sobretudo, na luta a favor do direito à saúde e do direito a ser cuidado em espaço de liberdade;

À professora Evenice Chaves, pelas experiências e ensinamentos na graduação, especialmente, com as reflexões críticas e posicionamento social comprometidas;

A Roberval Passos, pelos ensinamentos e por ajudar-me a construir os primeiros passos na direção da vida acadêmica;

Aos professores Jairnilson Paim e Carmem Teixeira, pelas lições e, principalmente, pela história de luta no campo da saúde coletiva;

Às professoras da banca, Vânia Sampaio, Monique Esperidião e Nina Soalheiro, pela disponibilidade e importantes contribuições ao desenvolvimento deste trabalho;

Aos companheiros do NISAM, pela enriquecedora experiência de construção conjunta do conhecimento, na militância e nos momentos de descontração;

Aos colegas da pós-graduação, pelos muitos momentos de experiências e conhecimentos compartilhados;

Aos companheiros do CEBES e do Mobiliza-RAPS, pelos ensinamentos na militância e pela incessante luta a favor do direito à saúde e de uma sociedade democrática e justa;

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ISC/UFBA), pela formação profissional de qualidade e pelo compromisso com a realidade sócio-sanitária de nosso país;

Ao CNPQ, que, com seu apoio financeiro, possibilitou a dedicação exclusiva na construção deste trabalho;

E por fim, aos profissionais e usuários da USF Santa Mônica, pelo acolhimento e disponibilidade, ao me permitirem fazer parte desta construção, compartilhando suas práticas, conhecimentos e experiências de vida.

Nós não fomos capazes de responder a todos os nossos problemas, na verdade, não respondemos completamente a nenhum deles. As respostas que obtivemos serviram apenas para levantar um novo conjunto de questões. De alguma forma, nos sentimos tão confusos quanto antes, mas pensamos que estamos confusos em nível muito mais elevado e sobre coisas mais importantes. **(Karl Popper)**

RESUMO

O avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira aponta para uma crescente territorialização da rede de serviços substitutivos. Nesse contexto, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica assume relevância para a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial. No cenário nacional, este processo é marcado por importantes iniciativas, contudo, atravessado por grandes dificuldades e desafios a serem superados, especialmente, no que tange à consolidação destas ações na atenção básica. Diante dessa realidade, este trabalho tem como objetivo analisar as relações e dinâmicas socioculturais existentes na atenção básica relacionadas à compreensão do sofrimento psíquico de grupos sociais inscritos em um território e à realização das práticas de saúde mental neste nível de atenção. Utilizou-se como metodologia a etnografia, com a realização da observação participante no cotidiano do trabalho em saúde, entrevistas narrativas com os usuários e grupos focais com os profissionais do serviço. A partir de uma compreensão da antropologia interpretativa, a análise consistiu em reconstituir os fios da teia de significados tecidos e enredados nas trajetórias dos sujeitos, expressos nas narrativas produzidas e/ou nas práticas concretas. Os aspectos analisados sinalizaram níveis diferenciados de apropriação das noções teóricas e técnicas no âmbito da saúde mental, assim como diferenças na vinculação e implicação na realização do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico entre as três categorias profissionais: com formação superior, com curso médio/técnico e agentes comunitários de saúde. Entretanto, no conjunto, as práticas realizadas pela equipe sinalizaram mudanças importantes no processo de cuidado direcionado para a integralidade e ampliação do acesso à saúde e, por conseguinte, mudanças na qualidade de vida dos usuários, especificamente, de uma usuária acompanhada de forma mais aprofundada na pesquisa. Por fim, destacamos ainda mais a importância da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, ao reafirmar a centralidade da constituição de dispositivos de base territorial neste campo, necessários para superar a assistência manicomial e a iatrogenia gerada por esse modelo. Neste sentido, a atenção básica estaria construindo um novo tipo de relação com a saúde mental, ao passo que estaria aumentando sua capacidade de resolução dos problemas de saúde e ampliando seu potencial para produzir mudanças.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sofrimento Psíquico. Saúde mental na Atenção Básica.

ABSTRACT

The advance of the Brazilian Psychiatric Reform implies a growing territorialization of the network of substitutive services. In this context, the inclusion of mental health interventions in primary care is especially relevant for the expansion of the Psychosocial Care Network. On the national scene, this process is characterized by important initiatives, even when confronted to great difficulties and challenges, especially as far as the consolidation of these actions in primary care is concerned. Given this reality, the present study aims to analyze the relationships and socio-cultural dynamics existing in primary care related to the understanding of psychic suffering in social groups inserted within a territory and the realization of mental health practices at this level of care. Ethnographic methodology was used, including the realization of participant observation of everyday health work, narrative interviews with users and focus groups with workers of a health unit. From the perspective of interpretive anthropology, the analysis consisted in identifying the structures of meaning within social discourse, while also seeking to reconstruct the threads of the web of meanings enmeshed in the trajectories of the subjects, as expressed in the narratives produced and/or in concrete practices. The aspects analyzed evidenced different levels of appropriation of theoretical and technical notions in the context of mental health care, as well as differences in adhesion and involvement in the realization of care of people with psychic suffering among three professional categories: college-educated; with high school / technical formation; and community health workers. However, overall, the practices carried out by the team meant important changes in the care process, in the direction of increased integration and expanding access to health and, consequently, changes in the quality of life of users, as evidenced by the case of a user more closely accompanied during fieldwork. Finally, we emphasize the importance of the inclusion of mental health actions in primary care, stating once more the centrality of the establishment of territory-based services in this field, necessary to overcome the iatrogenic asylum model of care. Thus, primary care would build a new kind of relationship with mental health, simultaneously increasing its resolution capacity of health problems and enhancing its potential to produce change.

Keywords: Brazilian Psychiatric Reform. Psychic suffering. Mental Health in Primary Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. INICIANDO O DEBATE E SUSTENTANDO UMA PROPOSTA	14
2.1. Entendendo a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Básica	20
2.2. Saúde Mental na Atenção Básica: diálogos necessários para um cuidado na perspectiva da integralidade	25
2.3. Reflexões acerca de uma prática culturalmente sensível	35
<i>2.3.1. Concepções de Cultura</i>	<i>37</i>
<i>2.3.2. Saúde, doença e cuidado: construções socioculturais</i>	<i>41</i>
3. OBJETIVO	46
3.1. Geral	46
3.2. Específicos	46
4. CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO	47
4.1. Contexto da pesquisa	49
4.2. Pesquisa atual: campo de estudo e participantes	51
4.3. Maneiras de fazer e modos de proceder	53
<i>4.3.1. Maneiras de fazer: observação participante</i>	<i>53</i>
<i>4.3.2. Maneiras de fazer: Grupo Focal</i>	<i>54</i>
<i>4.3.3. Maneiras de fazer: Entrevista Narrativa em Profundidade</i>	<i>57</i>

4.4. Referencial de Análise	59
4.4.1. <i>Categorias de análise</i>	61
4.5. Considerações Éticas	61
5. SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA USF SANTA MÔNICA..	63
5.1. Santa Mônica: Um território da Liberdade em meio aos muros da exclusão	63
5.2. Concepções e práticas de saúde mental na USF Santa Mônica: maneiras de fazer dos profissionais de nível médio e técnico	68
5.3. Concepções e práticas de saúde mental na USF Santa Mônica: maneiras de fazer dos profissionais de nível superior	79
5.4. Concepções e práticas de saúde mental na USF Santa Mônica: maneiras de fazer dos agentes comunitários de saúde	90
5.5. (Des)caminhos e caminhos da loucura: análise de uma trajetória de cuidado matriciado	101
5.5.1. <i>A Unidade de Saúde da Família, um pit-stop</i>	107
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
8. APÊNDICE	130

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho nasce da ação de questionar e refletir acerca da realidade social, especialmente, de refletir sobre o cotidiano das práticas em saúde, no que diz respeito às dinâmicas e relações que daí se desenvolvem, dos processos sociais que se realizam e das experiências de vida que, por esse intermédio, são construídas. Adota como objetos de análise os significados socialmente construídos e as experiências concretas no âmbito das práticas de cuidado em saúde. Nasce com o desafio de construir diálogos entre as construções teóricas e as práticas concretas, na medida em que se direciona para o campo da saúde coletiva, para o cuidado em saúde mental e para o contexto da atenção básica.

Com o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira ampliaram-se as discussões sobre a importância das práticas de cuidado em saúde mental no território e, de modo específico, no âmbito da atenção básica. Esse processo tem sido caracterizado por importantes iniciativas, mas que têm se deparado com grandes dificuldades e desafios a serem superados, principalmente, com relação à construção de uma prática de cuidado não especializado em saúde mental na atenção básica. Com a perspectiva de contribuir com essas reflexões, esta investigação buscou perscrutar as dinâmicas próprias deste nível de atenção em saúde em sua interface com as práticas de cuidados em saúde mental.

Desse modo, no segundo capítulo desta dissertação, iniciamos nossa reflexão, ao situarmos o movimento da Reforma Psiquiátrica e a importância do cuidado em saúde mental no território. Nesse processo destacamos a relevante aproximação entre a saúde mental e a atenção básica, ao passo que buscamos sustentar nossa proposta de estudo, ao ressaltar nossa contribuição no debate, especificamente, sobre os significados acerca da experiência de sofrimento psíquico e sobre as práticas concretas realizadas em saúde mental.

Com a perspectiva de aprofundar a compreensão da temática de análise, buscamos fazer uma leitura histórica dos modelos de atenção que serviram de referência para o trabalho na atenção básica. Nesse sentido, abordamos, em específico, a construção do Programa de Saúde da Família (PSF), o qual se constituiu enquanto estratégia para a reorganização da atenção em saúde. Ademais, seguimos nossa reflexão sobre o início das primeiras experiências de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico no contexto da atenção básica, assim como destacamos alguns aspectos no âmbito da política de saúde que têm regulado e orientado essa prática.

De modo a possibilitar uma melhor delimitação do tema, fizemos um detalhado trabalho de revisão das produções que discutem o assunto. Destarte, constatamos, por um lado, o aumento do número de estudos sobre a temática nos últimos anos, por outro lado, identificamos carências significativas na abordagem do tema, especificamente, no que se refere a discutir as práticas de saúde mental a partir de aspectos socioantropológicos relacionados ao cuidado em saúde mental. Neste mesmo sentido, retomamos algumas noções e concepções teóricas sobre a atenção básica e o trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), de modo a tecer algumas reflexões acerca da realização do trabalho neste nível de atenção e suas relações com o cuidado em saúde mental.

Ao adotarmos uma compressão de que as concepções de saúde-doença e as práticas de cuidado se relacionam a sistemas sociais e culturais mais amplos, ou seja, a sua contextualização sociocultural (KLEINMAN, 1980), buscamos, ainda neste capítulo, refletir sobre algumas noções antropológicas e sociológicas que nos ajudassem a compreender o fenômeno saúde-doença-cuidado e, desse modo, nos orientassem na análise deste trabalho. Para tanto, fizemos uma reflexão sobre o conceito de cultura, ao ser tomado como orientador deste trabalho o proposto por Geertz (1978), em seguida, em uma perspectiva antropológica, situamos os sistemas médicos como sistemas culturais, destacando o modelo biomédico como um dos sistemas de cuidado em saúde.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar as relações e dinâmicas socioculturais existentes na atenção básica relacionadas à compreensão do sofrimento psíquico de grupos sociais inscritos em um território e à realização das práticas de saúde mental neste nível de atenção. Os objetivos específicos compreendem: 1) identificar como a experiência do sofrimento psíquico vem sendo compreendida e abordada no âmbito de uma unidade de saúde da família por diversas categorias profissionais; 2) descrever e analisar práticas de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, de modo a refletir sobre seus limites e novas possibilidades de atuação; e 3) reconstruir a trajetória de uma usuária da unidade de saúde da família acompanhada por um grupo de matriciamento de saúde mental na atenção básica, de modo a evidenciar as mudanças nas ações de cuidado e sobre suas condições de vida.

O caminho teórico-metodológico desta investigação é apresentado e discutido no quarto capítulo. Decorrente de uma pesquisa maior, desenvolvida pelo NISAM/ISC/UFBA, que buscou analisar o processo de constituição das práticas de matriciamento em saúde mental na atenção básica, este trabalho seguiu a abordagem qualitativa e, de modo específico, a

perspectiva etnográfica. Sendo assim, fez uso da observação participante no cotidiano do trabalho em saúde, das entrevistas narrativas com os usuários e dos grupos focais com os profissionais do serviço. A partir de uma compreensão da antropologia interpretativa, a análise se pautou em uma perspectiva crítica e reflexiva das narrativas produzidas e das práticas concretas.

No quinto capítulo são apresentados e discutidos os resultados da análise. Neste sentido, nossos passos foram direcionados, especificamente, aos cenários das relações sociais vivenciadas pelos diferentes sujeitos no âmbito do cuidado em saúde mental. Ademais, fez-se necessário também o resgate de alguns elementos históricos e socioculturais que envolvem a Unidade de Saúde da Família (USF) e o território de abrangência deste serviço, de modo que fosse possível uma maior compreensão sobre os modos de apropriação deste espaço social e sua relação com as práticas de cuidado em saúde mental.

Em uma primeira vertente, nos debruçamos sobre as concepções e práticas de cuidado realizadas às pessoas com sofrimento psíquico pelos profissionais da USF estudada. Entretanto, por nos deparamos com níveis diferenciados de vinculação, apropriação e implicação com a prática em saúde mental entre as categorias profissionais – com formação superior, com curso médio/técnico e agentes comunitários de saúde – organizamos nossa reflexão, discutindo de modo separado, as diferentes concepções e práticas em saúde mental realizadas por estas três categorias profissionais.

No segundo momento da discussão, apresentamos a trajetória de vida de uma usuária de saúde mental acompanhada na unidade de saúde onde se realizou o estudo. Essa usuária teve sua trajetória marcada pela experiência da institucionalização, mas encontrou, fora dos muros manicomial, um lugar de existência, de expressão e de reinvenção da vida. Nesse sentido, ao ser acompanhada pela USF e, de modo específico, pelo grupo de matriciamento de saúde mental, teve um maior acesso aos serviços de saúde e a uma prática de cuidado mais qualificada. Ela encontrou na USF não apenas um espaço de cuidado em saúde, como também um espaço de circulação, compartilhamento, de estabelecimento de diálogos e de construção de novos vínculos.

Por fim, no sexto capítulo, fizemos as ponderações finais deste trabalho, ao considerar haver um processo de mudança nas concepções e práticas de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico no contexto da USF estudada. Julgamos que esse processo se direciona para o início de uma prática de corresponsabilização pelo cuidado das pessoas com sofrimento psíquico nesta

unidade de saúde e caracterizado pela ampliação do acesso e pela qualificação do cuidado em saúde mental na atenção básica. Ademais, consideramos as ações de matriciamento como principal ponto disparador das práticas de cuidado em saúde mental nesta USF e, neste sentido, ressaltamos a relevância da continuidade deste trabalho de apoio matricial e, ainda mais importante, da sua ampliação para outras unidades de saúde da família.

2. INICIANDO O DEBATE E SUSTENTANDO UMA PROPOSTA

Desde meados do século XVIII até a primeira metade do século XX, o modelo manicomial configura-se como hegemônico no tratamento da loucura (NUNES; ONOCKO-CAMPOS, 2014). Neste contexto, a psiquiatria surge como campo de conhecimento e prática que vai se implicar no processo de cuidado ao louco, por meio de um saber médico especializado (PINTO, 2005). No entanto, como ressalta Tenório (2002), progressivamente os hospitais psiquiátricos passam a caracterizar-se muito mais como espaços para confinamento de pessoas do que como instituições terapêuticas. Diante do agravamento dessa realidade de violação de direitos de pessoas internadas, a partir da Segunda Guerra Mundial, surgiram na Europa e, posteriormente, na América do Norte, movimentos de desinstitucionalização da loucura, que buscavam o redirecionamento das práticas e das estratégias de cuidado em saúde mental.

De acordo com Amarante (2008a), a compreensão de reforma psiquiátrica se sustenta no conceito de desinstitucionalização, tal como proposto por Franco Rotelli, seguindo a tradição italiana iniciada por Franco Basaglia. Neste sentido, desinstitucionalizar se constitui um processo social complexo que envolve os diferentes sujeitos na transformação das relações de poder e de cuidado em saúde mental e na construção de outro lugar social para a loucura, a diversidade e a diferença.

Amarante (2008b) destaca ainda que o movimento de reforma psiquiátrica deve ser compreendido não apenas como um processo de desconstrução dos manicômios, como também de desmontagem das referências conceituais e ideológicas construídas em torno do saber especializado da psiquiatria e do conceito de doença mental, as quais sustentam práticas de discriminação e de exclusão social.

Dessa forma, o movimento de desinstitucionalização esteve na base de fundamentação de reformas no campo psiquiátrico em vários países (TORRE; AMARANTE, 2001). No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é fruto de uma movimentação político-social que traz consigo a crítica ao modelo psiquiátrico – centrado no saber médico especializado e na institucionalização do sujeito – em defesa do direito ao exercício da cidadania, que se desdobrou em um extenso e diversificado escopo de práticas e saberes. Este movimento ganha força, especialmente, a partir da redemocratização do país no início da década de 1980 que favorece a visibilidade dada à situação de violência e desassistência vivida pelas pessoas em sofrimento psíquico

(OLIVEIRA; ALESSI, 2005; AMARANTE, 2008b; WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008).

Como afirmam Torre e Amarante (2001), a ênfase deste movimento baseava-se no resgate da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e na proposta de construção de uma rede de cuidados em saúde mental. Destarte, paralelamente ao processo de desconstrução da lógica manicomial, buscou-se dar início à promulgação de um aparato legal que respaldasse a construção de uma rede de serviços, estratégias e dispositivos de cuidados em saúde mental. Em 2001, a Lei 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, garante o direito a uma atenção digna e de qualidade para pessoas portadoras de transtornos mentais.

De acordo com Tenório (2002), a Reforma Psiquiátrica busca oferecer uma rede de cuidados que inclua a família, os serviços de saúde e a participação da sociedade como um todo, visando à manutenção das pessoas com sofrimento psíquico na vida social, ao resgatar e promover a autonomia do sujeito e permitindo que este se coloque de modo participativo no processo de cuidado. Neste cenário, através da Portaria nº 336/2002, o Ministério da Saúde estabelece o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo estratégico do novo modelo de cuidado em saúde mental.

Os CAPS apresentam-se com o papel de contribuir no enfrentamento e desmonte do modelo hospitalocêntrico e favorecer a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico, através da organização da demanda e da rede de cuidado em saúde mental em um determinado território. Ademais, a este serviço é designada a função de supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica como também os demais serviços e programas de saúde mental no âmbito do território.

Os CAPS se apresentam, portanto, enquanto um dos principais dispositivos de base territorial e substitutivos aos tradicionais hospitais psiquiátricos, tendo como finalidade, segundo Souza e Rivera (2010), o desenvolvimento de projetos de vida, de produção social e promoção da qualidade de vida dos sujeitos, por meio de uma abordagem clínica produtora de autonomia (TENÓRIO, 2002), que convida o sujeito à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

No entanto, vale destacar que o CAPS se configura como apenas um dos dispositivos da rede de cuidados em saúde mental. Neste sentido, ao falar sobre a rede de atenção em saúde mental, Vecchia (2006) ressalta que é fundamental que a estruturação desta rede de cuidados incorpore a família e o seu contexto sociocultural enquanto unidades essenciais em um processo

de construção coletiva de saberes e fazeres, permitindo desse modo uma maior efetivação das ações em saúde, as quais devem se expandir para além dos muros dos serviços. Para Quintas e Amarante (2008), a construção coletiva da vida se faz no território a partir da realidade vivenciada pelo sujeito.

Ao adotar as ações nos territórios, como sedimento e estratégias, a reforma psiquiátrica pretende fortalecer a compreensão de que os serviços de saúde devem se integrar à rede social das comunidades nas quais se insere, constituindo-se como um dos componentes da rede de cuidados em saúde mental. Esta deve assumir a corresponsabilidade pela atenção em saúde, ao reunir em suas práticas os diversos saberes relacionados (ROTELLI; MAURI, 1990 apud BRÊDA, et al. 2005).

Sendo assim, o trabalho em saúde mental deve fazer dialogar os diferentes saberes na realização das práticas de cuidado, ao assumir a responsabilidade de atuar na rede de relações do sujeito e em interlocução com os diversos espaços sociais por ele habitados (TENÓRIO, 2002; MENDES; OLIVEIRA; CONSTANTINO, 2011). Nunes, Jucá e Valentim (2007) destacam ainda que o manejo no território, ao congregar as relações estabelecidas e as dinâmicas sociais que se realizam, possibilita o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado em saúde mental.

Entretanto, mesmo com uma importante discussão e elaboração teórica que propõe a construção de um novo modelo a partir da desinstitucionalização do sujeito e da construção de saberes e práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de cuidados em saúde mental, as observações das práticas e os estudos realizados por diversos autores, abaixo apresentados, mostram-nos uma realidade ainda distante do que se preconiza no nível teórico e conceitual.

Nessa perspectiva, Nunes, Jucá e Valentim (2007) sinalizam para o distanciamento entre o que é proposto nas diretrizes da Política de Saúde Mental e o que se observa no campo da prática. Política esta que tem se deparado com grandes impasses na estruturação de uma rede de cuidados em saúde mental e, sobretudo, na capacidade de realizar ações que ultrapassem os muros dos serviços de saúde. Corroborando a discussão, Tavares e Souza (2009) referem que a saúde mental, mesmo apresentando abordagens terapêuticas diferenciadas com a criação dos serviços substitutivos, ainda faz uso de estratégias embasadas em um modelo de atenção de institucionalização do sujeito.

O trabalho de investigação realizado por Quintas e Amarante (2008), que buscou verificar como era organizado o cotidiano de um CAPS, investigando as possibilidades das ações tanto no interior do serviço quanto em relação ao território, demonstra que este serviço de saúde tem se organizado de modo que as práticas têm sido localizadas, na grande maioria das vezes, no interior do serviço e, por conseguinte, as ações no território ainda se mostram incipientes. Os autores destacam que as ações no território têm ficado a cargo das iniciativas de alguns profissionais. Ademais, Nunes, Jucá e Valentim (2007) ressaltam que muitos profissionais ainda não estão familiarizados com o universo da saúde mental, o que não lhes permite compreender, muitas vezes, o sofrimento enquanto condição de existência e dimensão estruturante do sujeito.

Ao discutir as práticas de saúde mental e sua implementação no âmbito do território a partir da implantação dos CAPS, Souza e Rivera (2010) destacam as estratégias à disposição deste serviço substitutivo e que têm sido utilizadas para a realização do cuidado em saúde mental, mas não as consideram suficientes para a consolidação do modelo de atenção psicossocial. Dessa forma, apontam que um dos maiores desafios para os CAPS é conseguir ultrapassar os muros institucionais.

Diante deste cenário de significativos avanços no âmbito teórico-conceitual e nas políticas de saúde mental de base territorial a partir do modelo de atenção psicossocial, sobretudo, com a implantação dos CAPS e das residências terapêuticas, mas de expressivas dificuldades no contexto das práticas de cuidado desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente, no cuidado em rede, apresenta-se a necessidade de que demais serviços sejam concebidos e se estruturam enquanto substitutivos ao hospital psiquiátrico. Esse seria um modo a mais para contribuir com a ampliação e consolidação da rede de cuidado em saúde mental e construção de novos lugares para a loucura, o desvio e o sofrimento.

Ressaltamos que a presença de outros serviços de saúde – que venham a se constituir também como substitutivos ao hospital psiquiátrico – na rede de saúde mental, possivelmente, não será suficiente para resolver, por si só, os problemas em torno da atenção em saúde mental, tendo em vista que muitas destas dificuldades extrapolam o setor da saúde. No entanto, pode responder a muitos dos entraves e apontar possíveis caminhos de modo a superar os problemas existentes.

Neste sentido, ao se estruturar em um modelo de atenção em saúde que deve envolver ações que ultrapassem os espaços da unidade de saúde – ao centrar o cuidado na família, e não

no indivíduo doente – incidindo sobre a vida dos sujeitos em seus contextos socioculturais, a atenção básica em saúde, por meio do seu Programa de Saúde da Família, serviria como importante articulador da rede de saúde mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Ao assumir esse lugar de articulação da rede de saúde mental, Queiroz (2010) aponta que a Estratégia de Saúde da Família estimularia as práticas de cuidado em saúde mental no contexto familiar, além de incentivar atividades que incluem a prevenção e a promoção em saúde mental. Corroborando o debate, Onocko-Campos et al. (2011) destacam a atenção fragmentada e ainda centrada em especialidades no âmbito da saúde mental, desse modo, considerando necessária uma aproximação da saúde mental com a atenção básica. Conforme destacam Estevam et al. (2011), essa aproximação entre os serviços tem sido ponto de reflexão e questionamento tanto nos espaços da academia como também entre os profissionais dos serviços, em virtude do lugar estratégico que a atenção básica e o Programa de Saúde da Família dispõem para o desenvolvimento das ações de cuidado no território.

Essa articulação se apresenta ainda mais necessária, especialmente, se consideramos estimativas internacionais e do Ministério da Saúde de que 3% da população (5 milhões de pessoas) apresentam transtornos mentais severos e persistentes, precisando de atendimento contínuo e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) apresentam transtornos leves, precisando de atendimento eventual (BRASIL, 2003a). Ademais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em torno de 80% das pessoas que são encaminhadas para os serviços de saúde mental não apresentam, a princípio, uma demanda específica que explique a necessidade de atenção especializada (WHO, 2001).

No entanto, se por um lado estes achados sinalizam para a necessidade da ampliação da rede de saúde mental, por outro lado, apontam também para a importância de uma maior reflexão acerca da forma como têm sido organizadas as ações no âmbito da saúde mental, ou seja, em quais níveis de atenção essas ações têm sido ofertadas e como tem sido a realização dessas práticas. Contribuem também refletir acerca das aproximações e diálogos necessários na consolidação da rede de cuidado em saúde mental.

Desse modo, se, por um lado, podemos sinalizar que os aspectos sobre a realização das práticas e organização dos serviços em saúde mental talvez não tenham sido suficientemente discutidos no campo científico, nos espaços das políticas e das práticas, sobretudo, em relação às ações de saúde mental na atenção básica, podemos apontar uma carência ainda maior no que diz respeito a se discutir e analisar as práticas em saúde mental a partir dos aspectos sociológicos

e antropológicos relacionados ao cotidiano dos serviços de saúde, no que se refere às dinâmicas das relações sociais que daí se desenvolvem, aos processos sociais que se realizam e às experiências de vida que são produzidas.

A esse respeito, Corin, Bibeau e Martin (1990 apud NUNES; TORRENTÉ, 2013) consideram que é necessário, na organização e planejamento dos serviços e ações em saúde mental de determinados grupos sociais, “o conhecimento denso” das suas realidades. Sendo assim, para os autores, o planejamento e a realização de práticas em saúde mental demandam que se conheçam as dinâmicas socioculturais próprias dos locais onde se quer intervir para não incorrer no erro de construir ações que se constituam muito mais como obstáculos para o que se pretende alcançar.

De modo semelhante, Nunes e Torrenté (2016a) chamam a atenção, mas aqui especificamente acerca das reflexões sobre saúde mental na atenção básica, sobre o quanto são raras investigações que busquem explorar as dinâmicas próprias a esse nível de atenção, que possibilitem a compreensão da situação de saúde de uma determinada população, no que tange a seus problemas e necessidades em saúde.

Diante destes questionamentos e das discussões que se ampliam em torno da relevância das práticas de cuidado em saúde mental no território, e de modo específico no primeiro nível de atenção em saúde, bem como da importância e necessidade que análises com um prisma sociológico e antropológico sejam incorporadas ao escopo destas discussões, é que este estudo, ancorado em uma perspectiva da antropologia interpretativa, volta-se para o contexto da atenção básica em sua interface com a saúde mental.

Neste sentido, com a perspectiva de contribuir com essa reflexão, esta investigação pretende entender as relações e dinâmicas socioculturais próprias deste espaço de cuidado em saúde, ao buscar construir um olhar crítico e atento às múltiplas dimensões da realidade social, de modo a compreender as práticas concretas em saúde mental desenvolvidas no espaço da atenção básica.

Consideramos, então, que esta investigação, na medida em que buscará entender ações de saúde mental na atenção básica a partir de um olhar atento para as dinâmicas inerentes desse nível de atenção, possibilitará conhecer, não só como têm sido organizadas e desenvolvidas as ações de cuidado neste primeiro nível de atenção, como também as potencialidades de diálogos e de ações no território dos sujeitos em sofrimento psíquico. Ademais, consideramos que este estudo possibilitará a produção de conhecimento neste campo de investigação e esperamos que

venha a contribuir para o planejamento de ações, programas e políticas no âmbito da saúde mental local.

2.1. Entendendo a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Básica

Antes de adentrarmos de modo mais específico na discussão da saúde mental no contexto da atenção básica, reconhece-se necessário compreendermos melhor as construções teóricas e políticas que sustentam a proposta de trabalho com foco na saúde das famílias. Esse processo é marcado por diferentes compreensões ideológicas e políticas, a depender do contexto e do momento histórico em que é considerado.

As origens do cuidado à saúde do grupo familiar estão atreladas aos primórdios da medicina ocidental moderna, em que o local de atuação das práticas médicas era o domicílio dos pacientes, sob a vista dos familiares e com a participação direta destes no processo de cura (GOULART, 2002). Este local, posteriormente, cedeu espaço para os consultórios médicos.

Na primeira metade do século XX, Ribeiro (2004) aponta que, diante das exigências do mundo globalizado, na redução dos custos com os serviços sociais e de saúde, na sua busca crescente por lucros, como, também, buscando a redução de conflitos sociais, surge um movimento nos Estados Unidos da América (EUA) que visava aproximar o trabalho em saúde da população, na formulação de políticas dirigidas à família.

Esse movimento teve sua origem na crise do modelo médico hegemônico e foi visto como uma alternativa à crescente desumanização e especialização das práticas médicas e da tendência à hospitalização (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001). Além de o referido modelo gerar elevados custos à saúde, este se mostrava ineficiente quanto à melhoria da qualidade de vida e saúde da população e otimização na organização e gestão dos serviços de saúde. Neste período, muitos países enfrentavam dificuldades no setor devido aos crescentes gastos, sinalizando para a necessidade de reformas no âmbito da saúde (MENDES, 1996).

Em setembro de 1978, realizou-se a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Nessa conferência foi discutida a proposta de ofertar atenção primária à saúde como estratégia para ampliar o acesso à saúde a todos os indivíduos e famílias da comunidade, ação igualmente válida para todos os países.

Buscou-se, desse modo, priorizar a promoção em saúde e a prevenção das doenças numa perspectiva que englobasse o indivíduo, a família e a sociedade.

Goulart (2002) destaca que a medicina familiar ganhou maior reconhecimento e teve uma maior expansão em seu corpo teórico, político e ideológico na Conferência Internacional de Alma Ata, momento em que foi confundida com a concepção de atenção primária em saúde. Neste sentido, é necessário que nos debrucemos sobre tais questões para melhor delimitarmos e compreendermos os rumos da saúde e os seus modelos de atenção.

Em relação ao movimento da medicina familiar, Campos e Belisário (2001) afirmam que alguns autores utilizam as denominações medicina familiar, medicina geral comunitária e medicina de assistência primária como sinônimas. Vasconcelos (2008) afirma que a proposta do médico de família restringia-se ao cuidado de todas as pessoas do núcleo familiar, mas não de todas as famílias, já que era um profissional liberal e a prestação dos seus serviços dependia, principalmente, das condições financeiras de cada agrupamento familiar. Tal figura ressurgiu nos EUA, na primeira metade do século XX, e com maior força na década de 60.

O movimento da medicina familiar, de acordo com Paim (1985), tinha como principal preocupação a formação médica e a necessidade de humanização da medicina, buscando substituir a formação especializada e técnica por outro modelo, o qual tivesse uma proposta de atenção mais integrada e completa. O autor ressalta ainda que neste movimento pouca atenção foi dada às questões relacionadas aos determinantes sociais da saúde-doença, ou ao acesso aos serviços de saúde. Destarte, a medicina familiar se constitui, na década de 70 do século XX, mais como uma proposta de reforma para a prática médica e para redução dos altos custos com o setor saúde do que como uma alternativa para atender às reais necessidades de saúde das populações.

No que se refere à atenção primária à saúde, sua origem remonta aos EUA, nas duas primeiras décadas do século XX, quando surgem os esforços para relacionar os serviços de saúde a uma população delimitada. Neste sentido, considerou-se a necessidade de um espaço de administração em áreas definidas, denominadas de Centros de Saúde. Em 1920, o Ministro da Saúde da Inglaterra definiu os Centros de Saúde como serviços encarregados de oferecer cuidados médicos preventivos e curativos no nível primário de saúde à população (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

A Conferência de Alma Ata significou um marco de influências nos rumos das políticas de saúde no nível primário de atenção, ao reafirmar a saúde como direito humano fundamental.

A Declaração Oficial da Conferência definiu que a atenção primária à saúde deveria orientar-se segundo os principais problemas sanitários da comunidade e oferecer atenção na perspectiva da prevenção, cura, reabilitação e da promoção em saúde (DECLARATION OF ALMA ATA, 1978).

Ainda na década de 70, de acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2009), nos EUA, a Academia Americana de Médicos da Família buscou definir a atenção primária em saúde como:

Forma de aporte de cuidados médicos que acentua o primeiro contato e assume a responsabilidade continuada na manutenção da saúde e no tratamento das doenças do paciente. Estes cuidados personalizados implicam uma interação única da comunicação entre o paciente e o médico, que inclui a coordenação da atenção aos problemas de saúde do paciente, tanto biológicos, psicológicos como sociais. (p. 784)

A atenção primária representa um marco referencial para a organização dos serviços de saúde ao significar a principal alternativa de mudança do modelo assistencial. No entanto, Gil (2006) ressalta que a compreensão de atenção primária à saúde, numa concepção de cuidados primários, estabelece uma relação reducionista da saúde, quando surge ligada às concepções de pacotes básicos de serviços. Acrescentamos também que essa compreensão traz consigo uma noção de práticas em saúde centrada na figura do profissional médico. Traz, ainda, imbricada na sua definição, heranças do debate que foi iniciado nos anos 70, decorrente da lógica racionalizadora que preconizava a redução dos custos com o setor saúde.

No contexto brasileiro, o referencial teórico, político e ideológico proposto na Conferência de Alma Ata influenciou várias propostas e programas na área de saúde e inspirou as primeiras experiências de implantação e expansão dos serviços municipais com atenção no nível primário de saúde (TRAD; BASTOS, 1998; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009). No entanto, a proposta da medicina familiar se mostrava inconsistente em relação à orientação teórico-metodológica das políticas públicas de saúde brasileiras (PAIM, 1985). Assim, no cenário nacional, uma das especificidades iniciais foi que o primeiro nível de atenção em saúde se estruturou na relação entre equipe de profissionais e saúde da família, diferentemente do movimento da medicina familiar que centrava suas ações na figura do profissional médico (PAIM, 2001; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Esse movimento de atenção à saúde da família aconteceu em muitos países como Cuba e Canadá, os quais contribuíram significativamente para impulsionar e efetivar a trajetória

brasileira (PAULINO, 2008; BORGES, 2002). Os atendimentos em saúde realizados nos espaços domiciliares sinalizam para a reestruturação e reorganização das práticas de saúde, as quais vão para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando o olhar para a família e para o seu contexto sociocultural (TRAD; BASTOS, 1998).

Dentro desse novo modelo de atenção, as primeiras experiências no Brasil começaram a partir da década de 80, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na região norte e nordeste, com a proposta de expansão da cobertura dos serviços para as áreas mais pobres. A partir dos êxitos do PACS, surge a necessidade de incorporar novos profissionais na equipe de trabalho e de consolidar esse modelo como uma política de saúde, servindo deste modo como substrato na discussão e formulação do Programa de Saúde da Família (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; ROSA; LABATE 2005; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Como afirmam Trad e Bastos (1998), só a partir dos anos 90, a proposta de saúde da família ganhou força ao conquistar o estatuto de política pública no Brasil. Em 1994, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa de Saúde da Família por meio da Portaria/MS nº 692, de 25 de março de 1994 (BRASIL, 1994). A regulamentação aconteceu pela necessidade de se estabelecer um modo de atenção em saúde que pudesse efetivamente consolidar o Sistema Único de Saúde (BORGES, 2002).

O Programa de Saúde da Família surgiu como uma nova forma de trabalhar na saúde, tendo a família como centro de atenção ao focar o ambiente físico, social e cultural em que os sujeitos estão inseridos. Tornou-se, pois, um processo de expansão da atenção primária à saúde ao incorporar ações promocionais, com foco especialmente na saúde, e ações de prevenção que visam à redução de doenças (ROSA; LABATE 2005; VASCONCELOS, 2008).

Desse modo, o Programa de Saúde da Família tem sido compreendido como uma política pública de atenção primária à saúde, concebido para ser a porta de entrada ao sistema de saúde, ou seja, onde se estabeleceria, prioritariamente, o primeiro contato da comunidade com os serviços. Compõe um dos níveis de atenção em uma rede articulada de serviços e de cuidados em saúde. O PSF reafirma e incorpora os princípios do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – estruturando-se em unidades de saúde, com atuação de equipes multiprofissionais através do trabalho interdisciplinar, assumindo a responsabilidade pelo acompanhamento permanente da saúde de uma área populacional delimitada (BRASIL, 1997; 1999; 2000).

O PSF se constitui fundamentalmente como uma estratégia de reorientação da prática assistencial a partir da atenção básica em saúde, uma proposta de mudança do modelo centrado nos hospitais para um modelo pautado no território, de uma medicina curativa para um cuidado focado no usuário, na família, com intenção de atuar preventivamente e na promoção da saúde, de uma assistência médico-centrada em um trabalho de equipe, organizado através de práticas que objetivam a integralidade da assistência com uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e com intervenções que atendam às reais necessidades sociais na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e otimização dos serviços (BRASIL, 1997).

Como é destacado por Gil (2006), a atenção primária em saúde representava um marco referencial para a reorganização dos serviços de saúde como principal alternativa de mudança do modelo médico assistencial privatista, porém, com a criação do Sistema Único de Saúde e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, tem sido usado, com maior frequência, o conceito de atenção básica em saúde. Ainda, segundo o autor supracitado, com a criação do PSF há referências ao programa na perspectiva da atenção primária e outras na da atenção básica, sendo que os referidos conceitos, muitas vezes, são utilizados como sinônimos e, em outros momentos, marcados por significativas diferenças.

Diferente das concepções que reduzem a atenção básica em saúde a pacotes primários em saúde, esta é definida como um conjunto de ações, numa perspectiva individual ou coletiva, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, direcionada para as ações de promoção em saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças. Deve-se fundamentar nos princípios do SUS, sendo estes: saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação popular (BRASIL, 1999). Destacamos, desse modo, que este é o conceito que adotamos neste trabalho associado ao conjunto das reflexões teóricas aqui apresentadas em torno desse conceito.

Galgar uma concepção de Estratégia, e não de Programa, relaciona-se ao fato do Programa de Saúde da Família ser considerado como meio possível para atingir a universalidade das ações em saúde e para implementar os preceitos do movimento da reforma sanitária brasileira e como forma de reorganizar o modelo de atenção que visa à integralidade (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; RIBEIRO, 2004).

Conforme Fermino et al. (2009), esse novo modelo de atenção em saúde deve envolver ações que ultrapassem os muros da unidade de saúde, incidindo sobre a vida dos sujeitos em

seus contextos socioculturais; perspectiva esta que demanda que a atenção à saúde tenha uma vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar. Destarte, a inserção no território, enquanto pressuposto da Estratégia de Saúde da Família, possibilita ações em saúde que englobem a dimensão cultural, econômica e social na gestão e atenção à saúde (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005), como também o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilização entre profissionais de saúde e a população no processo de cuidado em saúde (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família preconiza também uma prática em equipe multiprofissional e interdisciplinar, que atenda às necessidades da população e que promova processos de produção de cuidado em saúde através da participação social e do reconhecimento e respeito aos saberes relacionados, por meio de uma vinculação e corresponsabilização pelas ações de saúde individuais e coletivas (BRASIL, 1997). Neste sentido, as atuações em equipe numa perspectiva interdisciplinar incitam às atuações dialógicas entre profissional, indivíduo e comunidades, possibilitando assim uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado.

Desse modo, as ações em saúde requerem uma conduta diferenciada dos profissionais de saúde, postura esta que deve ser conduzida para as coletividades, comprometida eticamente e que atenda às necessidades sociais. Tal conduta exige uma ação reflexiva sobre as atuações cotidianas, um reformular das posturas e práticas profissionais, bem como a incorporação de outros saberes para compor a produção do cuidado com a saúde.

2.2. Saúde Mental na Atenção Básica: diálogos necessários para um cuidado na perspectiva da integralidade

A Reforma Psiquiátrica Brasileira traz, enquanto um dos alicerces do movimento, a priorização dos atendimentos e acompanhamentos das pessoas com sofrimento mental na comunidade, ou seja, no território onde elas habitam e constroem suas experiências de vida. Para além de um local onde devem ser realizadas as práticas formais de cuidado, o território deve ser visto também como um lugar onde se produzem conhecimento e práticas populares em saúde mental, igualmente relevantes de serem consideradas.

Neste sentido, e diante do desafio de tradução dos princípios e concepções teóricas e ideológicas do movimento da Reforma Psiquiátrica em políticas e práticas concretas, Vecchia

e Martins (2009) afirmam que a Declaração de Caracas, de 1990, (BRASIL, 2002a), foi um marco de âmbito internacional neste processo que enfatiza a importância de dispositivos de base territorial, capazes de introduzirem-se nas demais redes de apoio e suporte social e contribuírem com o processo de reinserção social das pessoas com sofrimento psíquico. Servindo de referência, também, em nosso cenário nacional, para a articulação e integração entre serviços especializados e aqueles que compõem a rede básica de saúde.

A partir de então, cresceram as discussões e surgiram algumas experiências com a proposta de trabalho em saúde mental a partir da atenção básica. Um dos trabalhos pioneiros foi o Projeto Qualis – Qualidade Integral em Saúde, que teve início no final de 1995, com a proposta de implantação do Programa de Saúde da Família no estado de São Paulo (SILVA, 2001). Nesse projeto, as ações em saúde mental foram disparadas a partir de duas equipes volantes, em conexão com os recursos da comunidade e articuladas em rede. As ações eram sustentadas a partir da noção de território, da corresponsabilização do cuidado, da intervenção nos problemas de saúde, com foco na família e com a perspectiva de trabalho em equipe (LANCETTI, 2001).

Com relação aos espaços de discussão, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), realizada em Brasília, em 2001, se constituiu como importante espaço de debate de âmbito nacional sobre as ações de saúde mental de base territorial, sobretudo, em relação à atenção básica, tendo como eixo principal de discussão na conferência a ‘Reorientação do Modelo Assistencial’ (BRASIL, 2002b).

Com a finalidade de ampliar a discussão e a reflexão sobre a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu alguns espaços de debate acerca da temática: em 2001, Oficina de trabalho para a “Discussão do Plano Nacional da Inclusão das Ações de SM na AB”, tendo a presença do Departamento de Atenção Básica (DAB/SPS) e a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM)/MS e de municípios com experiências em saúde mental na atenção básica; em 2002, o Seminário Internacional sobre saúde mental na atenção básica, em parceria com a OPAS/MS/UFRJ/ Universidade de Harvard; em 2003, a Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, nomeada “Desafios da integração com a rede básica”, com a participação do DAB, da CGSM, de coordenadores estaduais e municipais de SM, assim como de trabalhadores de saúde mental, e, em 2004, a Oficina no I Congresso Brasileiro de CAPS (BRASIL, 2003a; SOUZA; RIVERA, 2010).

No entanto, como destacam Onocko Campos et al. (2011), só a partir de 2003, com a elaboração de uma Circular Conjunta – Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – entre a Coordenação Geral da Atenção Básica e da Coordenação Geral da Saúde Mental (BRASIL, 2003a), é que as ações de saúde mental na atenção básica ganharam ênfase. Esta proposta, segundo os mesmos autores, tomou maior propulsão com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008). Isso sem deixar de considerar a grande importância para esse debate da Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e estabelece que as pessoas com problemas mentais tenham o direito de serem atendidas em seu território, por meio de uma rede de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2001).

De acordo com a primeira publicação, as ações de saúde mental na atenção básica devem se orientar a partir do modelo de rede de cuidados, com base territorial e atuação transversal com as demais políticas públicas. Destarte, as ações devem estar fundamentadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, sendo os princípios fundamentais desta articulação: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003a).

A partir dos debates promovidos, o Ministério da Saúde propôs algumas diretrizes para organizar as práticas de saúde mental na atenção básica, sendo elas: *o apoio matricial em saúde mental às equipes da atenção básica*, com a finalidade de propiciar suporte técnico em saúde mental aos profissionais da atenção básica, dessa forma, sendo possível compartilhar casos e situações, ao favorecer as discussões conjuntas e a responsabilização compartilhada dos casos; *priorização da saúde mental nas capacitações das equipes profissionais*, de modo a proporcionar informações sobre o tema e espaços de discussão e reflexão às equipes; e *inclusão de dados de saúde mental no sistema de informações da atenção básica (SIAB)*, possibilitando assim a produção de informação e conhecimento necessários para a avaliação e o planejamento das ações em saúde (BRASIL, 2003a).

Como temos visto, no cenário nacional, os primeiros anos do século XXI têm sido momentos importantes na ampliação das discussões e reflexões em torno do cuidado em saúde mental a partir da atenção básica. Ademais, este período é marcado não só pela ampliação do conhecimento em saúde mental, como também pela expansão da política e sua proposta de

construção de uma rede ampliada de cuidado de base territorial, sobretudo, na articulação da saúde mental na atenção básica. Entretanto, mesmo com os avanços apontados, as ações de saúde mental na atenção básica em muitas regiões do país ainda são incipientes, carecendo de muitos esforços para a consolidação dessa prática em saúde mental.

No cenário mundial, as discussões sobre as ações de saúde mental na atenção básica também têm ocupado a agenda de importantes órgãos e entidades da saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a World Organization of Family Doctors (WONCA). Neste sentido, achados de investigações realizados por essas organizações situam o debate sobre a importância das ações de saúde mental na atenção básica (WHO, 2001; WHO; WONCA, 2008).

A Organização Mundial de Saúde, por meio de seu relatório de 2001 sobre a Saúde da População no Mundo, ao reconhecer a importância de que as ações de saúde mental aconteçam na atenção básica, ressalta que a realização de práticas de saúde mental no primeiro nível de atenção torna o atendimento mais efetivo, possibilita maiores condições para a continuidade do cuidado e busca construir ações articuladas com a rede de atenção. Além disso, possibilita que a ação de saúde mental seja realizada no território e com o núcleo familiar (WHO, 2001).

Em outra publicação da OMS em conjunto com a WONCA, que buscou apresentar as vantagens de se prestar ações de saúde mental a nível dos cuidados primários, destaca-se que as ações de saúde mental na atenção básica são mais baratas e apresentam uma boa relação custo-benefício, além de possibilitar um acesso mais facilitado e rápido aos serviços de saúde e, por conseguinte, uma atenção em saúde de melhor qualidade (WHO; WONCA, 2008).

O contexto nacional, como dito acima, é marcado por importantes iniciativas, contudo é atravessado por grandes dificuldades e desafios a serem superados, especialmente, no que tange à consolidação das ações de saúde mental na atenção básica. Esta prática é, antes de tudo, uma ação política e deve alinhar-se aos esforços que buscam desconstruir espaços asilares e manicomializados e, sobretudo, construir outro lugar social para o sofrimento, a diversidade e a diferença.

Com o intuito de ampliar essa reflexão e possibilitar um olhar crítico sobre esse processo, voltamos nossa atenção para algumas investigações e discussões no cenário nacional que marcam o debate em torno da inserção da saúde mental na atenção básica. Entre os estudos, podemos citar o trabalho realizado por Buchele et al. (2006), que teve a finalidade de conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica no município de Florianópolis, em que os resultados demonstraram uma tendência ao tratamento medicamentoso e à assistência

especializada, indicando uma lenta mudança no que diz respeito a uma atuação na perspectiva da prática interdisciplinar, do acolhimento e do vínculo.

Também em seu estudo, que buscou discutir as articulações entre o movimento de Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária Brasileira, por meio das práticas do cuidado em saúde mental no Programa de Saúde da Família, Nunes, Jucá e Valentim (2007) apontam que as concepções e práticas em saúde mental existentes na atenção básica nem sempre condizem com o que tem sido preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. A realidade das práticas no cotidiano dos PSF que foram estudados não tem conseguido englobar as ações de saúde mental em seu trabalho de cuidado no território de abrangência. Entre as razões sinalizadas pelos entrevistados, destacam-se: desconhecimento da Reforma Psiquiátrica e falta de capacitação para a equipe; o não reconhecimento dos problemas em saúde mental como prioridade para os atendimentos; a ausência de uma rede em saúde mental, o que inclui a falta de entrosamento com os serviços especializados em saúde mental que funcionam como retaguarda.

Corroborando o debate, em um trabalho que buscou analisar as possibilidades da inclusão da atenção em saúde mental no Programa de Saúde da Família, Munari et al. (2008) destacam a falha do sistema de informação que monitora a atenção básica, tendo em vista que neste sistema não há espaço específico para a inserção de dados relativos às práticas de saúde mental. Neste sentido, os autores consideram que os respectivos dados acabam se perdendo, assim não sendo possível quantificar as ações desenvolvidas e, por conseguinte, perdendo a oportunidade de produzir informações e realizar uma análise sobre a realidade a partir dos citados dados. Estas informações poderiam vir a subsidiar a organização das ofertas nas unidades de saúde e o planejamento de ações em saúde mental no contexto da atenção básica.

A partir das suas inserções no espaço da prática, Munari et al. (2008) destacam ainda a visível falta de preparo e desmotivação dos profissionais para realizarem ações em saúde mental que busquem valorizar o encontro entre os sujeitos e a construção de espaços de diálogos. Ressaltam também que as ações têm sido conduzidas, em sua maioria, com foco no atendimento individual e no agir medicamentoso. De modo semelhante, Queiroz (2010) corrobora a reflexão ao afirmar que a tendência à medicalização dos sintomas se constitui como um problema muito presente em torno das práticas de saúde mental no contexto da atenção básica.

Além dos textos citados acima, outras publicações também apontam para o despreparo, a falta de capacitação e formação dos profissionais de saúde para lidarem com a saúde mental

no contexto da atenção básica (BRÊDA, et al., 2005; SILVEIRA; VIEIRA, 2009; QUEIROZ, 2010). Dificuldades estas já conhecidas, tendo em vista que as mesmas foram anunciadas no primeiro manual do Ministério da Saúde de orientação sobre saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2003a). Nesta publicação é destacada, de modo específico, a falta de profissionais habilitados para trabalharem com saúde mental no primeiro nível de atenção, além da falta de capacitação suficiente para atender às carências da formação.

Ao contribuir com a reflexão, com a finalidade de analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde da família na atenção à saúde mental, Correia; Barros e Colvero (2011) expõem que as práticas realizadas ficam na dependência de alguns profissionais ou a mercê da vontade política na implementação destas ações. Por outro lado, a verticalização e a normatividade, presentes na execução dos programas prescritivos na Estratégia de Saúde da Família (BRÊDA, et al., 2005, NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010), se constituem enquanto entraves para a realização das ações de cuidado em saúde mental.

Mesmo com o crescente número de estudos que buscam discutir esse tema, Munari et al. (2008) consideram que ainda existe uma carência de investigações que apresentem exemplos de ações concretas de superação dos problemas existentes. Além disso, acrescento a carência de reflexões no plano teórico que possam dar sustentação para a realização das práticas pretendidas. Nesta direção, Nunes, Jucá e Valentim (2007) ressaltam a insuficiência de investimentos na produção de recursos operacionais e teóricos na atenção básica para lidar com a saúde mental, sobretudo, para a realização de práticas que possibilitem a prevenção do sofrimento psíquico e a promoção da saúde mental.

Neste sentido, vemos como necessário avançarmos nessa direção, lançando um olhar crítico que busque explorar as dinâmicas próprias deste nível de atenção em sua interface com a saúde mental e que possa dar base, primeiramente, para a discussão dos resultados deste estudo e, de algum modo, contribuir também enquanto base referencial para as reflexões e práticas em saúde mental desenvolvidas na atenção básica.

Para tanto, retomaremos algumas noções e concepções sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família, de modo a subsidiar a reflexão sobre a atuação em saúde mental neste nível de atenção. A primeira noção, a ser retomada, é a de que a atenção básica se constitui enquanto um conjunto de ações situadas no primeiro nível de atenção em saúde (BRASIL, 1998; 2003b), a partir de uma perspectiva de trabalho não especializado de primeiro contato da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Neste sentido, podemos propor que esta compreensão de atuação generalista possibilita ampliar a perspectiva de atuação em saúde mental, a qual esteve historicamente direcionada para uma ação especializada. Desse modo, amplia na medida em que envolve outros atores no processo de cuidado, constrói outros espaços de circulação para as pessoas em sofrimento psíquico, abre a possibilidade para acolher demandas que não estejam vinculadas diretamente ao sofrimento mental, mas que se constituem enquanto necessidades para o sujeito e, principalmente, pode acolher demandas em saúde mental que não requeiram uma ação especializada, ou, mesmo quando requeiram, que estas demandas possam ser acolhidas em conjunto com os serviços especializados em saúde mental.

Nessa mesma direção, Nunes e Torrenté (2016a) ressaltam que pessoas com sofrimento psíquico apresentam necessidades em saúde que podem ser atendidas por profissionais com competências generalistas. Ademais, os atores consideram que uma prática em saúde mental, que atenda às múltiplas exigências e necessidades dos sujeitos, precisa englobar as diferentes formações e experiências profissionais – especialistas e generalistas – somados aos diversos recursos e às variadas formas de manejo.

O cadastramento das famílias é outro atributo importante para essa reflexão. Segundo orientações nacionais, as unidades de saúde da família devem cadastrar as famílias de um determinado território de abrangência, representando a área sobre a responsabilidade do serviço (BRASIL 1997). Desse modo, permitindo que seja estabelecida uma relação de longa duração entre as famílias atendidas e os profissionais da equipe (STARFIELD, 2002). Assim, os profissionais da unidade assumem uma responsabilidade longitudinal pelo cuidado e atendimento da população adstrita, ou seja, um cuidado que se estende ao longo da vida das pessoas independente da presença de doenças (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Essa dimensão abre caminhos a dois outros aspectos no manejo da saúde mental na atenção básica. O primeiro deles, o cadastramento de todas as famílias de uma determinada área e a longitudinalidade do cuidado permitem que a unidade de saúde tenha uma maior vinculação com a população atendida e, desse modo, conheça melhor as pessoas e suas condições de vida. Isso pode também facilitar a identificação de casos de sofrimento psíquico na comunidade e de seus fatores condicionantes. Figueiredo e Onocko-Campos (2009) consideram que essa atenção mais próxima das famílias e das comunidades confere às equipes da ESF um lugar estratégico para acolher e cuidar de pessoas em sofrimento mental enquanto Queiroz (2010) acrescenta que

esse elemento possa ajudar a criar novas formas de atuação que permitam estimular a adesão ao tratamento.

O outro aspecto se relaciona, especificamente, com a noção de responsabilidade longitudinal pela população atendida, o que abre a possibilidade para uma pessoa ter acesso ao sistema de saúde pela sua condição de cidadão ou por suas necessidades de saúde e não, necessariamente, por estar doente, ou em sofrimento mental. Assim, o foco de ação é o sujeito/núcleo familiar em sua condição de vida.

Ao tomar a família como unidade de cuidado, a atenção básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família, busca valorizar as dinâmicas e interações existentes nos núcleos familiares, os quais podem influenciar nas condições de saúde e adoecimento dos indivíduos (STARFIELD, 2002). Dessa forma, não se limitando a um entendimento dos processos de adoecimentos ou sofrimento psíquico como fenômenos de ordem biológica, que devem ser tratados mediante ação de natureza unicamente técnica e orgânica, mas ampliando a compreensão do processo saúde-doença-cuidado e possibilitando que o trabalho se organize a partir das dinâmicas relacionais (FRANCO; MERHY, 1999) e de uma perspectiva sociohistórica.

Ademais, o deslocamento da figura do médico, com seu saber especializado sobre o cuidado em saúde, para um trabalho em equipe possibilita a construção de ação coletiva e compartilhada em um processo de corresponsabilização que engloba a família e a comunidade. Waidman e Elsen (2005) ressaltam a importância de que a família seja concebida não só como aliada no cuidado em saúde mental, como também como um grupo que pode necessitar de cuidados. Consideram, ainda, que o lugar da família tem um grande valor ao compor a rede de relações e, muitas vezes, ao se constituir como o apoio mais próximo de uma pessoa em sofrimento psíquico.

Ao adotar a família como unidade de cuidado – incluindo suas dinâmicas, condições de vida, interações entre seus membros, processos de saúde e adoecimento – o serviço de saúde passa a se inserir no território onde vivem as pessoas. Rosa e Labate (2003) ressaltam a possibilidade das equipes, que trabalham nas unidades de saúde da família, se engajarem no dia a dia da comunidade. Entretanto, a importância do trabalho no território se apresenta para além do fato de conhecer pessoas ou circular por espaços, mas se calca, sobretudo, em compreender as dinâmicas socioculturais que se relacionam com as condições de saúde e adoecimento da

população e na possibilidade de realizar práticas nos espaços de vida, ou seja, nos lugares onde as pessoas constroem e dão sentidos as suas vidas.

Lancetti e Amarante (2006) ressaltam que, no âmbito da saúde mental, as situações mais complexas encontram-se na atenção territorial, invertendo a lógica que reconhece que os procedimentos de alta complexidade estão concentrados nos hospitais. Na mesma direção, na articulação da saúde mental na atenção básica o território se apresenta como princípio de grande relevância, enquanto lugar onde é possível produzir informações sobre as condições de saúde e adoecimento da população e local onde devem ser desenvolvidas as práticas de cuidado. Além disso, apresenta-se como espaço onde se produzem conhecimento e práticas populares em saúde mental.

Neste sentido, Queiroz (2010) afirma que um trabalho efetivo em um determinado território possibilita identificar as diversas condições de sofrimento, falta de assistência e situação de exclusão social a que uma população pode estar submetida. Nunes e Torrenté (2016a) consideram que o movimento de compreensão do território e das dinâmicas socioculturais que o caracterizam pode se iniciar na relação de cuidado com o usuário do serviço, situada no acolhimento ao sujeito e na construção de um espaço de escuta sensível e humanizada, e continuar ao circular por este território, movimento que precisa ser acompanhado por observações e registros de suas dinâmicas.

Aliada à compreensão de um território passível de ser conhecido e local de realização de práticas em saúde mental, ressalta-se também a importância dos recursos comunitários e suas iniciativas enquanto parceiras no processo do cuidar em saúde mental, com a valorização das manifestações e expressões da cultura local e o conhecimento do que é produzido pelo saber popular (MUNARI et al., 2008).

Seguindo o processo reflexivo, tomando como referência as discussões de Paim (2001; 2008), a partir dos conceitos de vigilância à saúde, a inserção da saúde mental na atenção básica pode contribuir para superar os tratamentos conduzidos pela exclusão, disciplina e segregação, vigentes no modelo hospitalocêntrico. Ao centrar o cuidado na família e no seu contexto sociocultural, a atenção básica pode criar condições para romper com a compreensão linear e com a lógica de intervenção com foco no adoecimento. Desse modo, possibilitando que suas ações sejam organizadas e conduzidas a partir dos problemas e necessidade em saúde, os quais envolvem não só os danos, mas também os riscos de adoecer além dos determinantes sociais

em saúde que se relacionam com o conjunto de condições e modos de vida das pessoas de acordo com sua inserção na estrutura social.

Ademais, na organização das práticas de saúde, essa perspectiva propõe a ênfase na atenção contínua, em ações articuladas na perspectiva da promoção, prevenção e cura e em práticas intersetoriais. Características estas que podem contribuir para ampliar a oferta de ações às pessoas em sofrimento psíquico e atendê-las a partir das suas diversas necessidades em saúde, conforme sua condição existencial e singularidade, na garantia do direito à vida, à liberdade, ao trabalho, ao respeito e a todas outras necessidades, as quais foram negadas por séculos, devido a sua condição de sujeito em sofrimento psíquico.

Permeada pela compreensão de que o sujeito é um ser de amplas e diferentes necessidades que não devem ser acolhidas de forma isolada e descontínua (SILVA et al. 2004), o conceito de integralidade se relaciona de forma muito estreita com a perspectiva da vigilância à saúde. Integralidade é uma noção polissêmica, que aparece, na Lei 8080/1990, como um dos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Paim e Vieira-da-Silva (2010), a integralidade foi concebida pelo movimento de Reforma Sanitária a partir de quatro perspectivas: garantia da continuidade da atenção nos três níveis de complexidade do sistema de saúde (primária, secundária e terciária); atuação profissional que abrange as dimensões biológica, psicológica e social; a integração das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; e a articulação de políticas públicas através de ações intersetoriais que incidam sobre condições de saúde, determinantes de saúde e risco de adoecimento.

Ademais, Nasi et al. (2009) ressaltam que a noção de integralidade permite que cada pessoa seja concebida como ser em um todo indivisível e social, considerando o modo singular das pessoas em sofrimento psíquico, ou seja, sua condição estruturante e sua relação consigo e com o mundo. Mattos (2004) destaca a importância de entendermos o sujeito em sua totalidade, a partir da sua condição de vida, permitindo assim que, no cotidiano dos serviços de saúde, as práticas profissionais sejam direcionadas para o sujeito nessa totalidade, ou seja, contemplando as suas dimensões constitutivas, biológicas, psicológicas e sociais.

Scarparo (2006) considera que, a partir da noção de integralidade, deve-se buscar o abandono de uma atuação em saúde que se situa na relação profissional-paciente para a construção de um cuidado que se estabeleça na relação sujeito-sujeito. De modo semelhante, Mattos (2006) sustenta a compreensão de que a integralidade alinha-se às formas de agir que reconhecem a condição de cidadania no estabelecimento de relações assimétricas, pelo respeito

às diferenças e singularidade. Destarte, na saúde mental a integralidade se apresenta pelas formas de garantir o acesso ao espaço de saúde, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e o acompanhamento continuado dos sujeitos em sofrimento psíquico, assim como à garantia de atendimento das suas necessidades de saúde em espaços de liberdade no exercício de sua cidadania (LYRA, 2007; BEDIN; SCARPARO, 2011).

Ao tomar como referência esse conceito, Martins et al. (2009) ressaltam o potencial que as práticas desenvolvidas na atenção básica têm para o alcance de uma abordagem na perspectiva da integralidade, ao valorizar as dimensões que englobam o sujeito e seu meio sociocultural. Neste sentido, ao tomar como referências as práticas de saúde mental neste nível de atenção, a noção de integralidade possibilita uma compreensão ampliada do sujeito em sofrimento psíquico e das suas diversas necessidades em saúde de modo a garantir sua expressão enquanto sujeito de direito e sua reinserção no espaço social. Além disso, a integralidade pode ser tomada como um eixo norteador de novas formas de atuação em saúde, como também de novas maneiras de gestão do cuidado em saúde mental na atenção básica, de modo a possibilitar o desenvolvimento de ações que extrapolem os muros dos serviços de saúde, bem como que possam ir para além do setor saúde.

Finalizo essa breve reflexão destacando ainda mais a importância da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, ao reafirmar a centralidade da constituição de dispositivos de base territorial neste campo, necessários para superar a assistência manicomial e a iatrogenia gerada por esse modelo (VECCHIA; MARTINS, 2009). Neste sentido, a atenção básica estaria construindo um novo tipo de relação com a saúde mental, ao passo que estaria aumentando sua capacidade de resolução dos problemas de saúde e ampliando seu potencial para produzir mudanças.

2.3. Reflexões acerca de uma prática culturalmente sensível

Nosso esforço até aqui tem sido para caracterizar e compreender a atenção básica e sua interface com as práticas de cuidados em saúde mental. Desse modo, retomamos um importante desafio para esse nível de atenção desenvolver ações no território, mas, sobretudo, práticas que englobem o sujeito e seu meio sociocultural em uma tentativa de compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado. Para isso, é necessário reconhecer e respeitar os saberes relacionados, os símbolos e significados socialmente construídos e compartilhados, as diversas

compreensões de mundo, levando em conta a forma como os sujeitos se veem e/ou conseguem enxergar o outro diante das diferentes posições ocupadas.

Este desafio se torna ainda maior diante da compreensão ainda hegemônica de que o conhecimento, para ser considerado científico, deve seguir o rigor do modelo positivista, alicerçado em um racionalismo que busca princípios explicativos gerais. Modelo este que é conduzido pela ênfase nas verificações empíricas, na perspectiva instrumental e estatística, de modo que o objeto estudado seja manipulado experimentalmente e os resultados sejam obtidos através das correlações das diferentes variáveis. Esta compreensão deu base para as construções teóricas biologicista e naturalista da doença e que, segundo Guteirrez e Minayo (2010), reduziu o fenômeno da saúde à “ausência de doenças” e as práticas de cuidado a “ações e procedimentos técnicos”, descolados do contexto sociocultural vivido pelo sujeito. Essa perspectiva também pode ser verificada no modelo teórico do naturalista Christopher Boorse, que achava ser possível uma abordagem objetiva e isenta de valor dos fenômenos que envolvem a saúde e a doença (ALMEIDA-FILHO; JUCÁ, 2002).

Por outro lado, o surgimento do pensamento social em saúde e, de modo específico, da compreensão de que as concepções de saúde-doença e das práticas de cuidado estão relacionadas a sistemas sociais e culturais mais amplos, as quais devem ser entendidas em suas relações mútuas e mediante sua contextualização social e cultural (KLEINMAN, 1980), tem dado base e orientado as práticas no âmbito da saúde que se propõem atender o sujeito em suas diversas necessidades sociais em saúde.

Entretanto, mesmo com o conjunto de orientações teóricas no campo das ciências sociais em saúde e das normativas no âmbito das políticas públicas de saúde, de acordo com Garnelo e Langdon (2005), no plano concreto de realização das práticas de saúde, estas não têm sido realizadas a partir do conhecimento sistemático da realidade sociocultural. Menéndez (1998) considera que a busca de conhecimento dos sujeitos e do seu espaço sociocultural ocorrem em alguns momentos com a finalidade de obter informações apenas para modificar comportamentos, no sentido de torná-los mais maleáveis às prescrições e normas técnicas de saúde. Neste sentido, é possível perceber uma forma de compreensão que concebe a cultura existente *a priori* da ação, ou seja, o conceito de cultura adotado pelos profissionais está relacionado com o que parece ser um conjunto de traços fixos determinantes do comportamento.

Para Boehs et al. (2007), os profissionais de saúde tendem a desconhecer as dinâmicas e interações dos sujeitos e de seus núcleos familiares, percebendo-os, muitas vezes, como

exóticos ou primitivos, concebendo sua cultura como um obstáculo para o entendimento do saber supremo da biomedicina. Os autores acrescentam ainda que os profissionais, em sua maioria, trabalham com uma concepção de cultura enquanto crenças, valores e práticas homogêneas e fixas, resultando assim em práticas de educação em saúde sustentadas em significados representados pela falta de conhecimento, de saberes, de higiene, ou outros significados que culpabilizam os sujeitos.

Destarte, vemos que, tão importante quando considerar as dimensões socioculturais na compreensão do fenômeno saúde-doença e na realização das práticas de cuidado, é ter clareza acerca de qual concepção de cultura está sendo adotada pelos sujeitos e pelos profissionais nos espaços da saúde. Isso tendo em vista que a noção de cultura foi concebida de maneira diferente ao longo da história e, por conseguinte, as distintas leituras de mundo e as compreensões de sujeito também se apresentaram de modo diverso nos diferentes contextos sociais.

Desse modo, a depender do conceito de cultura que é adotado, pode-se tecer uma compreensão ampliada de homem, ao entendê-lo como sujeito histórico, social e culturalmente construído, ou, por outro lado, deixar de enxergar o sujeito em sua totalidade, ao construir visões classificatórias em busca de uma essência universalista. Neste sentido, sinalizamos para a necessidade de uma reflexão sobre as diferentes concepções de cultura, de modo a nos ajudar a tecer uma melhor compreensão acerca dos fenômenos culturais e, do mesmo modo, nos orientar na análise deste trabalho.

2.3.1 Concepções de Cultura

A tentativa de definir o que é cultura não é uma tarefa fácil, tendo em vista que as compreensões podem ser diversas, tanto no senso comum quanto no campo antropológico. No senso comum, as concepções se misturam ou são utilizadas apenas em uma vertente. De acordo com Santos (2004), os sentidos mais comuns associam a cultura ao conhecimento e nível educacional, às produções artísticas e literárias, aos meios de comunicação de massa, às festas populares tradicionais, às maneiras de vestir, às lendas, crenças, tipos de comidas e idiomas de um povo. Na antropologia, segundo Laraia (2004), o entendimento também não é único, com compreensões enquanto resultado de diferenças genéticas ou do ambiente físico e, por outro lado, perspectivas que enfatizam o caráter simbólico das ações, reações, atitudes e construções do homem em sociedade.

Cuche (1999) nos apresenta que a compreensão de cultura evoca interesses multidisciplinares, sendo estudada por diversas áreas e abordagens, e que em cada uma dessas áreas a cultura é trabalhada a partir de distintos enfoques e usos. Neste sentido, como afirma Geertz (1978), o universo que compreende a definição de cultura se constitui como algo extremamente complexo e diverso, atuando, neste espaço, várias correntes teóricas e epistemológicas diferentes. Desse modo, na tentativa de discorrer sobre algumas compreensões acerca da noção de cultura, optamos por seguir o plano histórico, por acreditar que esse percurso nos ajudará a entender a construção de algumas concepções de cultura e, por conseguinte, os modos de compreensão de mundo e de sujeito a elas associados.

Até o século XVI, o termo era normalmente usado para se referir a uma ação ou um processo, no sentido de “cuidado com algo”, cuidado este que poderia ser a animais ou a uma colheita. Mas, a partir do século XVIII e XIX, o termo passa a ser compreendido como o esforço destinado ao desenvolvimento das faculdades humanas, ou seja, o cultivo realizado pela instrução, com referência à soma de conhecimento acumulado e transmitido pelos povos. Desse modo, se consolida uma compreensão de cultura relacionada aos meios intelectuais e artísticos. Neste contexto, países como a França e a Alemanha influenciaram grandemente para a construção desta nova forma de conceber a cultura (CUCHE, 1999). A autora destaca ainda que neste período o termo estava associado às ideias de progresso, evolução, de educação e razão. Decorre daí o sentido de que as civilizações primitivas poderiam evoluir culturalmente e alcançar o progresso das nações civilizadas.

Neste contexto, podemos destacar as contribuições de Edward Burnett Tylor que, de acordo com Cuche (1999), é considerado o fundador da antropologia britânica. Desse modo, sendo o primeiro a sistematizar um conceito antropológico de cultura, ao definir como “todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade” (TYLOR apud LARAIA, 2004, p. 25). Uma importante contribuição de Tylor e relevância deste conceito situava na superação da ideia de aquisição inata, ao focar o caráter de aprendizagem cultural em contraponto à ideia de transmissão biológica.

De acordo com Geertz (1978), Tylor acreditava que era possível uma análise das culturas de modo que pudesse compreender suas casualidades e regularidades. Defendia também uma compreensão evolucionista de cultura, de modo que a diversidade cultural decorria de diferentes estágios evolutivos, em uma escala evolutiva. Thompson (1998)

acrescenta ao apontar que Tylor, através de uma variedade de fenômenos analisáveis, classifica e compara, de forma sistemática tais elementos constitutivos das diferentes culturas.

Adentrando o século XX, sobretudo, a partir da década de 20, destacamos as contribuições de Bronisław Kasper Malinowski. O mesmo inaugura uma nova maneira de fazer na antropologia por meio do método etnográfico. Ao demonstrar que não seria possível compreender uma cultura analisando-a de fora ou à distância (CUCHE, 1999). Thompson (1998) ressalta que Malinowski também contribuiu com uma perspectiva evolucionista de cultura, na medida em que busca dispor o legado social em seus elementos componentes, na proporção que relaciona esses elementos um com o outro, direcionando-se para uma abordagem funcionalista da cultura, sempre considerando o meio ambiente e as necessidades do homem.

Essas compreensões de cultura se fundamentaram em um aporte teórico evolucionista calcado no modelo das ciências biológicas, ao considerar o desenvolvimento cultural como algo natural. Neste sentido, esse modo de conceber a cultura, orientado por um processo de comparação e classificação, pode sustentar conclusões deterministas e pseudocientíficas. Dessa forma, a partir de princípios científicos descontextualizados e de uma posição etnocêntrica, os povos foram classificados em inferiores e superiores a partir do seu espaço cultural. Concretamente, as consequências político-sociais destas compreensões de cultura são visíveis e históricas. Como ressalta Chaves (2006), devido a esta perspectiva evolucionista de cultura, a sociedade europeia foi tomada como padrão em um processo de dominação das outras civilizações, em uma ação de dominação das “raças” superiores (branca europeia) sobre as demais, consideradas inferiores.

Ampliando a compreensão dos fenômenos culturais, e já rompendo com o legado evolucionista de cultura, destacamos as contribuições de Franz Uri Boas. De acordo com Cucho (1999), as investigações sobre a dimensão histórica dos fenômenos culturais se constituem como principal contribuição de Boas. Conforme afirma Laraia (2004), Boas desenvolveu o particularismo histórico, compreensão de que cada cultura segue trajetórias diferentes em função dos diversos eventos históricos que enfrentou. Desse modo, sustentava que, ao estudar os costumes de uma determinada comunidade, era necessário buscar as explicações no contexto cultural e no processo histórico desta civilização (CANEDO, 2009).

Outro importante antropólogo no estudo da cultura, no século XX, foi o belga Claude Lévi-Strauss. Embora tenha sido influenciado pelos antropólogos culturais americanos, Lévi-Strauss se diferencia desta perspectiva teórica ao buscar ultrapassar a compreensão

particularista das culturas. Ademais, ele divergia da compreensão classificatória e evolucionista de cultura (CUCHE, 1999). Em seu trabalho, Lévi-Strauss buscava descobrir na estruturação dos domínios da cultura os princípios da mente que possibilitavam as elaborações culturais (LARAIA, 2004). Desse modo, considerava a cultura como sistema estrutural e a definiu “como um sistema simbólico que é uma criação acumulativa da mente humana” (LARAIA, 2004, p. 60). Com uma importante contribuição no estudo das práticas terapêuticas, Lévi-Strauss (1975) propõe o conceito de eficácia simbólica, ao mostrar que a eficácia terapêutica está relacionada com a regulação estrutural que o sistema social realiza sobre as posições, práticas e interpretações assumidas pelos agentes de cura e pelos sujeitos que procuram cuidado.

A partir da década de 70, do século XX, a antropologia interpretativa apresenta uma concepção diferente para a compreensão da cultura. Clifford Geertz, considerado fundador desta vertente antropológica, rompe com a ideia de universais culturais preconizados pela antropologia clássica, ao abandonar as descrições dos fenômenos culturais à formulação de suas supostas leis gerais e à concepção estratificada das relações entre as dimensões da vida. Neste sentido, propõe que a cultura seja compreendida como processo dinâmico, em um empreendimento interpretativo das redes de significados socialmente compartilhados que orientam e organizam a vida social (GEERTZ, 1987).

Desse modo, Geertz apresenta um conceito de cultura essencialmente semiótico, definindo-a como sistemas de significados construídos historicamente, incorporados em símbolos, através da qual os homens se comunicam, desenvolvem seus conhecimentos e suas atividades em relação à vida (GEERTZ, 1987). Desse modo, a cultura é concebida como sistemas entrelaçados de símbolos significantes e historicamente construídos que moldam a realidade social e a experiência pessoal. Para o autor, a simbolização é a marca distintiva do ser humano, o traço que lhe dá a singularidade, que o distingue de todos os outros animais. Destarte, a cultura passa a ser interpretada pelo caráter simbólico das ações, reações, atitudes e construções do homem em sociedade.

Sem a pretensão de apresentar todas as concepções e conceitos sobre cultura, até porque esse seria um trabalho demasiado extenso e, por outro lado, excederia a finalidade dessa reflexão, apresentamos até aqui algumas compreensões importantes construídas sobre a noção de cultura em diferentes momentos históricos e por distintas correntes teóricas, que possibilitam diferentes compreensões sobre o mundo e acerca do homem e que, de algum modo, coexistem atualmente e orientam nossas ações cotidianas. Desse modo, além de apresentar as concepções

de cultura, tomamos como referência, na construção deste trabalho, uma destas noções. Afastamo-nos das concepções evolucionistas, funcionalistas, ou fortemente estruturalistas da cultura e adotamos a concepção simbólica geertziana de cultura, acreditando que ela oferece um aparato mais adequado para a compreensão de sujeito e das suas construções simbólicas, na medida em que sustenta uma compreensão dinâmica de cultura, resultante das interações sociais, em que o sujeito constrói e se constitui neste meio sociocultural.

2.3.2. Saúde, doença e cuidado: construções socioculturais

Como discutimos nos parágrafos anteriores, a cultura oferece uma visão de mundo, ou seja, um modo de compreensão de como esse mundo é organizado e uma forma de explicação de como atuar neste mesmo espaço social, que ganha sentido através da própria cultura. Dessa forma, as pessoas que compartilham uma determinada cultura orientam suas vidas, seus conhecimentos, suas ações acerca da saúde e sobre os processos de adoecimento a partir dos significados socialmente construídos neste espaço cultural. Sendo assim, é só a partir de uma compreensão inscrita nesta totalidade sociocultural que será possível um entendimento ampliado dos sistemas de significados atrelados aos fenômenos relacionados à saúde-doença e às práticas de cuidado.

Conforme afirma Geertz (1978), a experiência corpórea é significada pelo sujeito a partir dos símbolos significantes disponíveis pela cultura. Desta forma, a experiência do adoecimento, as questões relativas às condições de vida e de saúde e os processos de cuidados são dimensões que advêm e se processam em função dos contextos socioculturais vivenciados pelos sujeitos (ALVES, 2004; LAGNDON; WIJK, 2010).

Neste contexto, as ciências sociais em saúde têm contribuído de forma significativa neste debate e, de modo específico, destaco a contribuição da antropologia médica com as construções teóricas de Arthur Kleinman. Orientado pelo conceito semiótico de cultura, enquanto sistemas simbólicos historicamente construídos e orientadores do comportamento, Kleinman (1980) propõe um modelo teórico para a compreensão da saúde, doença e cuidado enquanto um sistema cultural. Desse modo, afirma que a saúde, a doença e o cuidado estão relacionados a sistemas de significados, devendo ser analisados em suas relações mútuas e mediante sua contextualização social e cultural. Assim, analisá-los distante da realidade social, onde estes ganham sentido, ou mesmo de modo separado incorreria em uma compressão distorcida dos mesmos e de como se realizam.

Com a perspectiva de aprofundar o estudo dos componentes não biológicos dos fenômenos da saúde e doença, Kleinman (1978, apud ALMEIDA-FILHO, COELHO E PERES 1999) sistematizou seu modelo, em um primeiro momento, defendendo uma distinção entre as dimensões biológica e cultural da doença (*sickness*), que foram dispostas, respectivamente, em duas categorias: *disease e illness*. Para Kleinman (1980) a noção de *disease* se relaciona às alterações ou disfunções dos processos biológicos e/ou psicológicos, concebida segundo um modelo biomédico. Por outro lado, a categoria *illness* se refere à experiência e à percepção do sujeito aos sintomas e sofrimentos resultantes da *disease*. Neste sentido, envolvendo tanto a percepção do sujeito sobre os processos corporais, como os significados disponíveis no espaço cultural que possibilita dar sentido à experiência de adoecimento. Entretanto, em um segundo momento, Kleinman (1988) revisa sua primeira compreensão e afirma que as categorias – *disease, illness e sickness* – todas seriam construções socioculturais.

Ao compreender os sistemas médicos como sistemas culturais, vinculados a aspectos da realidade social onde ganham existência, estando presentes em todas as sociedades, Kleinman (1978) denomina estes sistemas como *health care systems* – sistemas de cuidado em saúde. Desse modo, o modelo biomédico se constitui como mais um entre os diversos sistemas de cuidado em saúde, sendo descrito como resultado do contexto social, político, econômico e cultural próprio à sociedade capitalista (KLEINMAN, 1995). Sendo assim, é importante revisarmos alguns pressupostos do modelo biomédico, concentrando-se em torno de uma reflexão sobre o processo de medicalização social, buscando apresentar alguns elementos históricos, culturais e sociopolíticos que possibilitam a construção deste fenômeno social.

Atualmente, em nossa sociedade ocidental, o processo de medicalização está tão presente no cotidiano de nossas vidas que este fenômeno pode até ser tomado como algo dado ou natural. No entanto, é necessário ter clareza que este é um fenômeno histórico e cultural, construído socialmente. Donnangelo (1979) aponta que a medicalização social enquanto extensão da prática médica normativa se constituiu numa relação complexa e dinâmica, em que se expressam os diversos interesses e o poder de diferentes classes sociais. A autora acrescenta que este fenômeno se configurou, não necessariamente como uma ampliação do cuidado médico, mas como uma extensão da normatividade da medicina nos modos de organização social e na regulação da vida privada.

Neste processo, a consolidação dos Estados nacionais e a construção da ideia de que a saúde do povo deveria ser compreendida como um assunto do Estado contribuíram para a

constituição da medicalização, já que o Estado assume o lugar de regulador da saúde nas populações. Desse modo, os profissionais de saúde ganharam o direito da intervenção; poder este que é legitimado pelo Estado e institucionalizado nos aparelhos sociais em formação (FOUCAULT, 1984).

Corroborando a discussão, Adam e Herzlich (2001) afirmam que o saber médico passou a ter valor normativo nas condições gerais da vida individual e coletiva e o discurso destes profissionais de saúde passou a ser tomado como grandes verdades instituídos de poder de dizer para as pessoas aquilo que era bom para suas vidas. A partir de então, a compreensão do estar doente passou a significar estar sob cuidados médicos. Castellanos et al. (2014) acrescentam que as práticas sociais, atividades desenvolvidas no cotidiano da vida das pessoas, se tornaram objetivo legítimo de investigação e intervenção dos profissionais de saúde.

Neste sentido, Tesser e Barros (2008) ressaltam que a medicalização social consiste em um processo em que o modo de vida das pessoas é apropriado pela lógica biomédica, a qual define as concepções e significados de saúde e do estar doente e, desse modo, interferindo em regras de higiene, costumes e comportamentos sociais. Tende-se assim a reduzir os processos de adoecimentos à dimensão orgânica, ao desvalorizar os modos de vida dos diferentes sujeitos, ou seja, seus valores, suas construções subjetivas e significados sociais relacionados ao processo saúde-doença.

Adam e Herzlich (2001) destacam que esta lógica biomédica impõe-se não apenas às questões de saúde-doença, mas amplia-se como uma grande forma de ver e conduzir a vida de modo que tudo aquilo que é considerado avesso à ordem da moral ou da razão médica passa a ser enquadrado nas “espécies patológicas”, ou seja, os desvios sociais passam a ser circunscritos pela normatividade medicalizante.

Neste cenário, segundo Donnangelo (1979), a medicalização se constitui como importante e estratégico instrumento de interferência e controle na sociedade industrial, ao assumir a hegemonia de um modelo político e ideológico, resultando no aumento do consumo por produtos e serviços de saúde. Neste contexto da sociedade capitalista industrial, a saúde passa a ser concebida também como uma mercadoria, com um valor regulado pelo mercado.

Conforme Tesser e Barros (2008), a expansão e consolidação dos sistemas formais de saúde, sustentados em uma racionalidade científica e na profissionalização e tecnificação do trabalho, também contribuíram com o processo de medicalização social, sobretudo, devido à lógica hegemônica biomédica pouco permeável ao pluralismo terapêutico. De acordo com

Kleinman (1995), o termo biomedicina refere-se à estrutura institucional da medicina no Ocidente, com sua base epistemológica e ontológica centrada na fisiopatologia. Segundo esse modelo, a saúde e a doença se constituem, sobretudo, como fenômenos de ordem biológica que devem ser tratados mediante uma ação de natureza técnica. Neste sentido, a categoria *disease* se constitui como a principal noção do modelo biomédico, ao deixar de lado as compreensões que concebem a doença enquanto resultado da organização e relações sociais bem como a partir da noção de experiência de adoecimento.

De acordo com Helmam (2003), o modelo biomédico se fundamenta numa racionalidade científica, com ênfase na mensuração objetiva e numérica de dados bioquímicos, no mecanicismo, no dualismo mente-corpo, na visão da enfermidade como entidade ontológica e na ênfase do diagnóstico e tratamento sobre o indivíduo doente. Premissas essas que são traduzidas de várias formas nas práticas de saúde, a exemplo de quando a medicina se coloca como único saber especializado no cuidado em saúde, quando o médico assume uma posição superior como o único detentor do conhecimento sobre o processo de adoecimento, ou ao desconsiderar o indivíduo enquanto sujeito histórico que é constituído e constrói o seu mundo sociocultural.

Tesser e Barros (2008) consideram que a medicalização, atualmente, está legitimada e oficializada nas ações e práticas de saúde desenvolvidas em nossa sociedade, mas apresentam uma alternativa ao processo de medicalização no âmbito da atenção à saúde, a pluralização terapêutica. Processo este de valorização e oferecimento de práticas de saúde que não estejam fundamentadas no modelo biomédico, como, por exemplo, as práticas desenvolvidas pelas medicinas alternativas e complementares. Por outro lado, no interior da própria biomedicina, é possível, como proposto por Almeida-Filho, Coelho e Peres (1999), adotar construções teóricas que sejam capazes de conceber a saúde e a doença como fenômenos complexos e resultado da interação de múltiplos fatores – nos níveis biológicos, psicológicos, sociais e culturais – e não apenas restrito aos processos bioquímicos e fisiopatológico.

A medicalização social é um processo com raízes históricas, orientado pelo modelo biomédico e edificada em um contexto sociocultural, engendrada dentro de um jogo de relações e interesses de ordem política, econômica, ideológica. Sendo assim, reconhecemos a importância de conhecer as nuances deste processo, sobretudo, as limitações da lógica racionalizadora que toma os fenômenos que envolvem a saúde e a doença apenas no nível biológico, diante do desafio de ampliarmos a compreensão do complexo saúde-doença-cuidado.

Neste contexto, mesmo diante das limitações da construção teórica de Kleinman, considerando que o mesmo se ateve às práticas curativas e à concepção de saúde enquanto ausência de doença (ALMEIDA-FILHO, COELHO E PERES, 1999), ressaltamos sua relevância para a compreensão dos sistemas de símbolos e significados acerca dos fenômenos que envolvem a saúde-doença e que se produzem no encontro entre sujeitos no processo de cuidado em saúde. Compreensão necessária, como destaca ALVES (2004), quando da possibilidade de realização de práticas culturalmente sensíveis, no âmbito da saúde.

3. OBJETIVO

3.1. Geral:

- Analisar as relações e dinâmicas socioculturais existentes na atenção básica relacionadas à compreensão do sofrimento psíquico de grupos sociais inscritos em um território e à realização das práticas de saúde mental neste nível de atenção.

3.2. Específicos:

- Identificar como a experiência do sofrimento psíquico vem sendo compreendida e abordada no âmbito de uma unidade de saúde da família por diversas categorias profissionais;
- Descrever e analisar práticas de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, de modo a refletir sobre seus limites e novas possibilidades de atuação;
- Reconstruir a trajetória de uma usuária da unidade de saúde da família acompanhada por um grupo de matriciamento de saúde mental na atenção básica, de modo a evidenciar as mudanças nas ações de cuidado e sobre suas condições de vida.

4. CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO

Ao tomar o objeto deste trabalho, as práticas de cuidado de saúde mental na atenção básica, nos voltamos para as experiências individuais e coletivas que se inscrevem em construções sociais e históricas e que são enredadas em teias de significados socialmente compartilhados. Essa incursão é possível não pelas somas dos elementos constituintes, mas pela apreensão da totalidade expressa da realidade social. Esta totalidade se caracteriza pela dinâmica que a constitui, fruto das relações sociais que se desenvolvem, dos processos sociais que realizam e das experiências de vida construídas.

Nesse sentido, implica em considerar a natureza múltipla e diversa do objeto estudado, a integração e desintegração de elementos diferentes e contraditórios, a compreensão de processo enquanto reconhecimento da mutabilidade dos elementos e a aceitação do imprevisto como forma de expressão de um sistema que é construído e reconstruído no tempo. Tudo isso se materializa em ações que englobam as diferentes dimensões dos fenômenos e que os abarcam em sua complexidade (MORIN, 1996).

Sendo assim, a perspectiva qualitativa se apresenta como uma alternativa para a investigação das construções teóricas complexas, sendo caracterizada pelo estudo de fenômenos em sua multidimensionalidade. Permite, dessa forma, que os participantes da pesquisa se coloquem como sujeitos críticos e criativos, implicando-se no problema da pesquisa a partir dos seus interesses, desejos e contradições. Denzin e Lincoln (2006, p.20) caracterizam a pesquisa qualitativa como uma atividade que, por meio do emprego de um método de investigação composto por diversas práticas materiais, dados empíricos e interpretações, objetiva dar visibilidade a “processos e a significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos”. Para esses autores, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa para o mundo, o que significa que estuda as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.

González Rey (2005) ressalta que a epistemologia qualitativa defende o caráter construtivo-interpretativo, em que o conhecimento resulta de um processo de produção, que também é um processo de constituição de sujeitos, e não algo que está pronto para conhecer com uma apropriação linear. Outra dimensão da perspectiva qualitativa é o ato de compreender a pesquisa como um processo de comunicação, um processo dialógico que se estabelece na

relação entre os sujeitos. A comunicação como via de acesso que permite conhecer os sentidos subjetivos que distinguem os sujeitos individuais e como espaço privilegiado de expressão simbólica. Ademais, Chaves (2006) considera que a perspectiva qualitativa apresenta uma concepção de ser humano como socialmente elaborado, o qual constrói e é construído por seu mundo sociocultural, mediante a sua inserção nas temporalidades, nos contextos e nas situações. Toda interpretação é produzida de forma intersubjetiva dentro de um diálogo que envolve pessoas presentes (pesquisador e pesquisado, por exemplo), ou ausentes (referentes significativos dentro da tradição cultural dos sujeitos da fala e produzidos nas relações sociais por eles estabelecidas no espaço social).

Neste sentido, acreditamos que a complexidade disposta na interação entre os diferentes atores sociais pode ser investigada a partir de uma imersão direta no território de saberes e práticas. Destacamos, de imediato, a contribuição da antropologia para este estudo com sua inscrição etnográfica, a qual possibilita para o investigador, segundo Geertz (1978), uma compreensão da cultura do outro a partir de sua imersão nesta. Destarte, a etnografia, rica para as investigações dos processos, das interações, das representações e das práticas sociais, é compreendida como estratégia que permitirá acessar a complexidade, a singularidade e a pluralidade que constituem as ações cotidianas.

Desse modo, a etnografia, na medida em que busca compreender os significados construídos e compartilhados pelos sujeitos em seu espaço sociocultural, se utiliza de técnicas voltadas para a descrição densa deste universo cultural (GEERTZ, 1978). Laplantine (2004) ressalta que a descrição etnográfica é a realidade social apreendida por meio do olhar do pesquisador, uma realidade mediada pela linguagem e que se inscreve em uma rede de intertextualidade, interligando a totalidade da realidade social por meio da qual se revelam as múltiplas dimensões que lhe são próprias. O autor destaca ainda que o fazer etnográfico deve envolver os múltiplos sentidos na apreensão dos fenômenos sociais, exigindo assim a atenção flutuante para se deixar surpreender pelo inesperado.

Outros aspectos relacionados ao fazer etnográfico dizem respeito ao próprio trabalho de campo. De acordo com Peirano (2005), o trabalho de campo deve se constituir como uma imersão no universo sociocultural do outro. Nunes e Torrenté (2013) destacam que essa imersão no campo demanda do pesquisador disponibilidade subjetiva, que possibilite que os sentidos sejam aguçados, vivências corporais experimentadas e que o estranhamento ceda lugar à apreensão do outro em seus diferentes modos de vida.

Ainda sobre a vivência do campo no trabalho etnográfico, Oliveira (200) ressalta a possibilidade de um maior contato com os sujeitos estudados, ao tomá-los não como simples informantes, mas como interlocutores em uma relação dialógica de co-construção do conhecimento. Esse processo é caracterizado não só pela produção de um saber sobre algo, mas pela construção ou reconstrução da própria trajetória do sujeito ao ser lembrada, compartilhada e/ou resignificada.

Desse modo, assumimos aqui o fazer etnográfico não como uma técnica de trabalho, mas como uma postura teórica no processo de conhecimento (BOUMARD, 1999), que demanda técnicas variadas na sua consecução. Neste sentido, essa investigação se propõe realizar uma análise etnográfica crítica, uma vez que que buscará desnaturalizar o mundo, evidenciando suas construções sociais, culturais e políticas (NUNES; TORRENTÉ, 2013). Ao adotar uma perspectiva qualitativa de cunho etnográfico, a referida investigação alinha-se às concepções interpretativas, em uma compreensão de realidade mediada pela construção social, a qual é expressa nas práticas e nos discursos socialmente compartilhados.

4.1. Contexto da pesquisa

A presente investigação faz parte de uma pesquisa maior (a qual chamo de “pesquisa mãe”), intitulada “A tessitura da rede de saúde mental no Distrito Sanitário da Liberdade (DSL): o matriciamento como fio condutor”, desenvolvida pela equipe do Núcleo Interdisciplinar em Saúde Mental (NISAM), do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). A referida pesquisa tem como objetivo analisar, numa perspectiva avaliativa processual e participativa, o processo de constituição das práticas de matriciamento em saúde mental no Distrito Sanitário da Liberdade - DSL, ocorridas durante os anos de 2010 a 2015. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA (processo nº 0040.0.069.069-11), bem como pela Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Salvador (CDRH/SMS).

A pesquisa é realizada de modo articulado com as atividades da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ISC, mais especificamente, com o campo de estágio de gestão desenvolvido junto à coordenação do DSL. Nesse campo da Residência, foram desenvolvidas ações no sentido de construir a rede intrasetorial e intersetorial em saúde mental

daquela região. A proposta foi agregar a tal prática uma pesquisa que buscasse avaliar os efeitos de uma tecnologia fundamental na tessitura da rede: o matriciamento.

Em termos metodológicos, são envolvidas, na implementação e avaliação processual do matriciamento, dois programas de agentes comunitários, duas equipes da Estratégias de Saúde da Família, os residentes em saúde mental, a gestão do DSL, os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) e do Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Adolescente (CAPSia) do DSL, pertencentes à área em questão, além dos usuários cujos cuidados foram matriciados.

Neste sentido, a referida pesquisa começou em 2012, no segundo ano das ações de matriciamento, e foi organizada em duas etapas. A primeira delas destinou-se especificamente aos 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados à referida unidade de saúde da família. Com estes profissionais foram realizadas entrevistas individuais e, em um segundo momento, eles foram acompanhados em algumas das suas atividades com usuários de saúde mental.

Buscava-se conhecer as produções narrativas desses agentes e, neste sentido, os significados produzidos sobre as ações, ou disparadas a partir destas, bem como buscava-se conhecer as práticas realizadas pelos sujeitos em suas experiências concretas de vida. Para tanto, utilizou-se a compreensão teórica do Sistema de Signos, Significados e Práticas (SSSP), formulado por Corin e Bibeau (1999, apud NUNES E TORRENTÉ, 2016b), na construção de um caminho metodológico que abrangesse a produção de elementos semióticos, interpretativos e pragmáticos na elaboração de uma abordagem em saúde mental que fosse culturalmente sensível e baseada na comunidade.

Nesta primeira fase da pesquisa foi dada ênfase às explicações de signos de visibilidade conferidos pelos agentes comunitários de saúde na identificação de aspectos que indicassem problemas de saúde mental; em seguida, buscou-se relacionar esses signos a significados, ou interpretações, construídos por estes profissionais; por último, foi buscado ancorar esses signos e significados em casos concretos, destacando as práticas que alicerçam esse sistema, possibilitando, além de uma compreensão das representações acerca do fenômeno, a identificação das práticas concretas. Nesta etapa ainda, foi solicitado que os ACS identificassem casos considerados marcantes/significativos pela equipe, com a finalidade de aprofundar a compreensão das ações de matriciamento e, desse modo, preparar a segunda fase da pesquisa.

Neste sentido, na segunda fase da pesquisa, além das observações das práticas de saúde mental desenvolvidas pela equipe da USF e da realização de grupos focais, tinha sido previsto a reconstituição de trajetórias de usuários acompanhados pelo grupo do matriciamento, de modo a identificar os efeitos do processo de matriciamento sobre as condições de saúde e de vida daqueles. Isso gerou descrições mais minuciosas das práticas em saúde mental com atenção para os aspectos que interatuam na constituição das mesmas. Para essas descrições mais densas, exigiu-se também uma permanência mais longa no campo, a fim de produzir uma observação que, pelo estranhamento, aticasse a percepção e, pela insistência, multiplicasse os detalhes (NUNES; TORRENTÉ, 2016b).

A sequência das referidas etapas tinha a finalidade também de ampliar o grupo de atores/pesquisadores envolvidos na pesquisa e, sobretudo, proporcionar uma maior familiaridade com os espaços através da circulação pelo território interno e externo ao serviço, de modo que fosse possível uma maior compreensão do contexto sociocultural de ancoragem das práticas. Sendo assim, ao final do terceiro ano desta investigação foi iniciado o trabalho de campo da segunda fase da pesquisa em dois âmbitos de ação.

Em uma vertente, foi realizada pelo grupo de pesquisadores a ação de reconstrução das trajetórias sociais dos usuários de saúde mental e, em um segundo plano, por meio deste trabalho etnográfico, buscou-se aprofundar a compreensão das práticas de saúde mental realizadas na USF Santa Mônica, com a realização da observação participante e grupos focais. Ademais, esse trabalho etnográfico buscou não só aprofundar a compreensão das práticas desenvolvidas pelos ACS, mas ampliou seu campo de observação, ao realizar a incorporação dos demais profissionais da equipe da USF na pesquisa. Somada à ação de descrição e análises das práticas profissionais, neste trabalho de mestrado foi realizada também a reconstituição da trajetória de vida de uma usuária de saúde mental acompanhada pela USF Santa Mônica.

4.2. Pesquisa atual: campo de estudo e participantes

Como descrito no tópico anterior, esse trabalho de mestrado (que nomeio aqui de “pesquisa atual”) corresponde a partes das ações de pesquisa realizadas na segunda fase da investigação intitulada “A tessitura da rede de saúde mental no Distrito Sanitário da Liberdade (DSL): o matriciamento como fio condutor”. Desse modo, à medida em que buscamos contribuir com a investigação sobre os efeitos das práticas de matriciamento em saúde mental

na atenção básica, essa incursão etnográfica se voltou, de modo muito peculiar, ao cotidiano do serviço, no que se refere às dinâmicas, relações e processos sociais que se realizam e experiências de vida que são produzidas a partir das ações de cuidado em saúde mental no âmbito da atenção básica.

O contexto sociocultural pretendido deveria ser aquele onde circulam as pessoas que buscam o cuidado na unidade de saúde da família, entretanto, destacamos que a etnografia realizada focou especialmente o âmbito institucional. Sobre esse ponto, ressaltamos, no entanto, que os serviços são sistemas abertos em constante interação com o meio social no qual está inserido; assim, estudá-los exige um olhar direcionado para as relações e processos que se realizam no intramuros, como também um olhar endereçado para as dinâmicas sociais existentes no espaço extramuros. Compreendemos então o contexto sociocultural do estudo como aquele que emerge da intercessão entre o dentro e o fora do serviço, orientado pelas práticas que abrangem os profissionais e usuários (NUNES; TORRENTÉ, 2016b).

Sendo assim, a presente pesquisa buscou realizar uma investigação etnográfica no espaço institucional da Unidade de Saúde da Família Santa Mônica, do Distrito Sanitário da Liberdade, Salvador/BA. Esta unidade de saúde se localiza no bairro de Santa Mônica no município de Salvador, Bahia. Ressaltamos que o território de abrangência desta unidade de saúde da família engloba não apenas as ruas do bairro Santa Mônica, como também algumas ruas do bairro do Curuzu e do bairro da Pero Vaz. A escolha dessa unidade de saúde está atrelada à realização da “pesquisa mãe” e às escolhas definidas *a priori* por esta investigação.

Nesta etapa da “pesquisa mãe” participaram profissionais e usuários da unidade de saúde da família. De modo específico, na realização desta etnografia, a observação participante envolveu os profissionais e usuários no contexto das práticas de cuidado. Nos grupos focais participaram os profissionais¹ da referida unidade de saúde da família, exceto os auxiliares de serviços gerais e o dentista, sendo eles: profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos) e de nível médio e técnico (técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, recepcionista, auxiliar de consultório odontológico e agentes comunitários de saúde). Por fim, foi reconstituída a trajetória social de uma usuária de saúde mental acompanhada no grupo de matriciamento.

¹ A quantidade de participantes em cada grupo focal está descrita no quadro 1.

4.3. Maneiras de fazer e modos de proceder

As reuniões do grupo de pesquisa em torno das discussões teóricas e das ações de planejamento do campo e construção dos instrumentos de coletas de dados precederam o início do trabalho de campo, momentos estes existentes não só no início da pesquisa, como durante as ações de campo. Esses foram espaços necessários na compreensão e delimitação do objeto investigado, bem como no exercício analítico e interpretativo dos dados. Desse modo, as maneiras de fazer e de proceder foram sendo coletivamente construídas com o grupo da pesquisa, embora as diferentes inserções dos pesquisadores foram construindo ritmos e níveis próprios de vinculação e elaboração. De modo específico, darei agora continuidade à descrição das ações e procedimentos que orientaram este trabalho etnográfico.

O início deste trabalho etnográfico se deu no mês de setembro de 2014, com a apresentação para a coordenação e equipe profissional do serviço do novo grupo de pesquisadores e com a realização das pactuações necessárias para a desenvolvimento desta etapa da investigação. A partir de então, esta etnografia seguiu os passos delimitados pelos objetivos que a orientam, em uma primeira vertente, na busca da compreensão dos aspectos que interatuam na realização das práticas de saúde mental na USF e, em outro vértice, na reconstituição de uma trajetória social, de modo a identificar os efeitos destas práticas na qualidade de vida de uma pessoa acompanhada.

Neste sentido, o trabalho de campo e a coleta de dados foram conduzidos mediante a inserção do pesquisador no supracitado serviço de saúde e nos espaços sociais de vinculação com as práticas de saúde mental, com a adoção da estratégia da observação participante, do grupo focal, da entrevista narrativa em profundidade e análises de documentos. Os documentos analisados correspondem às atas das reuniões de matriciamento dos anos de 2011 até o ano de 2015. Buscou-se, com essa combinação de técnicas de coleta de dados, a complementariedade das informações a partir das distintas fontes, considerando as diferentes narrativas e os diferentes lugares adotados pelos sujeitos.

4.3.1. Maneiras de fazer: observação participante

A entrada em campo se deu mediante a construção de laços de sociabilidade e vinculação com os atores sociais. Esta imersão gradativa e planejada no campo empírico foi conduzida pelo método da observação participante, acompanhada por um registro sistemático

das observações e interações em diário de campo. Ao fazer uso dessa técnica, o pesquisador deve orientar seus passos de modo a garantir uma imersão no campo de estudo, participando ativamente do contexto sociocultural do interlocutor, à medida que passa a fazer parte deste universo social.

De acordo com Malinowski (1955), existe um conjunto de fenômenos de grande relevância que não são passíveis de registro por meio de questionamentos, ou que não se inscrevem em documentos quantitativos, cabendo à observação participante o desafio de capturar os fenômenos que extrapolam o dito e o quantificável. Geertz (2003) ressalta que essa técnica reúne condições para uma aproximação do objeto de estudo sob o “ponto de vista dos nativos”, possibilitando apreender os significados presentes no discurso social, assim como nas ações e vivências dos sujeitos.

O uso da observação participante foi acompanhado pela produção dos diários de campo, registro descritivo e detalhado dos fenômenos e das interações sociais no contexto do estudo, produção que era realizada normalmente logo após a vivência e observações do campo de investigação. Desse modo, as observações participantes foram realizadas nos espaços da unidade de saúde (coordenação do serviço, nas salas de atendimento individual e grupal, sala de espera e na recepção do serviço) e no território adstrito, que compreendeu as residências dos usuários e os espaços de circulação e convivência existentes no referido território.

O uso da técnica da observação participante permitiu uma maior interação com os profissionais e uma maior compreensão das práticas de saúde mental desenvolvidas por estes no contexto da unidade de saúde da família. Ademais, criou condições para um vínculo mais estreito com alguns usuários do serviço e uma maior compreensão de suas histórias de vida.

4.3.2. Maneiras de fazer: grupo focal

Foi conjugado a esse estudo a realização de grupos focais por entender que esta técnica representa uma fonte que intensifica o acesso às informações sobre o objeto estudado, seja em virtude de o mesmo gerar novas concepções, ou pela averiguação de uma ideia em profundidade (BACKES et al. 2011; TRAD, 2009). Para Gaskell (2002), os grupos focais possibilitam um debate aberto e acessível em torno de um tema de interesse comum aos participantes. Ademais, para além de proporcionar a discussão de um tema, na realização de um grupo focal, sua dinâmica possibilita capturar o posicionamento dos profissionais frente ao tema abordado e as relações estabelecidas entre eles.

Neste sentido, os grupos focais foram conduzidos de modo a suscitar discussões entre os profissionais em torno do tema de interesse, ao serem estimuladas as expressões individuais e coletivas, caracterizadas por ideias em comum ou por distintos pontos de vista, e os relatos de experiências e vivências no contexto da prática profissional. Desse modo, foram trazidos para a discussão nos grupos focais os pontos que perpassavam as concepções e práticas de cuidado em saúde mental no âmbito da unidade de saúde da família. Encontra-se, no espaço dos anexos, o roteiro usado na condução dos grupos focais.

A proposta com o grupo focal era ter a participação de toda a equipe da USF nesta ação da pesquisa. Diante da dificuldade para encontrar momentos disponíveis em comum na agenda de trabalho entre os profissionais técnicos, os profissionais de nível superior e os ACS, a coordenadora do serviço sugeriu que houvesse momentos diferentes para esses grupos de profissionais. Desse modo, foram realizados três grupos focais de acordo com os respectivos agrupamentos de profissionais. Esta composição permitiu ainda que cada grupo ficasse mais à vontade para participações, impedindo relações de poder ou hierarquia inibitórias.

Para a realização dos grupos focais tivemos que enfrentar de início a dificuldade para conseguir horários disponíveis em comum entre os profissionais. Mesmo dividindo os profissionais em agrupamentos, essa dificuldade de horário não diminuiu. Desse modo, depois de muito esforço, conseguimos agendar com a coordenação do serviço os três momentos para a realização dos grupos focais. Entretanto, devido a reajustes nas agendas dos profissionais e, por conseguinte, impossibilidade de horários em datas anteriormente agendadas, precisamos reagendar os momentos dos grupos focais duas vezes. A maior dificuldade foi a de conseguir horário disponível na agenda dos profissionais de nível superior, especificamente, dos médicos. Mas, após essas tentativas, foi possível a realização dos grupos focais.

A primeira sessão de grupo focal aconteceu ao final de uma tarde de atendimento, sendo realizada com os profissionais de nível médio e técnico, sendo iniciada às 15h, do dia 17 de julho de 2015. Seguem, no quadro 1, os agrupamentos de profissionais que participaram das três sessões de grupos focais.

Quadro 1. Agrupamento dos profissionais da USF Santa Mônica que participaram dos Grupos Focais.

Quantidade	Agrupamento 01
03	Técnicos de enfermagem
01	Recepcionista
01	Auxiliar em saúde bucal
Quantidade	Agrupamento 02
02	Médicos
01	Enfermeiro
Quantidade	Agrupamento 03
07	Agentes comunitário de saúde

Elaboração própria. Fonte grupo focal.

A segunda sessão do grupo focal seguiu o mesmo critério de agrupamento e disponibilidade de horário. Esta tinha sido agendada também para acontecer no turno vespertino após os atendimentos, no dia 31 de agosto de 2015, especificamente às 15h, com os profissionais de nível superior. Entretanto, devido aos atrasos nos atendimentos, o grupo focal só pode ser iniciado às 16h. Por causa destes atrasos, dois dos cinco profissionais presentes na USF naquele dia não puderam participar. No entanto, diante da dificuldade de conseguir outro momento para a realização desta ação de pesquisa com o mesmo agrupamento de profissionais, ficou mantida esta sessão de grupo focal, mesmo com as ausências. A terceira sessão de grupo focal seguiu o mesmo critério de agrupamentos das anteriores. Esta foi agendada para o início de uma tarde, especificamente às 13h, do dia 30 de novembro de 2015, com os agentes comunitários de saúde.

No início de cada sessão era apresentado o objetivo da referida atividade de pesquisa, passando em seguida para a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e realizado o convite formalmente para que os profissionais participassem daquele momento e,

caso aceitassem, manifestassem seu consentimento, assinando o TCLE. Para todos os participantes foi entregue uma cópia do TCLE assinado pelo pesquisador. Mediante também consentimento, todas as sessões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Cada sessão teve duração média de uma hora.

4.3.3. Maneiras de fazer: entrevista narrativa em profundidade

Outra técnica de produção de dados adotada na construção desta investigação foi a entrevista narrativa em profundidade. Gaskell (2002) aponta que a entrevista é um processo de interação social e pode favorecer a exploração em profundidade de saberes, normas, valores bem como das representações construídas socialmente. Jovchelovitch e Bauer (2002) ressaltam que a entrevista narrativa se fundamenta no pressuposto de que as experiências do sujeito podem ser expressas na forma de uma narrativa. Desse modo, ao narrar sua história de vida, o sujeito expressa suas vivências e redes de significados que permeiam sua trajetória.

As entrevistas narrativas possibilitam, no momento em que os sujeitos narram suas histórias ou as recontam, ressignificar e/ou reelaborar antigas experiências, em um processo relacional e dinâmico, permitindo que a história pessoal do sujeito seja reelaborada ou reinterpretada à luz dos significados socialmente construídos (CHAVES, 2006). Jovchelovitch e Bauer (2002) acrescentam ainda que a entrevista narrativa possibilita uma relação direta com o contexto sociocultural do sujeito entrevistado, priorizando as experiências vivenciadas pelo narrador e suas interpretações sobre seu mundo sociocultural.

Desse modo, na reconstituição da trajetória social de uma usuária de saúde mental acompanhada pelo grupo do matriciamento, a entrevista narrativa em profundidade foi o principal instrumento utilizado. A escolha desta usuária para reconstrução de sua história de vida esteve atrelada a alguns desdobramentos da primeira etapa da “pesquisa mãe”, quando, em entrevista com os ACS, estes foram solicitados a mencionar casos marcantes/significativos de saúde mental e que foram acompanhados no matriciamento. Além deste ponto, os casos que tiveram suas histórias reconstituídas em profundidade na segunda fase da “pesquisa mãe” foram escolhidos a partir dos seguintes critérios: ter sido mencionado por, pelo menos, três ACS, apresentar heterogeneidades quanto ao diagnóstico e se constituir enquanto um caso com possibilidade de ser acompanhado, diante da dificuldade de acesso a alguns usuários por morarem em regiões do bairro com altos índices de violência. Sendo assim, um destes casos foi reconstituído nesta incursão etnográfica e é apresentado nesta dissertação.

Na análise das entrevistas narrativas, são destacadas as experiências na história de vida da participante que se apresentassem, para seus narradores, enquanto aspectos suficientemente significativos para serem compreendidos como “pontos de virada” na sua trajetória de vida. A identificação desses pontos de viradas permitia que os mesmos fossem analisados em profundidade, conforme adaptação de um instrumento de semelhante nome, em inglês “*Turning Point*”, construído por Ellen Corin e seus colaboradores na Universidade McGill (NUNES, et al., 2010).

Entrevistas orientadas por esse instrumento são realizadas não apenas pelas pessoas que têm suas trajetórias reconstituídas, como também pelos familiares ou demais pessoas de referência para o sujeito em questão. De acordo com NUNES et al. (2010), a finalidade destas entrevistas é examinar os pontos de confluências ou de dissonâncias entre os diferentes interlocutores, quanto aos aspectos significativos e sua interpretação, construído a partir da experiência do sujeito e daqueles que lhes são próximos.

Após a escolha da usuária a ter sua trajetória social reconstituída, procuramos delinear estratégias para que pudéssemos atingir nosso objetivo. Desse modo, buscamos identificar pessoas ou profissionais de referência que pudessem nos ajudar no estabelecimento do contato e vinculação com a respectiva usuária. Neste sentido, o agente comunitário de saúde que trabalhava na microárea onde a participante mora se apresentou como a principal pessoa de referência na construção do vínculo com a usuária, assim como um importante informante sobre o caso.

Foi realizado o contato com o ACS e apresentado em detalhes o objetivo da ação, bem como explicitada a sua contribuição neste trabalho. Prontamente, a ACS aceitou em participar. Assim, inicialmente, foi combinado com a profissional a presença dela na primeira visita à residência da usuária, de modo que ajudasse na realização do primeiro contato e construção do vínculo. Pela impossibilidade de realizar as entrevistas no espaço da unidade de saúde, pelo fato da família não ter disponibilidade para vir ao serviço, todas as entrevistas foram realizadas na residência da participante, o que fez a participação da ACS ainda mais necessária, tendo em vista que a usuária morava em uma região do bairro controlada por traficantes locais; assim só era permitido o acesso a essa parte do bairro por moradores ou por profissionais já conhecidos. Desse modo, nosso contato com a usuária e com família em sua residência precisou sempre do apoio do ACS para que nos acompanhasse até o local.

Em nosso primeiro encontro com a usuária em sua residência, apresentei o objetivo de nossa visita e da pesquisa, para a qual ela estava sendo convidada a participar. Após apreciação e aceite do convite, foi agendado o dia e horário da primeira entrevista. Conforme tinha sido acordado, a primeira entrevista foi realizada com a participante do estudo. Foi apresentado novamente o objetivo da pesquisa e a metodologia da entrevista, à medida que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pela participante, recebendo uma cópia deste documento assinada pelo pesquisador. Foi solicitada também autorização para a gravação em áudio da entrevista. Neste momento, buscou-se identificar pessoas que fossem referências para a usuária e que tenham sido importantes em sua trajetória de vida, as quais pudessem também falar sobre a história de vida da participante.

Neste sentido, identificamos a mãe e uma das irmãs da participante enquanto informantes chave na reconstituição desta trajetória social. Desse modo, estas duas senhoras também foram convidadas a ser entrevistadas. Sem objeções, as duas aceitaram o convite e, assim, agendamos os momentos para a realização das entrevistas. Neste sentido, a segunda entrevista foi realizada com a mãe da participante e a terceira com a sua irmã.

As entrevistas foram conduzidas por um conjunto de questões, conforme roteiro em anexo, referentes à experiência de sofrimento psíquico, à busca de ajuda e cuidados, à gestão da vida cotidiana, à vida laboral e à rede de apoio social. As entrevistas tiveram uma duração média de 50 minutos. Todas elas foram gravadas e posteriormente transcritas.

4.4. Referencial de Análise

Ao tomar como base referencial a perspectiva qualitativa e, de modo específico, a antropologia interpretativa, o nosso desafio nesta incursão foi compreender os significados construídos pelos sujeitos e as dinâmicas e relações sociais que se realizam no contexto da atenção básica nas ações desenvolvidas em saúde mental. Neste sentido, ao concebermos a unidade de saúde da família como uma microcultura, ou seja, como um universo cultural produtoras de práticas sociais e que é utilizado pelos sujeitos como recurso para a articulação da sua experiência de vida (NUNES, et al., 2010), a análise deve-se voltar para este universo, seus idiomas, práticas e significados socialmente construídos.

De acordo com Geertz (2008), a interpretação antropológica busca construir uma leitura do que se realiza no espaço social; assim, dissociar essa compreensão das pessoas e do lugar

onde o sistema simbólico ganha existência é torná-la vazia. Ademais, a tarefa principal não é codificar regularidades abstratas em padrões unificados, ou buscar generalizações através dos casos, mas tornar possíveis descrições minuciosas que visam proporcionar inteligibilidade a um conjunto de atos simbólicos existentes neste universo cultural.

Geertz (2008) considera que o método apropriado para a análise interpretativa é a descrição densa, que possibilita apreender as particularidades, ou peculiaridades, de uma cultura. Neste sentido, caracteriza a descrição etnográfica ao dizer que:

“(...) ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o "dito" num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis (...) ela é microscópica” (GEERTZ, 2008, p. 15).

Desse modo, a própria descrição densa, que, segundo Laplantine (2004), relaciona-se com a apreensão da realidade social pelo olhar ao mesmo tempo treinado e curioso do pesquisador, se torna linguagem e se inscreve em uma rede de intertextualidade, se constituindo como uma interpretação. Entretanto, Geertz (2008), ao afirmar que os textos antropológicos se configuram eles mesmos como uma interpretação, ressalta que esta interpretação é de segunda ou de terceira mão, pois só os “nativos” podem fazê-la em primeira mão.

É a partir desta perspectiva interpretativa que este trabalho buscou identificar as estruturas de significações inscritas no discurso social, ao passo que se propôs a reconstituir os fios da teia de significados tecidos e enredados nas trajetórias dos sujeitos, expressos nas narrativas produzidas ou nas suas práticas concretas.

4.4.1. *Categorias de análise*

Após as reflexões teóricas e considerações metodológicas, que sinalizam para uma ação reflexiva, crítica, política e contextualizada, apresento as categorias que orientaram a análise e discussão deste trabalho.

1. Concepção de Saúde Mental

- Concepções dos profissionais de nível médio/técnico;
- Concepções dos profissionais de nível superior.

2. Práticas de cuidado em saúde mental

- Aspectos técnicos;
- Aspectos relacionais;
- Aspectos e socioculturais.

3. Matriciamento

- Efeitos no cuidado.

4.5. Considerações Éticas

Cumprе mencionar a fundamental importância da reflexão e discussão dos aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos. A postura adotada no presente estudo está voltada à responsabilidade com todo o processo de investigação e com os sujeitos envolvidos, valendo-se de uma noção weberiana, a ética da responsabilidade (WEBER, 2002), enquanto um princípio orientador das nossas ações de pesquisa. Desse modo, realizando uma compreensão ampla das implicações desse processo e assumindo o compromisso com o todo da ação e com as suas possíveis consequências, por entender que ações atuais trazem consequências no presente e no futuro e que a situação de todo o processo depende das práticas desenvolvidas no contexto atual.

Ademais, assume-se a compreensão deste fazer ético situado no campo da ação, mas estreitamente relacionado com a reflexividade, ou seja, uma prática que se conjuga ao ato reflexivo em um movimento constante que visa examinar e refletir acerca dos princípios e dos

fundamentos que devem orientar a ação humana (MARCONDES, 2007). Neste sentido, considera-se que o agir ético se inscreve em uma realidade concreta e, desse modo, não pode ser desvinculada da realidade sociocultural em que a mesma ganha existência.

Neste sentido, tivemos como fundamento maior garantir os direitos dos participantes e a responsabilização com todo o processo de investigação. Compreendendo que tais direitos (justiça, autonomia, beneficência e não maleficência) são garantidos, primeiramente, pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 466/2012, que versa sobre os fundamentos legais que possibilitam e legitimam a pesquisa com seres humanos no país. Sendo assim, a realização do presente estudo esteve situada no esclarecimento dos objetivos e de toda ação de pesquisa e no consentimento livre e esclarecido dos sujeitos participantes do estudo.

5. SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA USF SANTA MÔNICA

Nossos passos pelo território adscrito do USF Santa Mônica percorreram caminhos enredados pelos muros manicomiais da exclusão, mas seguiram, principalmente, os trilhos direcionados para as práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico em espaço de liberdade. Este caminhar nos levou ao contexto das ações técnicas e profissionais no âmbito de uma Unidade de Saúde da Família, mas, sobretudo, nos conduziu aos cenários das relações sociais travadas pelos diferentes atores neste espaço de cuidado em saúde.

Este contexto é vivido e experienciado por diferentes sujeitos e se constitui enquanto resultado do acúmulo de situações históricas, políticas, sociais e culturais. Para acessá-lo, tornou-se essencial uma imersão nesse cenário de relações de modo a melhor compreendermos o sujeito e seus usos desse território (SANTOS, 2003), imersão que passa a ser também essencial para o entendimento dos modos de apropriação do espaço social e sua relação com a saúde. Nesse sentido é que nos debruçamos sobre alguns aspectos históricos e socioculturais que envolvem a Unidade de Saúde Santa Mônica e o seu território de abrangência com a finalidade de melhor situarmos e compreendermos as ações de saúde mental neste espaço de saúde.

5.1 Santa Mônica: Um território da Liberdade em meio aos muros da exclusão

A USF Santa Mônica fica no bairro Santa Mônica, mas sua área de circunscrição compreende também os bairros da Pero Vaz e Curuzu. Acreditamos que a localização da USF se deve à estratégia geográfica e de acessibilidade e parece indicar também que as áreas de cobertura obedecem a um perfil socioeconômico, desenhado a partir das zonas especiais de interesse, que são áreas urbanas destinadas para assentamento habitacional de população de baixa renda (BRASIL, 2009a). Esses bairros têm seus limites borrados pela própria geografia do local e pelo processo de construção das residências, caracterizado pelo aglomerado de construções dos bairros populares de Salvador.

A USF Santa Mônica faz parte do Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), um dos 13 distritos sanitários da cidade de Salvador, recebendo esse nome em referência ao bairro mais populoso de sua área de abrangência. Na área que atualmente compreende o DSL estavam outrora concentrados os principais hospitais psiquiátricos da Bahia: A Casa de Saúde Ana Nery,

o Hospital Especializado Mário Leal, o Sanatório Bahia e o Hospital Psiquiátrico Santa Mônica. Este último está localizado no próprio bairro Santa Mônica e teve uma grande influência na construção e crescimento do próprio bairro, influência que é notada até no atual nome do bairro. De acordo com Santos et al. (2010), uma das versões da história do nome do bairro Santa Mônica é que o mesmo teria esse nome por causa do Hospital Psiquiátrico Santa Mônica.

Com a promulgação da Lei Nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, os referidos hospitais começaram a fechar seus leitos psiquiátricos. Em 2003, o Hospital Psiquiátrico Santa Mônica encerra suas atividades de internação psiquiátrica e, em 2006, a Casa de Saúde Ana Nery e o Sanatório Bahia fazem o mesmo. Só o Hospital Especializado Mário Leal ainda permanece em funcionamento bem como a Clínica Bom Viver, clínica particular de internação psiquiátrica que funciona nas instalações onde existia o Hospital Psiquiátrico Santa Mônica.

Com a proposta de construção de uma rede de serviços substitutivos de base territorial, na região do distrito da Liberdade, a rede de saúde mental começa a ser implantada em 2004, com a construção do Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSia) e, em 2009, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) da Liberdade passa a fazer parte do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em relação à implantação da Unidade de Saúde da Família (USF) no bairro Santa Mônica, de acordo com Souto et al. (2013), ela nasce a partir da mobilização da sociedade, especificamente, das mulheres residentes na comunidade que reivindicavam um serviço de saúde para atender às necessidades de saúde da comunidade, sobretudo, das mulheres grávidas que precisavam se deslocar para bairros distantes à procura de atendimento de saúde.

Em seu início, com características de posto de saúde, a USF Santa Mônica tinha demanda aberta, mas depois se transformou em Unidade Básica de Saúde com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em 19 de novembro de 2001, passa a fazer parte do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Em 2004, a USF Santa Mônica incorpora o Programa de Saúde da Família e, posteriormente, torna-se Estratégia de Saúde da Família.

No início, a unidade contava com quatro equipes, mas, em 2007, com a criação de uma USF em um bairro vizinho, duas equipes acabaram sendo deslocadas para essa nova unidade de saúde. Atualmente, ela faz parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da

Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que visa estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país no nível da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade de modo a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais (BRASIL, 2012).

Atualmente, a USF Santa Mônica, nas duas equipes, conta com os profissionais conforme descrito no quadro abaixo (quadro 2).

Quadro 2. Profissionais que trabalham na USF Santa Mônica.

Quantidade	Profissionais de nível médio	Quantidade	Profissionais de nível superior
12	Agentes comunitários de saúde	01	Gerente
05	Técnicos de enfermagem	02	Enfermeiros
01	Auxiliar em saúde bucal	02	Médicos
01	Recepcionista	01	Dentista
02	Auxiliares de serviços gerais		
01	Auxiliar administrativo		
01	Auxiliar de farmácia		

Elaboração própria. Fonte USF Santa Mônica.

Entre as atividades que são realizadas no serviço, a unidade informa em seus murais realizar serviços de imunização, nebulização, puericultura, pré-natal, hiperdia (cadastramento e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*), planejamento familiar, tratamento de tuberculose e hanseníase, confecção de cartão SUS, atendimento médico, odontológico e de enfermagem, atividade de educação em saúde, visitas domiciliares e fornecimento e administração de medicação. No entanto, não é informada a realização de práticas de cuidado em saúde mental pela equipe da unidade, embora, desde o ano de 2010, virem sendo realizadas ações de apoio matricial em saúde mental nesse serviço de saúde.

Com relação ao número de famílias acompanhadas na USF Santa Mônica, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)², considerando os dados das duas

² SMS, TABNET Salvador / SIAB, 2016. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>. Acesso em: 22/05/2016.

equipes que atuaram na unidade no ano de 2015, a USF Santa Mônica teve 20.285 famílias acompanhadas no respectivo ano, com uma média de 1.690 famílias por mês. Quanto ao número de famílias visitadas nesse mesmo ano, a USF Santa Mônica realizou 18.205 visitas domiciliares, com uma média de 1.517 visitas por mês.

Em relação ao perfil de atendimento da unidade do ano de 2014, ainda de acordo com o SIAB³, a USF Santa Mônica realizou 161 atendimentos de puericultura, 437 de pré-natal, 364 atendimentos de diabetes, 998 atendimentos de hipertensão arterial sistêmica, 173 atendimentos de prevenção ao câncer no colo uterino e 28 atendimentos a pessoas com doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas, AIDS. É necessário ressaltar que esses dados não foram somados com as informações de produção da unidade dos três últimos meses do ano de 2014, pelo fato de não estarem disponibilizados no respectivo sistema de informação no momento da consulta.

Embora exista, atualmente, no SIAB espaço para registro do número de atendimentos médicos e de enfermagem em saúde mental realizados pela unidade de saúde da família, no ano de 2014 e 2015, não havia nenhum dado neste sistema de informação referente às ações de saúde mental realizadas pela unidade Santa Mônica, sem que conheçamos a razão dessa subnotificação. Isso incorre na perda de um conjunto de dados e informações relativo às ações de saúde mental que estão sendo realizadas no âmbito da atenção básica, além de serem ignorados outros tipos de atividades que têm sido desenvolvidas com as pessoas em sofrimento psíquico, como as visitas domiciliares, ou as ações dos ACS seja pela falta de espaço para o registro, ou pelo não preenchimento dos poucos espaços existentes.

No âmbito das ações em saúde mental no distrito da Liberdade, o CAPSia e o CAPS II se constituem como importantes referências de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico neste território. Com relação ao contexto da gestão do DSL, um importante espaço na esfera do planejamento, monitoramento e avaliação é a área técnica de saúde mental do DSL que foi criada, em 2010, com a responsabilidade pela gestão municipal das ações de saúde mental neste distrito, mas que foi desfeita pela atual gestão do município.

Outra importante iniciativa aconteceu neste mesmo ano, ao ser reconhecida a necessidade do desenvolvimento de estratégias de gestão que favorecessem a organização e consolidação de uma rede local de cuidado integral e intersetorial à saúde mental. Desse modo,

³ SMS, TABNET Salvador / SIAB, 2015. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>. Acesso em: 20/10/2015.

o curso de Residência em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (RMSM/ISC/UFBA) propôs apoio técnico para a construção coletiva de ações de saúde mental no território.

A partir daí, um conjunto de projetos de intervenção comunitária e ações de apoio institucional aos dois CAPS e às USF do distrito começaram a ser planejadas e realizadas. Entre as ações, com a proposta de qualificação do cuidado e ampliação do acesso de pessoas com sofrimento mental aos serviços de saúde, buscou-se a implementação do matriciamento de saúde mental na atenção básica. Desse modo, em 2010, o apoio matricial é iniciado na USF Santa Mônica, sendo realizado em conjunto com as equipes do CAPS II, do CAPSia, com os residentes de saúde mental e com a participação da equipe técnica de saúde mental do DSL nas reuniões.

As práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na USF Santa Mônica passaram então a ser conduzidas e disparadas pelas ações de matriciamento. Poderíamos até mesmo dizer que o apoio matricial se configurou como o início da atenção psicossocial nesta USF, já que a unidade não era vista pelos profissionais nem pelos os usuários como um espaço de cuidado em saúde mental e, desse modo, não existiam ações de cuidado direcionadas às pessoas em sofrimento psíquico.

Pesquisador: Antes do matriciamento, como era o cuidado às pessoas em sofrimento mental aqui na unidade?

Recepcionista: Não tinha nenhum. Não tinha nenhum.

Técnico de enfermagem 2: Quem quisesse alguma coisa, procurava o hospital psiquiátrico. (Grupo focal com profissionais de nível médio e técnico)

Com o apoio técnico, por meio das ações de matriciamento, a equipe da USF Santa Mônica passa a realizar ações direcionadas para as pessoas em sofrimento psíquico, ou possibilitar maior acesso desses usuários às diversas ações de saúde já desenvolvidas pelo serviço. Destarte, a USF começa a ser constituída como mais um espaço de cuidado em saúde mental, assumindo aos poucos a corresponsabilização pelas práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico no âmbito da atenção básica.

Entretanto, a participação nas reuniões e ações do matriciamento não aconteceu de maneira uniforme entre todos os profissionais da USF. Embora a proposta tenha tido um direcionamento estratégico para alcançar primeiramente o apoio dos ACS, desde o seu início, ela foi aberta a toda equipe da USF. Desse modo, ao longo deste trabalho de apoio matricial, é

possível perceber níveis de vinculação e implicação diferenciados entre os vários profissionais – com formação superior, com curso médio/técnico e agentes comunitários de saúde – com consequentes distinções também na apropriação das noções teóricas e técnicas no âmbito da saúde mental.

Neste sentido, a partir da própria forma como alguns dos dados acabaram sendo obtidos⁴ e da posterior análise dos dados, foi possível identificar diferentes inserções, concepções e ações dos profissionais da USF referentes ao cuidado em saúde mental. Seguiremos nossa reflexão a partir destas três categorias profissionais: profissionais de nível médio/técnico, os profissionais de nível superior e os agentes comunitários de saúde.

5.2. Concepções e práticas de saúde mental na USF Santa Mônica: maneiras de fazer dos profissionais de nível médio e técnico

Apresentar a análise nessa sequência de discussão segue o caminho inverso com que as categorias profissionais começaram a participar de modo efetivo do matriciamento e, por conseguinte, a se responsabilizarem pelo cuidado em saúde mental: os ACS foram os primeiros, seguidos pelos profissionais de nível superior e, por fim, os profissionais de nível médio/técnico. Escolhemos a ordem inversa, pois acreditamos existir um caminho bastante revelador no que se refere ao tempo de vinculação e participação no matriciamento e, por conseguinte, na apropriação das noções técnicas e teóricas em saúde mental e na realização de práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico.

A partir da consulta às atas das reuniões de matriciamento, foi possível identificar uma participação muito eventual dos profissionais de nível médio/técnico nas mesmas, passando para uma presença mais frequente apenas cerca de um ano e meio depois e, ainda assim, não com assiduidade. Essa baixa presença pode estar relacionada com o fato dos mesmos não serem liberados das suas demais atividades no momento das reuniões do matriciamento, diferentemente da postura adotada pela coordenação da USF com os profissionais de nível superior e com os ACS, que têm tempo reservado para estas reuniões. Assim, os profissionais

⁴ Refiro-me especificamente à realização dos grupos focais, que, em virtude da disponibilidade dos próprios profissionais para participarem desta atividade, acabaram sendo organizados por agrupamentos de profissionais: os profissionais de nível superior, os profissionais de nível médio e técnico e os agentes comunitários de saúde.

de nível médio/técnico acabam participando apenas quando não existem outras ações a serem desenvolvidas.

Pesquisador: É... vocês participam das reuniões e matriciamento?

Recepcionista: Não, que nunca a gente não tem tempo.

Auxiliar de saúde bucal: Eu...

Técnico de enfermagem 1: A gente participa.

Técnico de enfermagem 2: Participa.

Recepcionista: Vocês, mas eu não. Nunca participei...

Técnico de enfermagem 1: A gente participa.

Técnico de enfermagem 2: Participa.

Pesquisador: E, para os que participam, há quanto tempo vocês participam?

Técnico de enfermagem 2: Eu vou fazer dois anos.

Técnico de enfermagem 1: A gente tem um ano e meio, né? (Grupo focal com profissionais de nível médio e técnico)

Esse ponto nos leva a problematizar a perspectiva do trabalho em equipe no contexto das unidades, dimensão que se constitui como uma das principais características quando se refere ao processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 1997; 1999; 2000). Entretanto, tanto as publicações do governo federal supracitadas como as pesquisas que abordam a questão do trabalho no âmbito da Estratégia de Saúde da Família dão destaque para as práticas do profissional enfermeiro (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008; SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010), dos médicos (ARIAS, 2001; ALVARENGA, 2005) e dos agentes comunitários de saúde (NUNES et, al, 2002; BEZERRA; ESPIRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005; BORNSTEIN; STOTZ, 2008), mas pouco se discute sobre a atuação dos técnicos de enfermagem e dos auxiliares em saúde bucal. Destaco, neste sentido, trabalho realizado por Nunes, Jucá e Valentim (2007) que brevemente discute as atitudes dos técnicos de enfermagem no contexto da atenção básica frente ao cuidado em saúde mental.

Muito menos é abordado sobre o trabalho dos auxiliares administrativos, de farmácia, de serviços gerais e recepcionistas neste contexto de trabalho da unidade de saúde da família. A prática destes profissionais é vista como uma ação meramente técnica e/ou administrativa, sem que tenham como finalidade o atendimento direto ao usuário, perdendo, portanto, em importância para o planejamento e realização do cuidado em saúde. Na realidade concreta, ainda que o fazer destes profissionais exija, em muitos momentos, um maior direcionamento técnico-administrativo, eles com frequência têm contatos com as pessoas que procuram atendimento no serviço, ou até mesmo desenvolvem ações direcionadas aos usuários. Nesse

sentido, as práticas destes profissionais acabam sendo também uma ação de cuidado, ou são de grande importância no planejamento e realização do cuidado no serviço, sobretudo, no âmbito da saúde mental. Vale notar que muitos destes profissionais, por morarem no território da própria unidade de saúde, ou por terem maior contato com os usuários, acabam desenvolvendo uma maior vinculação com os mesmos e, em muitas vezes, terminam sendo o profissional que realiza o acolhimento e a escuta destes usuários quando eles procuram o serviço. Encontramos esta forma de atuação algumas vezes durante o trabalho de campo, que pode ser visualizada em um dos momentos de observação da sala de espera na USF Santa Mônica e que reaparece no relato da profissional no momento do grupo focal.

Ao chegar na unidade de saúde naquela manhã, fiquei aguardando a chegada da dentista, pois ela tinha me convidado para lhe acompanhar em uma visita a uma creche do bairro naquele dia. Então, fiquei esperando a chegada da profissional na sala de espera, oportunidade também para acompanhar um pouco da dinâmica daquele local. Enquanto observava alguns usuários sentados e outros em pé aguardando atendimento, Flora⁵ entrou na USF. Ela passou pela recepção, veio até as salas de atendimentos e ali ficou alguns minutos parada olhando as pessoas. Ao chegar perto de mim, eu lhe cumprimentei, desejando um bom dia. Ela dirigiu o olhar para mim e fez o mesmo cumprimento. Sem mais palavras, ela se voltou e foi em direção à recepção da USF. Ao perceber a presença de Flora na recepção, Estela, a recepcionista, perguntou como ela estava. Flora disse que estava tudo bem. Flora, então, começa a falar algumas palavras muito baixo. Como eu não estava conseguindo ouvir a conversa, aproximei-me um pouco para tentar acompanhar o diálogo. Só assim consegui novamente ouvi-las. Flora falava como era o bairro Santa Mônica há alguns anos atrás e falou sobre a história do nome do bairro. Estela ouviu atentamente, demonstrando interesse pelo relato de Flora. Em seguida, falou que tinha achado interessante aquela informação, pois ela não sabia sobre essa parte da história do bairro. Logo após, uma pessoa entrou na USF e veio à recepção solicita informação. Com a chegada dessa pessoa, Flora se retirou e acabou indo embora. (Diário de campo – Pesquisador)

Recepcionista: Que ela disse que a história que era essa aí, por isso que botou o nome Santa Mônica. Que a história... que aqui só tinha maluco, dizendo ela... foi Flora... Foi! Foi mesmo!

Técnico de enfermagem 1: Quem falou?

Recepcionista: Flora. Você não viu Flora dizendo a mim naquele dia?

Técnico de enfermagem 1: Não.

Recepcionista: Foi ela contando... “você sabe por que aqui é Santa Mônica? Porque aqui só tinha louco”.

Auxiliar em saúde bucal: Só Santa Mônica...

⁵ Informamos que os nomes dos participantes são fictícios, de modo a preservar a verdadeira identidade dos mesmos.

Recepcionista: Só Santa Mônica é... porque tinha o... coisa do Santa Mônica, você tá, entendeu?

Técnico de enfermagem 2: O hospital.

Recepcionista: Disseram que era uma história, que só o Santa Mônica que cuidava de louco, aí pronto, aí todo mundo vinha pra cá. Ela que contou essa história, dizendo ela. Mas, uma velha contou isso mesmo, que antigamente essa assim. (Grupo focal com profissional de nível médio e técnico)

Entretanto, mesmo sendo possível identificar ações de acolhimento, o estabelecimento de vínculos e a construção de espaços de escuta para os usuários de saúde mental por esses profissionais, a maioria deles não se sente autorizado para a realização das práticas de cuidados às pessoas com sofrimento psíquico. Prevalece a concepção de que o cuidado em saúde mental deva ser realizado por um profissional especialista, ou seja, por alguém com *expertise* necessária para lidar com as pessoas em condição de sofrimento mental.

Recepcionista: Teve uma vez uma palestra, entendeu? Foi a única vez que teve, uma palestra. Foi... como é o nome? Sobre... mental... saúde mental... e teve, por exemplo, eles gostaram do que teve, envolvendo todo mundo, não só eles.

Auxiliar em saúde bucal: Quem fez isso?

Recepcionista: Aqui. A coordenadora fez, o ano retrasado. Eles gostaram, porque nunca chamam eles pra vir, chama só o hipertenso, crianças e gestantes. Mas, só foi voltado para a saúde mental, não teve? Eles gostaram... que teve palestras de várias coisas.

Auxiliar em saúde bucal: É interessante, mas tivesse alguém capacitada para lidar, né?

Todos os presentes falam ao mesmo tempo: Para lidar com eles. (Grupo focal com profissionais de nível médio e técnico)

Retomamos aqui a reflexão de Nunes e Torrenté (2016a), quando os autores destacam que as pessoas com sofrimento mental também apresentam necessidades no âmbito da saúde que podem ser acolhidas por profissionais com atuação generalista, desse modo, não outorgando apenas aos especialistas a competência e responsabilidade pelo cuidado em saúde mental. Ademais, possibilitam que outros autores se envolvam no processo de cuidado, na medida em que são construídos outros espaços de circulação e de expressão para as pessoas em sofrimento psíquico. Destacamos aqui a atuação não apenas de não especialistas, mas de profissionais com diferentes níveis de formação.

Contudo, mesmo com o lugar do especialista ainda muito presente no discurso dos profissionais, é possível perceber nessa Unidade um movimento de mudanças em que essa concepção começa a perder lugar para uma prática edificada a partir da corresponsabilização

do cuidado em saúde mental, em um direcionamento da atenção em saúde mental que atenda às múltiplas necessidades dos sujeitos, englobando, na ação de cuidado, a contribuição dos profissionais especialistas e generalistas.

Técnico de enfermagem 2: É, mas eu acho que também tem que ser capacitado para tentar se encarar dentro de uma outra forma, entendeu? É porque tem essa distância. Pra gente que tá chegando agora para a saúde da família, é novo também essa questão da saúde mental. Nunca trabalhei com saúde mental. Na verdade, já passei por uma experiência, mas muito restrita, muito pouco tempo. Mas a gente tem medo também de abordar os pacientes, têm colegas que têm muito mais medos que outros, com o tempo a gente vai se acostumando, mas não é... não é a mesma coisa... de você tá todo dia ali trabalhando com aqueles pacientes. Então, é tudo novo pra gente. Acho que, se tivesse uma pessoa capacitada que pudesse cooperar para que a gente pudesse desenvolver e até saber lidar com eles, ficaria mais fácil. (Grupo focal com profissionais de nível médio e técnico)

Sobre as representações presentes, ainda é muito presente entre os profissionais uma concepção da condição de sofrimento mental como uma experiência desviante em relação à normal social. Algo que se mostra destoante e que dificulta o convívio no espaço social. Essa compreensão se inscreve, sobretudo, nos relatos de medos e comportamentos de defesas apresentados pelos profissionais no contexto de suas práticas.

Auxiliar de saúde bucal: Capacitação, né? A gente como profissional tem medo. Esse medo de...

Técnica de enfermagem 3: Não... eu não tenho muito traquejo, na verdade, eu prefiro evitar. Quanto mais eu puder evitar para mim tá melhor... Eu não gosto muito desse... saúde mental, eu tenho muito medo, eles são bastante inconstantes, tenho medo da reação deles, porque eu não sei qual será a minha reação também no momento. Então, sempre quando tem caso assim, eu prefiro ficar mais isolado, mais afastado, principalmente quando é para administrar medicação injetável.

Recepcionista: Tem medo, alguns têm medo, é! (Grupo focal com profissionais de nível médio e técnico)

Segundo Silveira e Braga (2005), essa forma de compreender a experiência da loucura, em que o sujeito é visto sem a condição de conviver de acordo com as regras sociais, é alimentada pela concepção de que este sujeito se torna perigoso em função da sua “doença mental”. De acordo com Foucault (1987, 2006), essa concepção em que a pessoa com sofrimento mental poderia tornar-se perigosa para sua família e para o meio social no qual ela

se encontra remete a meados do século XVIII e serviu como justificativa para a construção de práticas de isolamento e exclusão social das pessoas com sofrimento mental.

Aires e Miranda (2014), ao falarem sobre a transição deste modelo centrado em instituições hospitalares para um modelo de atenção psicossocial de base territorial, ressaltam a necessidade de desconstruir antigas concepções sobre a experiência de sofrimento mental, que naturalizam a patologia e a exclusão, de modo a construir novos olhares fundamentados na história do sujeito, nos significados por ele construído e no direito que o mesmo tem de ser cuidado em espaço de liberdade e no exercício de sua cidadania. Corroborando a reflexão, Nunes, Jucá e Valentim (2007) destacam também a necessidade de se multiplicarem os esforços no sentido de uma real transformação cultural da mentalidade e das práticas de cuidado no contexto da saúde mental.

Ademais, Aires e Miranda (2014) refletem acerca da estreita relação que se estabelece entre as concepções que os profissionais constroem acerca da experiência de sofrimento psíquico e as práticas desenvolvidas por estes nos serviços de saúde, ao afirmarem que as compreensões dos profissionais sobre saúde mental e acerca da experiência de sofrimento influenciam diretamente no desenvolvimento de suas práticas e, por conseguinte, na forma de tratamento implementado nos serviços de saúde mental.

Nesse sentido, diante do desafio de desconstruir antigas forma de conceber a experiência de sofrimento psíquico e de construir novas formas de cuidado em saúde mental, ressalta-se a importância de proporcionar espaço de reflexão e aprendizagem para os profissionais de saúde, sobretudo, diante das falas sobre a falta de capacitação no âmbito da saúde mental e das dificuldades dos profissionais em lidarem com as pessoas em sofrimento mental.

Pesquisador: Existem outras dificuldades que vocês identificam, além dessas que falaram?

Recepcionista: É também falta capacitação... também.

Auxiliar de saúde bucal: Capacitação, né?

Técnico de enfermagem 2: Eu vejo que o desafio maior é... a gente não ter habilidades pra isso. Falta habilidade pra gente de modo geral e... eu vejo o conhecimento da realidade mesmo de lidar com eles, pra poder saber lidar, é isso. (Grupo focal com profissionais de nível médio e técnico)

Técnico de enfermagem 1: ...Então, tem essa questão, eu acho que essa é uma das primeiras questões de se identificar, de se abordar uma pessoa através dos agentes comunitários e da gente aqui mesmo, mas tem que ter assim... ter meio e para sustentar... encaminhar essas pessoas, eu não sei qual seria a melhor forma. (Grupo focal com profissionais de nível médio e técnico)

Desse modo, a instrumentalização dos profissionais por meio da construção de espaços de aprendizagem se apresenta como fator de grande importância para a realização de uma prática qualificada e que atenda os sujeitos a partir das suas necessidades em saúde. Entretanto, destaco que esses espaços de aprendizagem não devem se limitar às capacitações ofertadas de modo específico na implementação de determinados programas e ações, as quais, muitas vezes, são conduzidas de forma descontextualizada e fragmentada e se mostrando tímidas na sua capacidade de promover mudanças (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM 2004/2005).

Importante seria a promoção de espaços de educação permanente em saúde, concebidos e organizados com a finalidade de fomentar uma postura crítica, reflexiva e ético-política. Esses deveriam adotar uma definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho como espaço de formação, a partir de uma postura problematizadora e por meio da construção coletiva de saberes e fazes no cotidiano do trabalho em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2004/2005; MERHY, 2004/2005; MIRANDA; AIRES, 2015).

Neste contexto e de acordo com nossa observação, o apoio matricial tal como realizado nessa USF aparece como estratégia de grande importância, pois tem possibilitado: a elaboração conjunta de projetos terapêuticos entre as equipes dos CAPS (CAPS II e CAPSia) e a equipe da USF Santa Mônica; a realização de visitas domiciliares em conjunto; a prática de interconsulta nos atendimentos às pessoas com sofrimento psíquico; o planejamento e realização de ações coletivas de educação em saúde; o compartilhamento de informações sobre os casos de saúde mental do território adstrito, a consolidação de um canal de comunicação entre os serviços; além da construção de espaços de reflexão e aprendizagem a partir da própria ação de cuidado em saúde mental desenvolvida no cotidiano do trabalho na USF Santa Mônica.

Entretanto, como já destacado, só muito recentemente os profissionais de nível médio/técnico têm participado de forma mais frequente deste espaço de formação, planejamento e prática em saúde mental. Aqui consideramos que mesmo com esse curto período de participação no matriciamento, este contato com as questões que envolvem a saúde mental e o convite para uma ação de corresponsabilização e construção de novas práticas de cuidado às pessoas em sofrimento mental têm possibilitado aos profissionais uma reflexão sobre o seu lugar enquanto agente de cuidado e possível autor de novas práticas no âmbito da saúde mental.

Técnico de enfermagem 1: Aqui... rapaz, acho que a gente pode contribuir à medida que a gente... acho que a gente já tem contribuído, né, em relação à administração de medicação, que é uma lado mais... pro lado da questão física. Mas, se você tem certa habilidade pra certa coisa do paciente, mas acho que a gente precisa... tipo... é... a gente, às vezes, identifica os pacientes, mas a gente não... procura talvez trazer isso para o matriciamento. Que é uma forma... que eu acho que é uma forma boa, que a gente que é da área de saúde, a gente tem uma capacidade, apesar de sermos técnico de enfermagem, temos a capacidade de identificar se o paciente tem ou não algum transtorno mental, e trazer isso pro matriciamento também. Que eu acho que não é uma função só dos ACS, né, que eles estão mais próximos. Não, mas a gente tem um momento um pouco muito mais restrito tipo assim, fazer um curativo, aplicar uma injeção, fazer... mas, às vezes, o paciente sempre vem... então, dá pra vocês ter uma noção mais ou menos como é aquilo ali, e, às vezes, a gente passa por isso, mas a gente não leva isso pro matriciamento. Pra tentar ver, quem sabe, o pessoal... o ACS ser acionado, pra acionar também o pessoal do CAPS, até da família também, pra conversar um pouco mais com a família. Acho que essa seria uma forma boa pra tentar contribuir, né? Acho que até uma das melhores formas pra você contribuir. (Grupo focal com profissionais de nível médio e técnico)

Essa reflexão tem possibilitado a estes profissionais se verem como cuidadores em saúde mental e começarem a se corresponsabilizar na ação de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico no âmbito da atenção básica além de ter-lhes permitido ampliar sua compreensão acerca do fazer em saúde e do cuidado em saúde mental. Assim, contribui para que não se limitem ao ato mecânico e prescrito que, muitas vezes, caracteriza o trabalho dos técnicos e profissionais de nível médio, mas que iniciem os passos no sentido de construir práticas que busquem atender os sujeitos em suas diversas necessidades em saúde, ajudando a construir outros espaços de circulação, de acolhimento e de escuta para as pessoas com sofrimento psíquico.

Pesquisador: Mas, como vocês podem contribuir aqui na saúde da família com esse trabalho de cuidado em saúde mental?

Recepcionista: Contribuir?

Auxiliar de saúde bucal: Fazendo promoções como...

Recepcionista: É. É, orientações, né? Mas... conversar, né?

Auxiliar de saúde bucal: É. E tentar se habituar e aprender a lidar.

Técnico de enfermagem 3: Aprender a lidar.

Recepcionista: Não lidar com eles com diferença, né? Todos chamá-los pra, por exemplo, até para socializar, né? Não chamar só pra hipertenso. Chamar eles também no grupo de hipertenso pra ver se a comunidade também interage, porque tem muita gente hipertensa que tem doença mental é... que é doente mental, mas não fala que é, entendeu? Só trata da parte de hipertensão e diabete, mas tem algum problema mental. O caso é esse.

Auxiliar de saúde bucal: Convidando, fazendo alguma coisa voltada pra eles...

Técnico de enfermagem 3: Fazendo uma palestra, sem ser assim só voltada pra saúde mental, sabe?

Auxiliar de saúde bucal: Porque todos têm que participar, fazer parte das coisas das que todo indivíduo merece, né?

Recepcionista: Convidando, fazendo alguma palestra educativa também, não só saúde mental, não. Que abranja todo mundo. Conversando... essas coisas também, entendeu? (Grupo focal com profissionais de nível médio e técnico)

O relato da observação que se segue de dois momentos do campo, a partir do discurso do profissional e da sua ação concreta, possibilita-nos seguir nesta discussão e tecer mais algumas linhas reflexivas sobre a prática destes profissionais no cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde Família:

Naquela manhã de segunda-feira havia uma quantidade maior de pessoas na USF Santa Mônica. Como acontecia em outros momentos, algumas pessoas aguardavam em pé formando filas na frente dos consultórios e outras sentadas nas cadeiras ali disponíveis. Altair, um dos técnicos de enfermagem, me viu ali na sala de espera e, ao passar de uma sala para outra, veio falar comigo. O profissional me desejou um bom dia e perguntou se eu estava esperando alguém. Eu disse que tinha combinado uma visita domiciliar com a ACS Tânia, às 9hs, mas tinha chegado um pouco mais cedo para observar um pouco a dinâmica da unidade na sala de espera. Aproveitei para perguntar se ele conhecia a usuária que iríamos visitar, chamada Deise. Ele disse que conhecia sim. Falou ainda que ele é o profissional responsável para administrar a medicação dela na USF.

Altair continuou a dizer que, como Deise não estava tomando a medicação sozinha em sua casa e nem estava indo ao CAPS para tomar a medicação, foi pactuado no matriciamento com a equipe do CAPS, da USF e, posteriormente, com a usuária para que ela tomasse a medicação na USF. De acordo com ele, foi pensada essa estratégia, pois a USF é mais perto da casa de Deise e por ela ter uma maior vinculação com esse serviço. Assim os profissionais acreditavam que essa proximidade física e a vinculação da usuária ao serviço facilitaria para que ela pudesse vir à USF tomar a medicação e, caso ela não viesse, também a proximidade e a vinculação facilitariam para que os profissionais da USF pudessem visitá-la e, assim, administrar a medicação em sua residência.

Perguntei ainda se há outras ações que os profissionais da Unidade Santa Mônica desenvolvem com ela. Ele disse que, atualmente, os técnicos de enfermagem da USF administram a medicação, momento em que tentam conversar um pouco com a usuária e passar

algumas orientações, ao passo que os ACS sempre fazem visitas na casa dela para acompanhar as condições de moradia e saúde. Ressaltou que encontrar Deise em casa é uma grande dificuldade, pois ela passar a maior parte do dia andando pelo bairro.

Percebe-se a construção de uma prática de cuidado caracterizada pela corresponsabilização entre a USF e o CAPS, disparada a partir das ações do matriciamento, buscando valorizar a proximidade física da USF e a vinculação que a usuária estabeleceu com o serviço. Valorizou-se ainda a participação não só dos profissionais de nível superior na condução das ações, mas a participação direta dos técnicos de enfermagem e dos ACS na condução do cuidado à usuária.

Altair disse ainda que, atualmente, tem percebido que Deise tem estado pior, pois ela aparenta estar mais magra e não tem tomado banho, nem penteado os cabelos com frequência. Disse que observou isso na última vez que ela veio tomar a medicação. Ressaltou que ela não estava vindo tomar a medicação nos dias certos e, quando isso acontecia, era porque ela de fato estava piorando. Ele falou que a equipe foi na casa dela algumas vezes com a finalidade de administrar a medicação, mas, como não a encontrava em casa, os profissionais estavam abandonando essa estratégia. Até então a equipe não tinha conseguido pensar uma nova estratégia para garantir que Deise tomasse a medicação nos momentos em que ela não aparecesse no serviço e nem fosse encontrada em sua casa. Acrescentou que, quando os profissionais a veem passar em frente da USF, eles a chamam para tomar a medicação, porém nem sempre ela vem.

Uma semana depois dessa conversa com Altair, eu estava participando de uma reunião com os ACS e, ao término da reunião, aproveitei o momento também para conversar com alguns agentes, com os quais eu tinha tido poucas oportunidades de diálogo em momentos anteriores. Como já estava quase no horário da USF fechar, fomos conversando e caminhando na direção da entrada do posto para irmos embora. Neste momento, Tânia, ACS da área adstrita onde Deise mora, veio me chamar, pois estava conversando com Deise em frente da unidade de saúde. Pedi licença aos agentes com quem conversava e acompanhei Tânia. Enquanto a ACS veio falar comigo, Altair e Alcione, que também é uma ACS, ficaram conversando com a usuária. Quando eu cheguei onde Deise estava, Altair estava conversando com ela tentando pactuar a administração da medicação. Ele perguntou qual era o melhor horário para ela vir à USF tomar seu remédio. Além disso, falou da importância de ela seguir com tratamento e, neste sentido, com o uso da medicação para que a mesma pudesse melhorar. Sem muitas palavras, ela disse

que era melhor pela tarde. Desse modo, Altair combinou o dia, o turno e o horário em que Deise viria tomar a medicação.

Após a conversa entre o técnico e Deise, Tânia me apresentou para a usuária, ao dizer que eu era o profissional que queria conhecê-la e fazer uma visita à sua residência. A ACS perguntou então se nós poderíamos ir à sua casa na próxima segunda pela manhã. Deise falou que poderia. Então, eu disse que estava sendo um prazer conhecê-la e ressaltai o desejo de poder conversar com ela em outros momentos. Deise balançou a cabeça de modo afirmativo e disse que eu poderia conversar com ela em outro momento. Depois desse breve momento, ela disse que precisava ir.

Destaco aqui o protagonismo do técnico de enfermagem na condução do caso, ao se colocar nesta situação como profissional responsável na mediação e condução do cuidado realizado à usuária. Além do mais, ao adotar uma postura que busca valorizar a autonomia da usuária e seu empoderamento nas tomadas de decisões referentes ao seu tratamento. Ressalta ainda a consolidação deste espaço de cuidado em saúde mental, na medida em se amplia o número de profissionais que tem se implicado na prática de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e tem possibilitado também um maior acesso, acolhimento e uma ampliação dos espaços de escuta para as pessoas com sofrimento mental.

Nesse sentido, retomo a reflexão de Correia, Barros e Colvero (2011) ao destacarem a relevância da construção do vínculo, do acolhimento e de proporcionar espaços de escuta pelos profissionais da atenção básica na realização do cuidado às pessoas com sofrimento mental. Corroborando a reflexão, Lyra (2007) e Bedin e Scarparo (2011) afirmam que estas são noções centrais para possibilitar ao sujeito um cuidado em saúde na perspectiva da integralidade. Destaco ainda a importância de se considerar a dimensão relacional no ato de cuidar em saúde, ao valorizar os espaços de diálogo e o encontro intersubjetivo que se estabelece na prática de cuidar (AYRES, 2004). Ademais, ressalto a importância de se valorizar os significados construídos pelos sujeitos acerca da sua experiência de sofrimento psíquico e da sua condição de saúde e de vida, bem como os seus diversos modos de expressão que envolve o seu lugar enquanto sujeito em condição de sofrimento mental.

Infelizmente, nessa categoria de profissionais, ainda não se observa uma grande ênfase dada aos aspectos mais subjetivos que envolvem o adoecimento mental e seu manejo. Diferentemente do que verificamos com os agentes comunitários de saúde, também esses profissionais não estabelecem muitas relações entre o sofrimento psíquico e as questões que

envolvem a vida social das pessoas acometidas por esses problemas. Por fim, chama a atenção para uma focalização excessiva na dimensão da medicamentação do cuidado, situando-se esses profissionais muitas vezes como mediadores do êxito de que as pessoas com sofrimento psíquico sigam as prescrições médicas. Apesar dessa focalização, como foi descrito anteriormente, já se observa uma compreensão da necessidade de se atuar sobre outros aspectos da vida dos sujeitos. O trabalho do matriciamento, realizado de modo persistente e participativo, cria uma atmosfera que propicia a reflexão, embora a crítica mais profunda ainda seja um aspecto a ser mais exercitado.

5.3. Concepções e práticas de saúde mental na USF Santa Mônica: maneiras de fazer dos profissionais de nível superior

Seguindo a linha discursiva que tem nos ajudado a tecer nossa reflexão sobre o cuidado em saúde mental, abordaremos agora as concepções e práticas realizadas pelos profissionais de nível superior que compõem a equipe da Unidade de Saúde da Família Santa Mônica. Esse caminho nos levará a novas questões e novas maneiras de fazer, mas também nos colocará diante de antigos desafios e dificuldades com relação ao cuidado em saúde mental.

No âmbito das práticas profissionais no campo da saúde, Ceccim (2004/2005) aponta que este setor traz consigo um legado político-ideológico que concebe o trabalho de modo fragmentado, reduzindo-o a uma ação mecânica, prescritiva e hierarquizada, em que os campos de conhecimento acabam se limitando às áreas técnicas dos núcleos de saberes especializados. Essas práticas são sustentadas por compreensões teóricas que reduzem o fenômeno da saúde a “ausências de doenças” (GUTEIRREZ; MINAYO, 2010) e que dão ênfase à mensuração objetiva, à ação diagnóstica e ao tratamento sobre o indivíduo doente.

Entretanto, o trabalho na atenção básica demanda dos profissionais uma nova postura e uma nova maneira de fazer em saúde. Villas-Bôas, Araújo e Timóteo (2008) ressaltam a necessidade de os profissionais reverem suas práticas diante dos desafios existentes no contexto das unidades de saúde da família, exigindo que sejam repensados os processos de trabalho, assim como adotados novas compreensões, metodologia e instrumentos, diferentes dos que tradicionalmente orientaram o trabalho em saúde. Corroborando a discussão, Capozzolo (2003) resalta que a maior parte da demanda na atenção básica apresenta questões e problemas em saúde que extrapolam o enquadramento nosológico. Problemas que, pela sua complexidade,

exigem intervenções que se estendam para além do ato diagnóstico e da ação prescritiva medicamentosa.

Com o desafio de que sejam construídas novas práticas, com a perspectiva do trabalho em equipe e tendo a família enquanto unidade do cuidado, são definidas como atribuições dos médicos e enfermeiros que atuam nas unidades de saúde da família o atendimento integral e contínuo aos indivíduos e suas famílias, em uma perspectiva de cuidado generalista em saúde. Esse atendimento deve ser realizado por meio das práticas individuais e das ações coletivas e comunitárias de caráter educativo e de vigilância à saúde. Além disso, estes profissionais devem participar da elaboração e planejamento das ações locais de saúde assim como da organização dos processos de trabalho na unidade de saúde (BRASIL, 1997, 2000, 2007).

De modo semelhante, devem ser as atribuições e responsabilidades dos profissionais em uma unidade de saúde da família no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico ao garantir de que o usuário tenha acesso a um cuidado integral e contínuo mais próximo de sua residência, com uma perspectiva de cuidado generalista em saúde (BRASIL, 2003a, 2013). Neste sentido, o apoio matricial se apresenta como principal estratégia, ao proporcionar suporte técnico em saúde mental aos profissionais da saúde da família, na realização e organização das práticas de saúde mental na atenção básica, bem como na tessitura da rede de cuidados às pessoas em sofrimento mental (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

No contexto da USF Santa Mônica, o cuidado em saúde mental, realizado pelos profissionais de nível superior, tem sido disparado também pelas práticas de matriciamento. Como apresentamos anteriormente, a proposta de trabalho do apoio matricial na USF Santa Mônica buscou, desde seu início, envolver toda a equipe da unidade de saúde, mas, nos seus primeiros três anos, os profissionais de nível superior tinham uma participação eventual nas reuniões, com uma maior presença da coordenadora da USF, uma participação muito pequena dos enfermeiros e uma total ausência dos médicos nesta atividade⁶. Essa dificuldade foi compartilhada em uma das reuniões do matriciamento pela coordenadora da USF.

⁶ Vale dizer que, atualmente, a unidade só tem um dentista, mas, naquele período, a unidade não contava com o profissional de odontologia. Durante o trabalho de campo, tive pouco contato com esse profissional, pois a mesma estava gestante, ficando de licença por alguns momentos devido ao fato da sua gravidez ser de risco e, assim que teve a criança, saiu de licença maternidade.

A coordenadora da unidade de saúde aponta para a possibilidade dos 12 agentes comunitários de saúde e dos enfermeiros estarem participando das reuniões e informa que há uma certa dificuldade de os médicos estarem nestes encontros. (Ata da reunião do matriciamento, 21/07/2011)

Em seu estudo, que buscou descrever a percepção dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre o desenvolvimento das práticas de saúde mental na atenção básica do município de Aracaju- SE, Queiroz (2012) apresenta também a dificuldade de se garantir a participação de médicos e dos enfermeiros, tanto dos CAPS quanto das unidades de saúde da família, nas ações de matriciamento. Acrescenta que, no contexto dos CAPS, as atividades do matriciamento têm ficado frequentemente sob a responsabilidade dos assistentes sociais e, no âmbito da unidade de saúde da família, a cargo dos agentes comunitários de saúde.

Essa realidade é muito parecida, considerando esse aspecto, com o local onde realizamos nosso estudo, mais especificamente em seus três primeiros anos de trabalho do matriciamento. No entanto, um dado interessante parece ter interferido na mudança dessa situação. Em 2011, a prefeitura municipal da cidade de Salvador realizou concurso público na área de saúde e, no ano seguinte, os profissionais de nível superior, aprovados nesta seleção, começaram a assumir os cargos nos serviços públicos municipais, sendo que, ao final de 2012, os profissionais das duas equipes da USF Santa Mônica tinham sido substituídos. A única exceção foi na coordenação do serviço, ao ser mantida a mesma profissional na função. À medida que os novos profissionais foram chegando à unidade de saúde, eram convidados a participar das ações do matriciamento. Diferente dos profissionais que saíram, os novatos começaram a participar com uma frequência muito maior nas atividades que envolviam essas atividades, sendo que os médicos, além de participarem das reuniões, passaram a realizar ações de cuidado em saúde mental.

Uma maior presença dos profissionais de nível superior nas reuniões de matriciamento tem, portanto, se traduzido em um maior envolvimento dos mesmos nas discussões dos casos, no planejamento e na realização do cuidado em saúde mental na USF Santa Mônica. Desse modo, observa-se um movimento direcionado para o início de uma prática de corresponsabilização no cuidado em saúde mental entre os profissionais da USF e do CAPS, como se depreende dessa fala no grupo focal com os profissionais de nível superior e no relato da observação de uma das reuniões do matriciamento.

Pesquisador: Quais as ações voltadas, mais especificamente para a saúde mental, inclusive, para a dimensão da promoção de saúde mental são realizadas aqui pela equipe?

Médico 1: (...) Só a matriciamento. Aí vem o pessoal, profissional de lá (CAPS), que a gente discute e ali, naquele momento pontual, a gente consegue dar conta de algumas coisas.

Médico 2: Tenta fazer os PTS's, né? Plano Terapêutico Singular. (Grupo focal com profissionais de nível superior)

Com a chegada da maioria dos profissionais, a coordenadora da USF Santa Mônica iniciou a reunião do matriciamento. Ela deu as boas-vindas, justificou a ausência de alguns ACS, os quais estavam em um curso de capacitação promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, e agradeceu a presença dos profissionais que ali estavam. Em seguida, foram os profissionais do CAPSia que conduziram a reunião.

Assim, depois da fala da coordenadora da USF, os profissionais do CAPSia apresentaram alguns casos que tinham sido atendidos pela equipe no referido serviço especializado e, na sequência, consultaram a equipe da USF sobre alguns pontos referentes aos casos apresentados. Ao contribuírem com a discussão, os profissionais da USF e residentes apresentaram suas percepções sobre os casos e trouxeram algumas informações novas sobre estes usuários. Ademais, fizeram algumas sugestões acerca das ações que poderiam ser dirigidas a estas pessoas. Destacaram que os agentes comunitários que trabalham na área onde estes usuários moram, poderiam disponibilizar, quando presentes, mais informações sobre os usuários e suas condições de vida e, desse modo, contribuir, ainda mais, com a compreensão dos mesmos e com a construção das ações.

Após as discussões, as duas equipes elencaram algumas ações que poderiam ser realizadas com estes usuários, definindo algumas para serem realizadas em conjunto e outras apenas por uma das duas equipes. Ficou decidido que os casos seriam retomados na próxima reunião de matriciamento de modo que os ACS também pudessem contribuir com as discussões e, da mesma forma, pudessem contar também com a participação destes profissionais nas referidas ações de cuidado.

De modo geral, pude perceber a potência desta ação, ao possibilitar o encontro entre os diferentes agentes de cuidado e a ampliação dos canais de diálogo entre os profissionais participantes. Isso era visto ao proporcionar a construção de um trabalho em equipe, tanto na discussão e compreensão dos casos, como no planejamento e realização das práticas de cuidado em saúde mental entres os profissionais dos CAPS, residentes de saúde mental e da USF Santa

Mônica. Por outro lado, os desafios também se apresentaram, como a necessidade de maior implicação de todos os profissionais nas atividades do matriciamento e uma maior corresponsabilização no cuidado em saúde mental, bem como de maior capacitação e qualificação dos profissionais para lidarem com a saúde mental no âmbito do território.

Considerando que a unidade de saúde da família deve cadastrar e acompanhar, em uma perspectiva longitudinal, todas as pessoas em sua área de adscrição, tornando-se responsável pelas ações de cuidado aos usuários em seu território de abrangência (BRASIL 1997), os profissionais devem assumir também a responsabilização pelo cuidado às pessoas em sofrimento psíquico que moram na área do USF. Correria, Barros e Colvero (2011) ressaltam que, mesmo que o usuário venha a ser atendido por outro serviço de saúde da rede, seja na média ou na alta complexidade, ele continuará a estar sob responsabilidade da equipe de saúde da família onde ele mora. Contudo, Queiroz (2012) destaca o desafio de se transpor da lógica do encaminhamento, no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico pelos profissionais da atenção básica, para o cuidado na perspectiva da corresponsabilização.

Seguindo a reflexão no sentido de compreendermos os processos e as dinâmicas que caracterizam essa prática embrionária no serviço estudado, destacamos alguns efeitos considerados positivos e reconhecidos pelos profissionais como sendo decorrentes da participação nas atividades de matriciamento. Destarte, os profissionais sinalizam que as ações de matriciamento têm fomentado a realização do trabalho em equipe, ao possibilitar a construção de uma prática que se realiza a partir da ação multiprofissional e de uma perspectiva interdisciplinar, conforme pode ser observado abaixo nas falas dos profissionais no grupo focal, assim como no relato apresentado acima no contexto das práticas.

Além de suscitar o trabalho em conjunto entre os próprios profissionais da equipe da USF, o matriciamento tem propiciado a construção de uma prática entre os diversos profissionais da rede de saúde mental. Desse modo, os serviços e setores envolvidos diretamente com o matriciamento são: a USF Santa Mônica, o CAPS II, o CAPSia, a gestão do DSL e os estudantes da residência em saúde mental. Neste mesmo sentido, os profissionais têm relatado a construção de canais de diálogos entre os profissionais da rede, na medida em que as ações do matriciamento têm facilitado a comunicação e a realização conjunta das práticas em saúde mental.

Pesquisador: Pra vocês, o que é marcante nesse trabalho? O que se destaca? O que vocês...

Médico 1: Do matriciamento?

Pesquisador: Do matriciamento.

Enfermeiro: A interdisciplinaridade e a atividade multiprofissional dos outros setores, né, serviço social, o profissional da psicologia, o profissional médico, o profissional da enfermagem, pra fechar uma solução, uma melhor solução, ou condução pro paciente.

Pesquisador: ...vocês falaram sobre essa dificuldade de comunicação. E quando eles vêm pra cá? O pessoal do CAPS, CAPSia, CAPS II... isso facilitou a comunicação, a partir do matriciamento?

Médico 1: Facilita, facilitou sim. Facilitou a comunicação e facilitou a compreensão do paciente numa visão mais, numa visão geral. (Grupo focal com profissionais de nível superior)

De acordo com Campos (1999), a proposta de reorganização das práticas de trabalho em saúde a partir da estratégia do apoio matricial traz consigo a possibilidade de reorganização do cuidado e de construção de novos modos de fazer em saúde a partir de novos padrões de relacionamento entre os profissionais da rede bem como entre profissionais e usuários do serviço. Neste sentido, o matriciamento foi concebido como uma estratégia que busca, em primeira instância, promover encontros, estabelecer diálogos e possibilitar a construção conjunta.

Ademais, os profissionais trazem em seu discurso que, com o trabalho do matriciamento, tem sido possível construir outras formas de cuidar em saúde mental, sendo realizadas ações no território social-existencial do sujeito e tendo o núcleo família enquanto unidade do cuidado. Estas práticas têm possibilitando a não institucionalização das pessoas com sofrimento mental ao serem realizadas ações de cuidado em saúde mental nos espaços de liberdade e a partir do exercício da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

Pesquisador: Mas, quais tipos de mudança, como tem sido essa... quais os efeitos que vocês conseguem ver concretamente?

Médico 2: Eu acho que, com o matriciamento, fortalece a não institucionalização do paciente com transtorno mental.

Médico 1: O trabalho matricial com a família, com o familiar todo... porque antes era assim, surtou, bota no hospital, leva pro hospital psiquiátrico. Agora não, você consegue uma estabilidade em manter o paciente dentro do seio social. O matriciamento, neste aspecto, ele é menos isolador para o paciente com transtorno mental do que o tratamento tradicional.

Enfermeiro 1: E o interessante também é que essa ação do matriciamento, ela é dentro do espaço social daquele indivíduo, né, então ele se desloca pra realidade ali. Então eu acho que isso ajuda bastante, é bem diferente daquele atendimento dentro... institucionalizado, né. (Grupo focal com profissionais de nível superior)

É possível perceber um movimento de mudança na forma como os profissionais têm compreendido o sofrimento psíquico e a prática de cuidado em saúde mental, compreensão esta que tem ido no sentido de romper com a concepção manicomial do sofrimento mental, a qual segue a lógica de intervenção com foco na doença e conduzida por práticas prescritivas e de exclusão. Esse movimento de mudança demonstra, por um lado, uma ampliação da compreensão do sofrimento mental e, por outro lado, um entendimento também mais ampliado de como devem ser as práticas de cuidados às pessoas com sofrimento psíquico.

Os profissionais têm reconhecido que a atenção básica se constitui enquanto espaço de cuidado com potencialidade para práticas em saúde mental, destacando a maior proximidade que os profissionais da unidade de saúde da família conseguem ter com as pessoas em sofrimento psíquico como um aspecto que pode favorecer o cuidado em saúde mental, especificamente, no estabelecimento do vínculo do usuário com o serviço. Além disso, é destacada a perspectiva do cuidado contínuo e longitudinal oferecido aos usuários que residem na área de cobertura da unidade enquanto outro fator que favorece o cuidado em saúde mental na atenção básica.

Pesquisador: Vocês trouxeram um pouco do que poderia ser, o que a rede propõe e o que vocês acham que é, mas atualmente o que a atenção básica tem de potencialidade? Você disse que traz coisas que talvez a gente não consiga dar conta, o que é que... tem de potencialidade que poderia acolher de algum modo?

Médico 1: Acho que o fato da gente tá mais próximo do paciente é uma grande potencialidade.

Médico 2: Certo, e você ter uma rede coberta, né? Você ter uma área, de fato, que você consiga fazer o PSF.

Enfermeiro 1: (...) E aí o que acontece é quando, quando você fala assim, potencialidades que a gente tem, aí ele colocou essa questão de proximidade com o paciente, eu acho que assim... eles criam um vínculo, realmente aqui, com a unidade.

(Grupo focal com profissionais de nível superior)

Ademais, os profissionais ressaltam que o trabalho na USF possibilita ter um maior número de informações do usuário e das suas condições e dinâmicas de vida, as quais são obtidas pelo contato com os familiares, ou mesmo pelo contato com vizinhos ou demais pessoas de referência da pessoa acompanhada. Essas informações são possibilitadas, muitas vezes, pelo trabalho do agente comunitário, mas também pelo vínculo estabelecido com os próprios usuários. Nesse sentido, os profissionais salientam que obter informações sobre as condições

de vida e acerca das experiências dos sujeitos torna-se de grande importância para se construir uma compreensão mais ampliada sobre as questões de saúde e as formas de cuidar.

Médico 1: Eu vejo sim, o acesso ao ecomapa do paciente que passa na atenção básica, e não no serviço especializado. Você consegue ver a rede de apoio domiciliar, as pessoas que se podem acessar para chegar a esse paciente.

Médico 2: Na atenção domiciliar, oh... na atenção especializada é aquele consultório, você e ele, e acabou!

Médico 1: Não acessa familiar, você não tem um agente comunitário... que tem um vizinho que pode ajudar a tratar. Isso que é a potencialidade da atenção básica (...).

Pesquisador: Teve um ponto que você destacou, que eu achei interessante, eu só queria entender um pouco melhor, você falou que o contato na atenção básica tem essa possibilidade de ter mais informações, contato com a comunidade, ele também destacou. Mas como esse contato com o território, como essas questões mais familiares... isso ajuda de algum modo as questões de cuidado, as práticas de cuidado no âmbito da saúde mental?

Enfermeiro 1: Como é que isso seria?

Pesquisador: Como isso serve? Como isso é traduzido como uma ferramenta?

Médico 1: É ter mais olhos, mais olhos pra observar o paciente, você tem mais olhos para ajudar...

Médico 2: A vida dos outros é importante pro vizinho, entendeu? Às vezes, você não sabe, que vem aqui um paciente e me conta, vem um paciente depois... já aconteceu isso com você?

Médico 1: Já...

Médico 2: Na consulta, “oh, doutor, eu vim aqui falar que fulano de tal, essa que saiu aqui agora, é isso, e isso, e isso, e isso, e isso”...

Enfermeiro 1: É, eles falam mesmo.

Médico 2: Corre e fala a vida dos outros todinha.

Médico 1: Falam assim, “o filho tá na cadeia”... (risos)

Médico 2: Aí, você pega e tem uma outra, uma outra visão...

Enfermeiro 1: É... amplia, amplia o seu entendimento.

Médico 2: Oxe, amplia sua visão. (Grupo focal com profissionais de nível superior)

Neste mesmo sentido, os profissionais trazem também que muitos usuários não vão ao CAPS em busca de tratamento pelo receio de serem ainda mais discriminados por estarem vivenciando uma condição de sofrimento psíquico, mas que se sentem à vontade para ir à unidade de saúde da família em busca de cuidado em saúde mental. Desse modo, os profissionais de nível superior da USF têm passado a acolher e possibilitado um espaço de escuta para estes usuários que começaram a buscar a USF Santa Mônica para receber cuidados em saúde mental. Os profissionais relatam que, na medida em que realizam o acolhimento, buscam disponibilizar informações para o usuário sobre as formas de cuidado em saúde mental e acerca da importância do trabalho do CAPS nesse processo, de modo que seja garantido ao

mesmo maior esclarecimento sobre os diferentes pontos de atuação em saúde mental e, caso necessário, possa encaminhá-lo para acolhimento no referido serviço especializado:

Pesquisador: Quando vocês identificam casos de saúde mental, como é o processo de encaminhamento, de construção desse processo de cuidado?

Médico 1: Primeiro que eles têm a resistência de ir diretamente ao CAPS, né? Se falar “vai mandar pro CAPS...”, “é porque lá é lugar de maluco”. Eu tento, particularmente... normalmente, faço acolhimento, converso, faço a consulta, a de retorno e, dentro desse processo de consulta, eu vou orientando o que é o CAPS e aí, num determinado momento, eu já encaminhado para avaliação, pro acolhimento lá no CAPS. (Grupo Focal com profissionais de nível superior)

Pelo fato da USF Santa Mônica vir se apropriando e se responsabilizando, cada vez mais, do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e por não representar um local especificamente de cuidado às pessoas consideradas “doentes mentais”, os profissionais relatam que isso tem provocado o aumento do número de pessoas que têm buscado a unidade para cuidarem da saúde mental. De modo específico, percebemos que esse movimento está começando a acontecer com as pessoas com sofrimento mental consideradas como casos leves, que não são atendidas pelo CAPS por não se enquadrarem no perfil do serviço e que, muitas vezes, não encontram atendimento em nenhum outro lugar da rede de saúde mental.

Uma dessas pessoas foi dona Hortência, que é uma senhora de 50 anos, que teve a experiência de ter seu filho envolvido com o tráfico de drogas e vê-lo morrer devido a esse envolvimento com a criminalidade. Em seguida, seu esposo rompe o relacionamento com ela e passa a morar com outra mulher. Além de não concordar com o fim do matrimônio, ela começa a ter grandes dificuldades financeiras. Ademais, passou a morar com a filha, com quem sempre teve dificuldades de convivência, diante de divergências e posturas contrárias em muitas questões do cotidiano, as quais foram desencadeadoras de muitas situações de conflitos. Em decorrência desta situação a senhora Hortência entra em um quadro depressivo, apresentando dificuldades para desenvolver suas atividades cotidianas e laborais.

Como morava na área de abrangência da USF e já era acompanhada pela unidade, a senhora Hortência começa a procurar o serviço para cuidados em saúde mental. Pelo fato de ter um forte vínculo com o médico de referência da área onde ela mora, a mesma passa a demandar desse profissional um maior espaço de escuta. Nesse sentido, o profissional possibilita cuidados direcionadas na perspectiva do acolhimento e da escuta à usuária. Nesses momentos de encontro, foi possível para a mesma compartilhar suas angústias, situações de conflitos, de

medos, bem como ser orientada pelo profissional sobre a construção de novas possibilidades em sua trajetória. Desse modo, possibilita à usuária ressignificar alguns pontos em sua vida o que resulta em um quadro de melhora e na retomada de algumas das atividades em sua vida que haviam sido deixadas de lado. Esse caso também é trazido pelo mesmo profissional no momento do grupo focal.

Médico 2: O quadro de Hortência melhorou bastante, oh! Só que Hortência saiu aqui da área agora, né? Mas Hortência... também eu fiz um trabalho bem pesado com Hortência, ela vinha toda semana...

Enfermeiro 1: É mesmo?

Médico 2: Toda semana ela vinha, ficava de quinze a vinte minutos comigo fazendo... conversando... (Grupo Focal com profissionais de nível superior)

Souza e Rivera (2010) apontam que a atenção básica, ao se colocar como um dispositivo possível para construir outras formas de vinculação, de relação e de cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico, pode possibilitar que o sofrimento e a diferença ocupem outros espaços de circulação, de expressão e de cuidado. Desse modo, contribui para que a loucura saia dos lugares de segregação e de exclusão para os espaços de convivência, de possibilidades e de vida.

Entretanto, mesmo com esse movimento na direção de responsabilização pelo cuidado em saúde mental bem como de uma maior compreensão acerca das questões que envolvem o sofrimento psíquico, no âmbito da prática é possível perceber, a partir das narrativas e da própria atuação de alguns profissionais, uma certa distância entre as compreensões apresentadas pelos mesmos e seus modos de agir em saúde mental na USF Santa Mônica.

Por um lado, os profissionais de nível superior têm participado das reuniões de matriciamento, momento em que contribuem na discussão dos casos de saúde mental e no planejamento das ações. Têm começado a identificar casos de saúde mental no cotidiano de suas atividades e têm levado esses casos para as discussões nas reuniões de matriciamento. Também têm realizado interconsulta e feito visitas domiciliares, em conjunto com os profissionais dos CAPS, nas residências de pessoas com sofrimento psíquico. Além disso, os profissionais têm garantido espaços de atendimento individual para acolher e escutar as pessoas em sofrimento mental que os procuram para atendimento.

No entanto, por outro lado, alguns dos profissionais de nível superior relatam não se sentirem suficientemente capacitados para a ação de cuidado das pessoas com sofrimento

mental. Relacionado a isso, eles dizem não ter conhecimento necessário para a realização de diagnóstico em saúde mental e expressam a dificuldade de desenvolver as ações por considerarem que, na Estratégia de Saúde da Família, não existem protocolos bem definidos para a condução das ações em saúde mental. Nesse sentido, suas práticas, destinadas às pessoas em sofrimento psíquico, muitas vezes, se restringem à tentativa do enquadramento diagnóstico e à prescrição de medicamentos.

Pesquisador: Me diga uma coisa, como vocês entendem que devem ser as práticas de cuidado de saúde mental desenvolvidas na atenção básica?

Médico 2: Eu acho, assim, que a gente deve ter um atendimento especializado de retaguarda. E, assim, os protocolos têm que estar bem claros, porque eu só vejo a gestão querendo empurrar coisas com a atenção básica, atenção básica, atenção básica e, na hora que a gente tem um sufoco, não tem pra onde recorrer. (...) Porque assim... teve uma reunião, teve uma reunião de saúde mental, você que foi, não foi? Que eles queriam que a gente atendesse todos os casos básicos... leves de... é... transtornos mental, transtorno de humor. Primeiro, ninguém definiu o que é um transtorno leve de humor e transtorno mental, não definiu esse protocolo e como é que se deve tratar e, ainda assim, não garantia a retaguarda, nem de SAMU psiquiátrico, nem de atenção especializada, então, você jogava o profissional na berlinda. Eu não tenho capacitação pra dizer que um transtorno depressivo é leve, moderado ou grave. Tudo que eu fizer vai ser na base do achismo, ou, então, se eu me empenhar muito pra estudar, pra definir isso. E, ainda assim, eu não vou ter a segurança de quem lida com transtorno é... psiquiátrico diariamente, porque minha realidade não é essa. (Grupo focal com profissionais de nível superior)

Nesta reunião citada, o médico da USF levanta a necessidade de suporte e capacitação para o cuidado dos usuários de saúde mental pelos médicos do CAPS. O psicólogo do CAPS levantou a possibilidade de articular encontros mensais para discussão de casos e suporte técnico junto à médica do CAPS II, e comprometeu-se de verificar a disponibilidade da profissional. (ATA da reunião do matriciamento, 08.08.2013)

As práticas dos profissionais de nível superior, ao se limitarem às ações prescritivas e diagnósticas, se colocam na via oposta ao movimento de empoderamento e responsabilização do cuidado integral às pessoas com sofrimento psíquico. Assim, refletem um movimento de mudança, mas em seu momento inicial e, em muitas situações, sustentadas muito mais pelo tradicional modelo que tem servido de referência no campo da saúde e, por conseguinte, orientado o cuidado em saúde mental na atenção básica (MUNARI, et al., 2008).

Nesse sentido, se coloca o grande desafio para os profissionais enfermeiros (VILLAS-BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008, NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005) e médicos (ALVARENGA, 2005; MELO et al., 2014) de redefinirem suas práticas a partir das novas

referências que o trabalho na Estratégia de Saúde da Família demanda e, de modo específico, que o cuidado em saúde mental requer. Ou seja, no sentido de que seja possibilitado um cuidado integral, contínuo e qualificado para todas as pessoas que residem no território de responsabilidade do serviço de saúde.

Entretanto, torna-se necessário que o próprio trabalho do matriciamento possibilite mais espaços de reflexão e aprendizado na perspectiva da educação permanente, como pode ser visto em uma das iniciativas no trecho da ata acima, e assim sejam somados aos esforços já realizados por alguns profissionais no sentido de obterem uma maior compreensão do campo da saúde mental e de realizarem práticas que venham atender o sujeito a partir das suas necessidades em saúde. Estes espaços devem possibilitar a construção conjunta do conhecimento e da realização das práticas em uma perspectiva de reconhecimento, valorização e de construção entre as diferentes formações dos profissionais, especialistas e generalistas, de modo que cada profissional e ponto da rede identifique no outro seu complemento (NUNES; TORRENTÉ, 2016a) e, dessa forma, contribua na compreensão desse fenômeno em sua complexidade e na realização de práticas na perspectiva da integralidade.

5.4. Concepções e práticas de saúde mental na USF Santa Mônica: maneiras de fazer dos agentes comunitários de saúde

Daremos continuidade a nossa reflexão abordando agora as concepções e práticas de cuidado em saúde mental realizadas pelos agentes comunitários de saúde, profissional que é precursor do trabalho no território no âmbito da atenção básica, com o Programa de Agentes Comunitário de Saúde na região norte e nordeste do país, a partir dos anos de 1980. De modo semelhante, refletiremos acerca de uma prática em saúde que também é caracterizada pelo pioneirismo dos ACS na construção de novas maneiras de fazer em saúde no contexto da unidade de saúde Santa Mônica.

O primeiro amparo normativo que regulamentou o Programa de Saúde da Família, a Portaria/MS nº 692 de 25 de março de 1994, descreveu as atribuições e responsabilidades dos agentes comunitários de saúde como cadastramento e acompanhamento das famílias residentes em sua área de trabalho, a identificação de caso e de situações de saúde, a participação nas atividades de vigilância a saúde e a realização de ações de educação em saúde (BRASIL, 1994). Em documentos publicados posteriormente pelo Ministério da Saúde, “Saúde da Família, uma

estratégia para reorientação do modelo assistencial”, em 1997, e “Cadernos de Atenção Básica, Programa de Saúde da Família-nº1”, em 2000, é destacado o importante papel dos ACS na realização das ações de cuidados no território, especialmente, pelo fato deste profissional ter a responsabilidade de servir como principal elo de ligação entre a equipe de saúde e a sociedade. Neste sentido, os ACS ganham uma nova e desafiadora atribuição: traduzir para a equipe da ESF a dinâmica social da área de abrangência da unidade de saúde bem como informar acerca das necessidades, potencialidades e limites do território. Além desta, é acrescentado que os ACS devem também participar do planejamento e programação das ações no território adscrito da unidade de saúde da família (BRASIL, 1997; 2000).

Com relação ao cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, identificamos apenas uma publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) que faz referência especificamente ao trabalho dos ACS no âmbito da saúde mental. Entretanto, neste documento pouco se aborda sobre as questões de saúde mental e acerca das formas de trabalho que devem ser realizados pelos ACS no cuidado às pessoas com sofrimento mental. Além desta publicação, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, um importante documento – “Guia prático de matriciamento em saúde mental” – que tem servido de orientação nas práticas de saúde mental na atenção básica e, especificamente, na condução das ações de apoio matricial, que também apresenta algumas orientações para o trabalho dos ACS.

Diante do pequeno número de publicações e de orientações, no âmbito da política de saúde, que possam nortear o trabalho dos ACS no cuidado em saúde mental, torna-se de grande importância a realização de demais iniciativas que possibilitem aos profissionais o contato com a temática da saúde mental e ampliem suas reflexões sobre os modos de fazer no âmbito do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Essas iniciativas se estendem desde a participação em grupos de estudo e trabalho sobre a temática da saúde mental e a interação e discussão de casos com residentes em saúde mental (SANTOS, NUNES, 2014), passando pela construção de espaço de aprendizado a partir do cotidiano do serviço, com a perspectiva pedagógica da educação permanente em saúde (MIRANDA; AIRES, 2015) até chegar à realização de ações de apoio matricial em saúde mental na atenção básica (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2012; PINHEIRO; AMARAL, 2016).

No contexto da USF Santa Mônica, as ações de matriciamento também têm sido fundamentais, ao servirem como importante ponto orientador para os ACS na realização do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Destarte, ao fomentar o compartilhamento de

informações, a construção conjunta de conhecimento, o planejamento e a realização das ações em conjunto entre as equipes participantes, o matricialmente tem possibilitando aos ACS um maior conhecimento sobre o campo da saúde mental e acerca da experiência de sofrimento psíquico, assim como tem sido uma referência na construção do cuidado em saúde mental na unidade de saúde USF Santa Mônica.

Com relação a compreensão que os agentes têm acerca do sofrimento mental, eles ressaltam que atualmente entendem diferentemente o campo da saúde mental e as questões que envolvem o sofrimento e que essa mudança foi em decorrência, sobretudo, da participação nas atividades do matriciamento. Nesse sentido, eles apresentam em seus discursos que compreendem a sofrimento psíquico como uma condição de existência do sujeito que sofre, o qual se constitui como estruturante para o próprio sujeito e que é caracterizado pela singularidade, alteridade, diversidade, bem como pela falta, limitações e deficiências que acometerem o sujeito em sua trajetória de vida.

Ademais, os profissionais trazem em suas falas que o sofrimento psíquico não se constitui em si enquanto uma condição de incapacidade para a vida de uma pessoa, embora reconheçam as limitações ou dificuldades que, muitas vezes, sobrevêm ao sujeito por conta de um problema mental, ou que ocorrem na vida de uma pessoa em decorrência da falta de cuidados necessários a essa condição de saúde.

ACS 1: Assim, até pra explicar o contraste, assim, entre o que hoje eu entendo, assim, o entendimento de uma pessoa em sofrimento mental e o que eu pensava antigamente. Eu acreditava, antes de conhecer um pouquinho mais, que, assim, meu entendimento era: não deveria ter alguma forma, alguma forma, algum tratamento pra que essas pessoas voltassem ao normal? Mas, o normal dentro do meu entendimento do que é o normal. Aí, à medida que a gente vai entendendo um pouco mais, que a gente vai se aproximando, a gente vai percebendo que ninguém é normal. Que, na verdade, são pessoas que têm necessidades especiais e limitações como todo mundo, ponto. Assim, a questão não é com eles. Na verdade, é nossa incapacidade de lidar com a situação (...). Eu acho que a questão é essa, é a gente se permitir entender. Quando a gente se permite entender, sabe, a gente começa a perceber essas pessoas como alguém diferente, como todo mundo é... Hoje eu entendo é que a gente é que tem que ter sensibilidade pra entender a diversidade que nós apresentamos. Todos nós, né, cada um com suas dificuldades, com as suas limitações, e que todo mundo tem um pouquinho pra oferecer, tem algo pra oferecer, mesmo que seja diferente daquilo que a gente acha que tem que ser.

ACS 3: Então, eu vejo assim, que eles são capazes, apesar de ter o problema, mas eles são capazes, até de trabalhar, como na minha área tem... que tem transtorno e ela trabalha, ela cuida de criança, ela cuida de casa e tudo, você tá entendendo? É isso aí... Que a gente olha, vê o paciente como um todo, né? Não vê só o problema dele de saúde, a gente vê também que ele tem outras

coisas, tem outras potencialidades, né? (Grupo focal com os agentes comunitários de saúde)

A partir das narrativas dos profissionais, podemos considerar que eles apresentam uma concepção ampliada acerca da condição de sofrimento mental, tendo em vista que não se limitam aos aspectos relacionados à dimensão orgânica na compreensão do sofrimento psíquico, mas consideram outras dimensões que envolvem o sujeito e suas inserções sociais, as quais se constituem também como aspectos necessários para o entendimento deste fenômeno em sua complexidade. Embora não apareça de forma expressiva, na compreensão do sofrimento mental, o reconhecimento de aspectos relacionados aos significados construídos pelo próprio sujeito em sua experiência de sofrimento psíquico, os ACS demonstram estar sensíveis às questões sociais que interferem, agravam, ou desencadeiam problemas mentais, bem como apresentam-se sensíveis às diversas necessidades dos sujeitos e aos vários manejos e ações de cuidado que o referido problema de saúde demanda.

Começamos discutindo as intervenções com o citado usuário, o ACS Navir percebeu que ele fica meio reprimido devido a não ter vínculos, aponta problemas sociais relacionados ao transtorno mental, e crê que é possível que ele tenha uma vida normal. Navir faz uma reflexão de como as unidades podem atender o caso. Navir diz que o usuário consegue ter seu papel de cidadão. (Ata da reunião do matriciamento, 13.10.11)

O usuário tem depressão e é atendido no hospital especializado em saúde mental. A ACS Mayara fala de sua preocupação com o convívio familiar do usuário, especificamente da relação com sua filha, pois o usuário apresenta incontinência urinária e isso é disparador de muitos conflitos com a filha. Mayara comprometeu-se a marcar uma visita domiciliar com o médico do PSF para avaliação da incontinência urinária do usuário... (Ata da reunião do matriciamento, 13.09.2012)

ACS 2: E é muito bom, porque muitas vezes a gente pensa assim, “não, tem transtorno mental, fica em casa”. Não, quem tem transtorno mental, tem que sair, passear, pra inteirar juntamente com a família... e não é só dar remédio, medicamento e deixar dentro de casa. Não! Que ele é um ser também, que ele precisa sair, né, ele precisa ter ambientes diferentes, né, e conviver com o mundo lá fora. (Grupo focal com os agentes comunitários de saúde)

ACS 3: E outra coisa... quando logo eu vi esse trabalho aqui, eu ficava angustiada, “meu deus, será que o médico não tá vendo que esse paciente não só depende disso aqui, de medicação?” Como a gente que não tem... que não estudou pra ter aquele conhecimento de ver o outro... você tá compreendendo o que eu quero falar? E ele não tá vendo. Só... toda vez que chega lá, tome-lhe remédio, é? Tome-lhe remédio? Não vê, não observa que aquele paciente não

precisa só da medicação assim como... entendeu? (Grupo focal com os agentes comunitário de saúde)

Nesse sentido, os agentes comunitários de saúde trazem que foi a partir da participação nas atividades do matriciamento que eles começaram a ter uma compreensão diferenciada e passaram a enxergar as diversas demandas dos usuários, sobretudo, no que se refere às questões que envolvem ao sofrimento mental. Desse modo, essa nova forma de enxergar tem orientado a realização das suas ações na USF Santa Mônica, direcionando-as no sentido de um cuidado aos sujeitos e suas famílias na perspectiva da integralidade, conforme pode ser visto nas falas abaixo no grupo focal, como também em um dos momentos de atuação dos agentes comunitários de saúde, quanto eu acompanhei uma ACS em uma visita domiciliar.

ACS 1: Eu acho que o que a gente tem feito... até então, tem melhorado muito de qualidade com o matriciamento. O matriciamento possibilitou que a gente se sensibilizasse com relação a... a essa questão do sofrimento mental. Eu digo a gente, todos os profissionais... Eu acredito que se não fosse o matriciamento, é... isso não aconteceria da forma que acontece. Quando um paciente com transtorno mental vem pra unidade, eu acredito que a forma como ele é atendido aqui, é, é reflexo do matriciamento, talvez ele não fosse atendido da forma que ele é, se não fosse o matriciamento. E também norteia a visita da gente.

ACS 2: Outra coisa, já fala, PSF – Programa Saúde da Família. Quando a equipe chega, é pra tratar a família como um todo, não é pra tratar só de pressão, só de diabetes... vai olhar como um todo, inclusive com o sofrimento mental... né? Então, trabalhamos com tudo que venha promover um bem-estar daquela família, que a gente trabalha com promoção e prevenção à saúde. Então, a gente não tá só atendo a hanseníase, a tuberculose, o câncer, a... a pressão alta, a diabetes. Não, a gente tá tratando como um todo, inclusive, o transtorno mental, dentro do trabalho dentro do PSF. (Grupo focal com os agentes comunitários de saúde)

Nós estávamos indo visitar uma senhora que é usuária do CAPS e que também estava sendo acompanhada pelo grupo de matriciamento da USF Santa Mônica. No momento em que nos deslocávamos para a residência da usuária, Alcione comentou que tem se preocupado com esta usuária, especificamente, porque ela tem muitos filhos e estava novamente grávida. Disse também que a preocupação com a quantidade de filhos desta usuária era porque ela tinha dificuldades financeiras para criar e garantir as condições necessárias para seus filhos. Devido, principalmente a essas questões financeiras, ela acreditava que dois dos filhos desta usuária estavam morando com duas famílias vizinhas.

Alcione relatou ainda que a maior preocupação dela, neste caso, era com o filho mais velho desta usuária, o qual tinha 14 anos, morava em alguns momentos com a mãe e, em outros, na casa da avó, e não estava mais frequentando regularmente a escola. Além disso, ela estava sabendo que esse adolescente estava começando a se envolver com o tráfico de drogas. A ACS relatou que o adolescente era uma pessoa boa, que só estava precisando de orientações adequadas. Nesse sentido, ela já estava pensando em contactar um comerciante local para que pudesse conseguir um trabalho de meio turno para o adolescente. Com uma ocupação e com alguma fonte de renda, ela acreditava que poderia ajudar para distanciar o rapaz do mundo do tráfico de drogas.

Depois de duas semanas, em um momento de diálogo na unidade de saúde, Alcione compartilhou comigo que o referido adolescente tinha sido empregado em um supermercado, com o qual ela tinha feito contato. Segundo ela o rapaz estava bastante comprometido com suas atividades trabalhistas, tinha voltado a ir para a escola com mais frequência e tinha ouvido da família do adolescente que ele não estava mais se envolvendo com o tráfico de drogas, ou, pelo menos, estava diminuindo o contato com as pessoas que são relacionadas ao tráfico.

Após três meses que o adolescente começou a trabalhar, tive a oportunidade de acompanhar Alcione em uma visita na casa da avó do citado adolescente. Em um dos momentos, durante o diálogo com a família, a ACS perguntou se o rapaz continuava trabalhando no supermercado, pois não o estava mais vendo no local de trabalho. Uma das tias do rapaz disse que o proprietário do estabelecimento comercial tinha pagado apenas o primeiro mês de trabalho do adolescente, assim o mesmo se desmotivou e acabou não indo mais trabalhar. A ACS disse que conhecia o dono do mercado e que iria saber melhor sobre a situação, mas acreditava que o adolescente iria receber os vencimentos provenientes dos dias trabalhados. Ao sairmos da residência da família, a ACS compartilhou que precisava resolver aquela situação, pois aquele trabalho era muito importante para o adolescente, assim como para toda a família.

Esse relato nos apresenta uma prática em que o profissional ACS destinou o cuidado à uma pessoa com sofrimento psíquico, mas com um direcionamento da atenção não só para o sujeito, porém para toda sua família. Atuação em saúde que buscou enxergar o sujeito, suas dinâmicas familiares e inserções sociais. Desse modo, esta prática caracterizou-se pela vivência, inserção e compreensão que o profissional tinha do território sociocultural de habitação da família acompanhada e, sobretudo, pela proximidade com o cotidiano das pessoas, os espaços

de existência e de expressão dos sujeitos. Uma atuação próxima das dinâmicas de produção de sofrimento e necessidades em saúde, mas também dos dispositivos e recursos socioculturais que podem potencializar o cuidado em saúde.

Nunes e Torrenté (2016a) destacam a possibilidade que os agentes comunitários têm de estar próximos da vida das pessoas e de viver e se inserir no território onde os processos sociais se desenrolam e onde os significados são tecidos. Inserções que podem permitir a construção de um conhecimento distinto, ou seja, um “conhecimento nativo” das relações e dinâmicas socioculturais, o qual se apresenta relevante para a construção do cuidado e produção dos processos relacionados ao fenômeno saúde-doença-cuidado no campo da saúde mental.

Desse modo, podemos constatar, no contexto da USF Santa Mônica, não só discursos que sinalizam a necessidade de práticas que atendam o sujeito de forma integral e a partir das suas necessidades em saúde, mas também identificamos práticas concretas realizadas pelos ACS, no âmbito do cuidado em saúde mental, as quais não se limitaram a um atendimento meramente tecnicista e direcionado para os processos orgânicos, mas introduziram ações sensíveis às necessidades sociais dos sujeitos, às dinâmicas e interações familiares e em diálogo com os dispositivos sociais na construção das ações de cuidado em saúde mental.

Como destacam Silva et al. (2004), o cuidado em saúde deve ser realizado a partir da compreensão de que o sujeito é um ser de múltiplas necessidades, as quais não devem ser acolhidas de forma isolada e descontínua. Nesse sentido, a busca por identificar as necessidades dos usuários de saúde mental se coloca da mesma forma como a de atender todas as pessoas na sua condição de cidadão, exigindo assim o desenvolvimento de ações que extrapolem os muros dos serviços de saúde e o próprio setor saúde. Destarte, Nasi et al. (2009) ressaltam a importância que as ações de cuidado aconteçam em diálogo com os diversos dispositivos sociais, comunitários e públicos e que envolvam o sujeito e sua rede sociofamiliar. Oliveira, Andrade e Goya (2012) acrescentam ainda que não basta o oferecimento de ações ligadas apenas ao setor saúde, mas em uma rede ampliada que possibilite uma maior oferta de ações ao sujeito em sofrimento psíquico, promovendo, dessa forma, o acesso aos serviços de saúde e a sua reinserção social.

Ademias, nossos resultados reafirmam a reflexão apresentada por Figueiredo e Onocko-Campos (2009), quando estas destacam que o apoio matricial pode se constituir como uma estratégia educacional de fundamental importância na compreensão das demandas apresentadas pelos sujeitos e na organização e realização das práticas em saúde. Assemelha-se também aos

resultados apresentados por Pinto et al. (2012), em seu trabalho que buscou analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial pelo processo de matriciamento, quando os autores afirmam que as ações de matriciamento em saúde mental possibilitaram a ampliação do acesso às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica e direcionado o cuidado na perspectiva da integralidade.

Ao contribuir com a reflexão, Gomes (2006) ressalta que o uso da estratégia do matriciamento fomenta o trabalho em equipe e potencializa o cuidado em saúde mental na atenção básica. Neste sentido, destaco que na USF Santa Mônica a realização do trabalho em equipe, a partir das atividades de matriciamento, se traduziu na construção de conhecimento e de ações em conjunto, na criação de canais de diálogos e, principalmente, incorporação de outros atores no processo de cuidado às pessoas como sofrimento mental, especialmente, dos agentes comunitários de saúde. Desta forma, contribuiu ainda mais para que seja abandonada a compreensão de que o cuidado em saúde mental só pode ser realizado por profissionais especialistas, sobretudo, pelo profissional de medicina.

Pesquisador: Mas, o que exatamente o matriciamento tem proporcionado? Você fala muito “por conta do matriciamento”, mas o que o matriciamento tá possibilitando?

ACS 1: Isso, pronto... isso. Por exemplo, tá criando essa questão de que é um indivíduo que precisa de um... de um olhar diferenciado. Que qualquer um, não só o profissional médico, mas qualquer outro profissional da unidade pode acolher. Todas visitas de sensibilização foram feitas com agente comunitário e com os profissionais do matriciamento, ou seja, eles possibilitaram, né, que a gente... por exemplo, me permitiu entender que eu posso trazer um certo conforto pra essa... como uma conversa, uma fala, uma... sabe, um direcionamento.

Pesquisador: Que outras pessoas da equipe também podem...

ACS 1: Isso. Também podem participar. E, assim, o que faz, basicamente, é conversar. Mas, não um conversar por conversar, mas um conversar direcionando, um conversar entendendo, um conversar permitindo que essas pessoas, que essa pessoa, ela se abra, que ela entenda a sua situação e, a partir daí, encontre caminhos pra resolver. Eu acho que é isso, que o matriciamento faz: é conversar, mas não um conversar por conversar, é um conversar com direcionamento. Porque na minha área esse paciente, não foi feito mais do que isso assim, sabe, não foi preciso o uso do medicamento, não foi preciso o uso da internação, foi preciso momentos onde foram feitas, foram realizadas conversas, visitas, é... sabe...

ACS 2: Escuta, né?

ACS 1: Escuta. Essa conversa que eu falo, é isso, é escutar, é entender qual é a situação do paciente. E foi suficiente pra mudar a forma como essa pessoa, ela percebia o que tava à sua volta. Então, acho que é isso que o matriciamento

faz, é, permitir que a gente escute o outro, o paciente que tá em sofrimento mental. Acho que é isso que o matriciamento faz. (Grupo focal com os agentes comunitários de saúde)

Nesse sentido, as práticas realizadas pelo ACS têm sido caracterizadas, sobretudo, pela valorização dos espaços de diálogo, das dinâmicas relacionais e pelo encontro entre os sujeitos, ao passo que tem sido construído, cada vez mais, espaço de acolhimento, de vinculação e de escuta para as pessoas com sofrimento mental na unidade de saúde Santa Mônica. Nesse sentido, Nasi et al. (2009) ressaltam que as práticas de cuidado devem apresentar a capacidade de escutar e disponibilidade para acolher e interagir com os sujeitos que buscam atenção em saúde. Destarte, conforme destacam Souza e Rivera (2010), estará possibilitando ao sujeito em sofrimento psíquico o mesmo espaço de cuidado que é oferecido às demais pessoas que buscam a unidades de saúde da família, na garantia do atendimento das suas necessidades em saúde em espaços de liberdade e no usufruto dos seus direitos de cidadão.

Acreditamos que essa nova forma dos ACS se relacionarem com a saúde mental e de corresponsabilização pelo cuidado às pessoas em sofrimento psíquico está influenciando no aumento do número de usuário de saúde mental que tem buscado a unidade de saúde da família Santa Mônica. Esse acesso iniciou com os usuários considerados caso médios e graves e, mais recentemente, para os casos leves. Essa atuação se concretiza com a construção de espaços de acolhimento, vinculação e escuta às pessoas com sofrimento mental, e que se caracteriza pelo pioneirismo e iniciativa dos ACS na condução do cuidado aos casos leves no contexto na atenção básica. Podemos percebê-la, na descrição abaixo, em uma das atuações realizadas por um agente comunitário a uma idosa que estava começando a apresentar quadro depressivo.

Depois de alguns minutos, Tânia chegou à unidade de saúde. Ela pediu para eu esperar um pouco, pois iria resolver algumas questões na coordenação da USF. Ao voltar, a ACS perguntou se poderíamos ir fazer as visitas e eu disse que sim. A ACS disse que iríamos fazer três visitas naquela manhã, sendo a primeira delas a uma senhora idosa que tinha sofrido uma queda e fraturado o quadril e, devido a isso, não estava nem levantando da cama. Após ser informado sobre as três visitas, deixamos a unidade de saúde e seguimos em direção à casa da primeira família a ser visitada.

Aproveitei o caminho para saber um pouco mais sobre a senhora a ser visitada. Tânia disse que a referida idosa chamava-se Camélia e tinha 86 anos. Era uma senhora muito ativa e que gostava de estar sempre envolvida com alguma atividade, sendo a mais frequente, costurar. Entretanto, ela ressaltou que, depois que a idosa sofreu uma queda e fraturou a região do quadril,

passando a ficar sem andar, a mesma tem demonstrado um grande desinteresse e desmotivação por quase todas as atividades que ela desenvolvia anteriormente. Além disso, Tânia falou que dona Camélia também tem diminuído o apetite e estava interagindo menos com as pessoas.

Por causa desse quadro, a ACS relatou uma preocupação com um possível quadro depressivo desta senhora e, por causa dessa suspeita, ela tinha passado a visitar dona Camélia com mais frequência. Disse ainda que buscava, em suas visitas semanais, obter informações da condição de saúde dessa senhora e passar informações para a família sobre a melhor forma de cuidado no espaço domiciliar. Como dona Camélia estava apresentando comportamentos de isolamento e de desmotivação para realizar algumas atividades, a ACS ressaltou também que ela buscava construir um espaço de maior interação e diálogo com a idosa em suas visitas, com o intuito de dar um maior suporte nesta dimensão psicossocial.

Ao chegarmos na casa de dona Camélia, fomos atendidos por uma de suas filhas e convidados a entrar. A ACS informou que tínhamos vindo visitar dona Camélia e me apresentou como um profissional de saúde que estava desenvolvendo um trabalho de pesquisa na comunidade em parceria com a USF Santa Mônica. A mulher que nos recebeu agradeceu a visita e nos levou ao quarto da sua mãe. Antes de chegarmos ao leito, onde estava deitada a idosa, sua filha disse que acreditava que sua mãe estivesse se recuperando da fratura, porém estava se isolando cada vez mais, sem querer conversar e nem fazer quaisquer atividades.

A ACS se aproximou da idosa e buscou iniciar uma conversa, perguntando como ela estava. No mesmo momento, a ACS pegou na mão de dona Camélia e fez um gesto de carinho em sua cabeça. Sem muitas palavras, a idosa disse que estava se recuperando. Neste momento, a ACS olhou para mim e fez um gesto para eu me aproximar mais e me apresentou para a idosa. Da mesma forma, perguntei o estado de saúde dela e tentei iniciar uma conversa sobre suas atividades cotidianas, mas ela pouco falou, disse apenas que gostava de cozinhar e costurar antes de sofrer a queda.

A filha comentou que tinha colocado uma televisão no quarto para que sua mãe pudesse assistir, mas tinha observado que ela não demonstrava interesse para assistir à televisão. A ACS se dirigiu à filha da idosa e, com cuidados para que dona Camélia não ouvisse, falou que era importante que a família sempre buscasse interagir com dona Camélia e tentasse motivá-la a retomar algumas das atividades que ela fazia, as quais fossem possíveis para o momento, pois isso iria ajudar na autoestima da idosa e, por conseguinte, ajudar na recuperação. A filha da idosa disse que iria conversar com os seus irmãos para que todos pudessem interagir mais com

a mãe. Em seguida, a ACS se voltou para a dona Camélia e iniciou outro diálogo sobre as atividades que a idosa gostaria de voltar a realizar.

Depois de mais alguns minutos ali, nos despedimos de dona Camélia e agradecemos a família por ter-nos recebido. Ao sairmos, a filha compartilhou a dificuldade de cuidar da mãe naquela situação, já que sua mãe não estava podendo levantar para fazer as necessidades fisiológicas e nem tomar banho e ela era a única filha que morava com a mãe na casa, assim ficava com a maior responsabilidade. Disse ainda que sempre pedia o apoio dos outros irmãos, os quais moravam em outros bairros, mas nem sempre eles podiam vir ajudar.

A ACS destacou que seria importante que todos os filhos ajudassem, sobretudo, para que ela não ficasse sobrecarregada. Desse modo, sugeriu que ela conversasse melhor com os irmãos para ver a possibilidade da ajuda de todos, e assim dividir melhor as responsabilidades no cuidado com a idosa. Ao sair da casa, a ACS tocou novamente no assunto comigo sobre a condição de desmotivação da idosa e sobre a importância de a família criar um espaço de maior diálogo e interação com a referida senhora, ponto que ela vinha tentando também contribuir. Concordei com ela e reafirmei que isso era muito importante para todo o processo de recuperação de dona Camélia.

O contato diário e a proximidade com a comunidade têm possibilitado à ACS Tânia um vínculo mais estreito com as pessoas da sua área de atuação e, neste sentido, um maior conhecimento das necessidades e demandas dos usuários. Com relação às pessoas com sofrimento psíquico, esse lugar estratégico da ACS na comunidade tem proporcionado uma maior visibilidade dos casos de saúde mental e assim facilitado na identificação dos mesmos e na viabilização do acesso destes usuários aos serviços de saúde. Contexto esse que possibilitou que a ACS identificasse o caso da senhora Camélia, em um momento ainda inicial da condição de sofrimento mental apresentada por essa usuária. Desse modo, possibilitaria que a profissional atuasse, em alguma medida, também na perspectiva da prevenção do sofrimento e no controle das situações de agravo à saúde.

Na realização do cuidado, a agente comunitária voltou sua atenção para os aspectos psicossociais. Nesse sentido, demonstrou um certo conhecimento do campo da saúde mental, o qual lhe permitiu realizar uma leitura da situação e tecer uma certa compreensão das necessidades apresentadas pela usuária, bem como lhe proporcionou condições e instrumentos necessários para a condução do cuidado no âmbito da saúde mental.

Ademais, a profissional buscou construir uma prática mediada pelo diálogo e pela corresponsabilização com os familiares envolvidos no processo de cuidado à idosa. Nesse sentido, em uma vertente, tinha o intuito de disponibilizar informações aos familiares sobre a condição de saúde mental da usuária e acerca das formas de cuidado a serem realizados por estes a dona Camélia. Por outro lado, buscava, ela mesma em suas visitas, construir um espaço de diálogo, acolhimento e escuta para a referida idosa, estendido também para os familiares, diante da árdua tarefa de cuidar de uma idosa acamada e com um possível episódio aparentemente depressivo.

Os aspectos analisados sinalizam um movimento crescente de apropriação do campo da saúde mental e de corresponsabilização pelo cuidado das pessoas com sofrimento psíquico pelos agentes comunitários de saúde. Movimento que acreditamos ter sido influenciado pela participação dos ACS nas atividades do matriciamento, em seus seis anos de existência na USF Santa Mônica. Esse processo tem sido caracterizado, sobretudo, pelo maior conhecimento dos ACS sobre a saúde mental e pela construção de novas maneiras de cuidar por estes profissionais, valorizando o encontro entre os sujeitos e a construção de espaços de diálogos, na medida em que se ampliam os espaços de acolhimento, vinculação e de escuta para as pessoas com sofrimento mental no contexto da USF Santa Mônica.

5.5. (Des)caminhos e caminhos da loucura: análise de uma trajetória de cuidado matriciado

Nosso percurso agora seguirá os passos de Flora, usuária da rede de saúde mental, em suas experiências de vida inscritas em construções sociais e históricas, permeadas especialmente pelos modos de cuidar da loucura em um período onde o modelo psicossocial se torna hegemônico em relação ao seu predecessor: o modelo manicomial. Os passos são inscritos pela experiência do sofrimento forçadamente marcados pela vivência da institucionalização no passado e modificados a partir do processo de desinstitucionalização iniciado com o acesso a modalidades cada vez mais abertas ao território: no início, o ambulatório até chegar a uma atenção ofertada pela Unidade de Saúde da Família. Embora essa particularidade caracterizasse principalmente um enfoque pautado na exploração do itinerário terapêutico, o trabalho etnográfico envolvendo não apenas a USF e os profissionais, mas a usuária, sua família e seu espaço social, permitiu identificar outros aspectos da trajetória de vida de Flora que avançam

na análise do lugar social da loucura favorecido pela intermediação da atenção básica, mas também pelas formas de relação social desenvolvidas com ela na vizinhança.

Flora é a filha mais nova e fruto do quarto e último casamento da senhora Margarida. Além da filha caçula, Margarida teve 11 filhos, sendo que 3 deles morreram ainda na infância e outro faleceu na vida adulta. Flora nasceu na cidade de Salvador, Bahia, em 1967 e, desde os seus primeiros anos de vida até o momento atual, tem morado com a família no bairro de Santa Mônica na mesma cidade. Esse é um bairro popular que teve seu processo de urbanização realizado de forma desorganizada, através de invasões e construção de residências por meio de aterramento de áreas alagadas.

A pequena Flora nasceu e cresceu apresentando um desenvolvimento normal para sua idade. Entretanto, aos três anos de idade, sofreu um acidente doméstico, ao cair e bater a cabeça no chão. No período, os pais não procuraram ajuda médica por não acreditarem que tinha sido algo grave, mas, à medida que ela ia crescendo, a família percebia que seus comportamentos e desenvolvimento psicológico não acompanhavam seu desenvolvimento físico.

Porque não cuidou logo no momento que ela caiu de cima do túnel e aí, quando ela começou crescendo na idade, mas a cabeça não desenvolvia... Então o comportamento depois da queda foi isso, que ela não desenvolveu o mental, mas foi desenvolvendo o corpo. Sempre fugia, sempre dava desejo de fugir de dentro de casa, e aí foi crescendo nisso. (Entrevista: Violeta – irmã de Flora)

Mesmo apresentando um atraso no desenvolvimento cognitivo e psicológico após o acidente sofrido, segundo impressão da família, até a adolescência, Flora realizava e participava das atividades cotidianas – brincar, estudar, namorar, trabalhar – como qualquer adolescente: “(...) ela estudou pouquinho, mas ainda estudava, trabalhava, parecia ter um comportamento normal, apesar de que teve um problema criança, mas parece ter um comportamento normal”. (Entrevista: Violeta)

Entretanto, aos 17 anos, Flora engravidou, fruto de um relacionamento passageiro, e teve a sua primeira filha, chamada Gardênia. Sem muito jeito e paciência para cuidar da criança, a filha é criada pela família. Depois da primeira filha, o quadro de Flora agravou e ela passou a apresentar ainda mais comportamentos atípicos, tais como fugir de casa, ansiedade e agressividade. A partir daí, veio a primeira internação em um hospital psiquiátrico, quando ficou seis meses internada.

(...) na adolescência teve uma filha, com a idade de 17 anos. Depois que ela teve a primeira filha, a situação se agravou mais ainda, entendeu? Aí chegou ao ponto, como eu te falei, várias vezes internar, várias vezes saía, fugia de dentro de casa, daí por diante começou todos os procedimentos de doença mental. (Entrevista: Violeta)

Após essa primeira internação, Flora retornou para casa e buscou retomar sua vida, ao contribuir com o cuidado de sua filha e na realização das atividades domésticas. Diante da difícil condição financeira enfrentada pela família naquele momento, Flora precisou trabalhar e contribuir também financeiramente com as despesas da família, sobretudo, com os gastos da própria filha. “Eu trabalhei para ele... Eu lavei, lavava de ganhe. Oito dias de parida ou sete dias, eu trabalhei, subia escadas. Da primeira escada que sobe é pra ir pra Libertava, lavava roupa de ganhe (...)” (Entrevista: Flora)

Neste período de sua vida, Flora volta a se relacionar com o pai da sua filha e engravidou novamente. Apesar dos problemas mentais apresentados anteriormente, ela teve uma gestação normal e da mesma forma foi o parto. Mas, logo nos primeiros dias de vida, a criança adocece e morre. Vale destacar que a condução dessa situação de adoecimento e morte do bebê foi feita de forma a desconsiderar a participação de Flora, de modo autoritário, sem levar em conta a primazia da mãe em participar dessas decisões, mas, principalmente, sem levar em consideração o impacto emocional de um bebê morrer sem que a mãe tenha sequer o direito de se despedir dele. Essa situação mobilizou bastante Flora e a levou a ter outras crises, como os relatos abaixo descrevem:

Sua filha Roseane tinha nascido com alguns problemas de saúde e, apesar de ter recebido alta do hospital e ido para a casa da mãe, precisou voltar ao hospital e ser internada. Como Flora ainda estava se recuperando do parto, ela não foi informada que a filha estava doente, e não participou da decisão de levar a filha Roseane ao hospital. Mesmo recebendo o apoio médico, a criança não resistiu e acabou falecendo. Eu acredito que o que piorou a condição de saúde de Flora foi essa situação, porque a criança foi internada sem ela saber e, lá no hospital mesmo, a criança morreu sem ela ter visto mais a filha. Eu acho que nem no velório da criança ela foi. Por isso que eu acredito que foi a morte da menina que agravou o problema mental dela. (Diário de campo: Agente Comunitária de Saúde – ACS)

Depois mesmo que ela veio piorar o comportamento dela que deu demonstração de loucura foi depois da segunda filha. Que ela teve a primeira, foi Gardênia; a segunda, foi Roseane, e aí foi problema, porque tirou do corpo... tirou de perto dela, e aí ela... como que tivesse... o parto subisse, né, pra cabeça. Então, ficou variada total, depois dessa ausência dessa segunda filha, e ficou até hoje, entendeu? (Entrevista: Violeta)

Com a morte da segunda filha, reapareceram os sintomas e os comportamentos que levaram Flora a sua primeira internação psiquiátrica. Não foi possível identificar com muita clareza quais eram os sintomas e comportamentos relacionados ao transtorno mental que acometeu Flora naquele período, mas a família relata que ela era agressiva, ansiosa e que fugia de casa, isto é, saía andando sem destino. Com o agravamento da condição de saúde, Flora foi internada pela segunda vez em um hospital psiquiátrico, por um período de oito meses. Sem melhora significativa, vieram a terceira e a quarta internações psiquiátricas, estes dois internamentos com período igual de seis meses cada.

Em nenhum momento, conseguimos um relato de Flora sobre sua experiência da internação no hospital psiquiátrico, mas a forma como ela expressa não querer voltar para lá nos faz supor que a internação tenha se configurado como algo oposto ao que se propunha, que era tratar das pessoas com sofrimento mental. É possível perceber esse desejo de Flora em um dos primeiros contatos que tivemos com ela, quando, ao ser explicado sobre a sua participação na pesquisa, ela expressa de imediato o seu desejo de não querer ser mais internada em um hospital psiquiátrico.

Mas, não é para me deixar hospitalizada não, né? Porque o sangue de Jesus tem poder! Aquele Pai de mim...Aquele senhor poderoso que tá lá no céu vai tocar o que é... Você vai fazer. Se um dia vai fazer na frente da polícia e não vai deixar eu... Eu mais pra ir pro hospital, porque quem confia no Senhor não cai. (Entrevista: Flora)

Durante os momentos em que esteve internada, ou mesmo nos demais momentos de sua vida, Flora sempre contou com o apoio de sua família. Nesse sentido, o seu núcleo familiar configurou-se como o principal suporte em sua trajetória de vida. Em entrevista, sua irmã Violeta disse que “(...) a única coisa que eu sinto que ela ganhou e tem ganhado é o apoio da família. A família dela é quem dá todos os apoios, em todos os momentos difíceis da vida dela”. Dona Margarida, a mãe de Flora, sempre foi a principal referência de cuidado para a filha. No período das internações psiquiátricas, ela relatou que sempre fazia visitas à filha e, atualmente, mesmo com 88 anos de idade, ela ainda é a principal cuidadora de Flora.

O sofrimento psíquico vivenciado por Flora não só influenciou na sua condição de saúde, como também acabou sendo estruturante e influenciando toda sua trajetória de vida. Nesse sentido, a família compreende a trajetória de Flora como uma caminhada marcada muito

mais pelas perdas e limitações em decorrência dessa condição de vida, do que por qualquer ganho que ela tenha tido como compensação pelo seu problema de saúde, à exceção do Benefício de Prestação Continuada, o auxílio concedido através do Instituto Nacional do Seguro Social para as pessoas acometidas por uma doença ou acidente que as tornem incapazes para o trabalho, que reconhecem como o único ganho. Por outro lado, eles conseguem enumerar as várias perdas enfrentadas por Flora:

“Sim, perdeu sim. Família, uma família... Uma estrutura melhor, um comportamento melhor, entendeu? O estudo que ela não pode mais seguir em frente. Então, na minha opinião, ela perdeu muitas coisas, depois dessa... dessa doença que causou na vida dela”. (Entrevista: Violeta)

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e, sobretudo, com a aprovação da Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que regulamenta as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial, o início do século XXI é marcado pelo fechamento de leitos psiquiátricos na cidade de Salvador. Assim como muitos usuários da rede de saúde mental, após esse momento, Flora não mais é internada em um hospital psiquiátrico, porém passa a ter acesso ao tratamento psiquiátrico ambulatorial em um Hospital Especializado em Saúde Mental próximo da sua residência.

Essa mudança no modelo assistencial e, por conseguinte, no tratamento ofertado a Flora acabou repercutindo de forma muito positiva em sua vida. Primeiro, porque ela passa a ser atendida em um serviço de saúde mais próximo da sua residência, com uma perspectiva de tratamento não mais em um espaço de internação. Ademais, com uma proposta de tratamento em que a família pode participar da ação de cuidado. Entretanto, mesmo com os avanços importantes dessa nova forma de tratar as pessoas com sofrimento psíquico, ela se torna limitada e insuficiente quando o cuidado em saúde mental se reduz a um serviço apenas e, ainda mais, quando se restringe a uma prática centrada em atendimentos ambulatoriais e em intervenções medicamentosas.

Esse novo percurso possibilitado a Flora abriu espaço para novas experiências, novas expressões e para a construção de novos significados em sua trajetória de vida. Na casa da sua mãe, uma pequena construção edificada em uma ruela no bairro de Santa Mônica, ela passa a morar agora com sua genitora e um tio, que sofreu um derrame cerebral aos 20 anos de idade, hoje com 51 anos, ocasionando-lhe a perda da fala e da capacidade de locomoção.

Posteriormente, esse senhor desenvolveu transtorno mental devido à lesão cerebral, passando a receber atendimento ambulatorial psiquiátrico no mesmo hospital que Flora faz tratamento.

No atendimento ambulatorial no Hospital Especializado em Saúde Mental, Flora tem sido atendida apenas pelo psiquiatra, embora a instituição ofereça outros serviços, como psicoterapia, terapia ocupacional, grupos e oficinas terapêuticas. Mesmo tendo acesso inicialmente a apenas um dos serviços disponíveis pela rede de saúde mental, Flora tem consigo, com o uso das medicações psiquiátricas, uma maior estabilidade no seu quadro clínico. Sintomas como a ansiedade e agressividade já não se apresentam no seu dia a dia e o seu comportamento de caminhar, ao sair de casa andando sem destino, foi substituído pelos passeios diários pelas ruas e becos do bairro onde mora, mas com o retorno para sua residência ao final de cada caminhada.

Dia a dia o que ela gosta de fazer...Andar. Acorda, faz tipo uma atividade. De manhã cedo, ela levanta, toma o banho dela, vai passear pelo bairro, volta, toma o alimento dela, toma o remédio dela e dorme. Dorme, almoça no horário certo, passeia, brinca, volta, pronto! E aqui ela permanece. (Entrevista: Violeta)

A propósito desse hábito de caminhar pelas ruas sem aparente destino ou propósito, tão característico de outros “loucos de rua”, citados tanto nessa pesquisa quanto em outras, vale à pena mencionar os aspectos ao mesmo de estranhamento e de familiaridade produzidos por essas pessoas entre habitantes do espaço urbano. Em cidades pequenas, mas podemos pensar também que em bairros mais antigos e que possuem uma vizinhança consolidada com relações de proximidade, apesar dessas pessoas alienadas que perambulam pelas ruas estarem sujeitas ao risco de sofrerem alguma agressão física, também se observam relações de proteção por parte de vários moradores que as observam como alguém inofensivo e que requer cuidados (FERRAZ, 2000). Tal é o caso de Flora que, apesar de morar em um bairro considerado de circulação perigosa para muitos, em decorrência especialmente da violência urbana, tem se mostrado um lugar de proteção para Flora, ganhando ares de relações afetivas, o que veremos mais adiante no texto.

As mudanças e as possibilidades na vida de Flora não têm se restringido apenas ao fato de ter um tratamento fora dos muros manicomial, mas tem se ampliado a cada passo que ela tem dado na direção do seu empoderamento, do resgate da sua autonomia e do direito de viver sua loucura em espaço de liberdade. Passos estes que têm ganhado concretude e sustentação à

medida que a rede de saúde mental tem se expandido e possibilitado para ela outros espaços de cuidado, de circulação e de reinserção social.

5.5.1. *A Unidade de Saúde da Família, um pit-stop*

Apesar de Flora ter apresentado, em alguns momentos de vida, um perfil para ser atendida em um Centro de Atenção Psicossocial, seus familiares nunca a levaram nesse serviço. Entretanto, foi por meio da atenção básica em saúde que Flora e sua família passaram a ter um maior acesso às ações e práticas de cuidados em saúde. Com a ampliação da atenção básica no município de Salvador a partir dos anos 2000 e, de modo específico, com a implantação do Programa de Saúde da Família em um antigo posto de saúde no bairro de Santa Mônica, em 2004, Flora e sua família são cadastradas na referida unidade e passam a ter acesso a serviços de saúde próximo de sua residência, possibilitando a Flora o atendimento em saúde em seu território.

Conforme orientações nacionais, as USF devem cadastrar as famílias de um determinado território de abrangência, representando a área sobre a responsabilidade do serviço (BRASIL 1997). Desse modo, permitem que seja estabelecida uma relação de longa duração entre as famílias atendidas e os profissionais da equipe (STARFIELD, 2002). Assim, os profissionais da unidade assumem uma responsabilidade longitudinal pelo cuidado e atendimento da população adstrita (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Embora a USF Santa Mônica não tenha oferecido, nos primeiros anos de implantação do PSF, práticas específicas em saúde mental, ou quaisquer ações de acolhimento para as pessoas com sofrimento psíquico, o cadastramento das famílias e a longitudinalidade do cuidado permitiram que os profissionais dessa USF tivessem uma maior vinculação com toda população atendida e, desse modo, conhecessem melhor as condições de vida e as necessidades de saúde de Flora e sua família.

A partir do ano 2010, com o apoio da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental (ISC/UFBA), foram iniciadas práticas de matriciamento de saúde mental na atenção básica, com a proposta de potencializar as ações de cuidado em saúde mental e ampliar o acesso das pessoas com sofrimento psíquico na USF Santa Mônica. Nesse sentido, um dos primeiros desafios dessa nova prática era identificar novos casos de pessoas com sofrimento psíquico que, embora fizessem parte das famílias que moravam no território de abrangência da USF, não recebiam suporte algum na perspectiva do cuidado em

saúde mental. Para isso os agentes comunitários de saúde, por residirem na comunidade e desenvolverem a maior parte do seu trabalho no território, mostraram-se um dos principais atores na construção dessa ação.

Seguindo o fluxo da estratégia desenhada pelos profissionais que participavam do matriciamento, a família de Flora passou a ser identificada como um grupo familiar que precisava de cuidados na perspectiva da saúde mental. De modo específico, o caso de Flora é identificado como demandante de cuidados em saúde mental pela agente comunitária de saúde que trabalha na microárea onde a usuária mora, e posteriormente, é compartilhado em uma reunião do grupo de matriciamento. “A agente comunitária observa ainda que a mãe de Gardênia, a sra. Flora, também tem problemas mentais... A equipe entende que a agente comunitária poderá se aproximar da história de vida da mãe de Gardênia”. (Ata da reunião do matriciamento – 19/07/2012)

Embora apresentasse um quadro clínico de esquizofrenia, nesse momento de sua vida, Flora encontrava-se psicologicamente organizada e, como já era atendida no ambulatório de psiquiatria no Hospital Especializado em Saúde Mental, ela não foi encaminhada pelo grupo do matriciamento para o CAPS, mas passou a ter um suporte mais próximo na própria USF, a partir de um cuidado em saúde mental em uma perspectiva não especializada. Desse modo, a USF possibilitou que outros atores se envolvessem na ação de cuidado a Flora, na medida em que era estabelecida uma maior vinculação e acolhidas às demandas apresentadas por ela, as quais não requeriam uma ação especializada. Nesse sentido, a USF se constituindo como mais um espaço de cuidado para Flora, mas também como mais um espaço de circulação (e de parada), de encontro e de vivências.

Pesquisador: Qual é o tipo de tratamento que a senhora recebe das pessoas que trabalham no posto?

Flora: Conversa comigo, brinca.

Pesquisador: A senhora falou que essas pessoas também cuidam da senhora, não foi? Mas, de que forma assim essas pessoas cuidam da senhora?

Flora: Conversa, batendo papo, conversando e... Esperando. **Pesquisador:** E esse tratamento, isso lhe ajuda?

Flora: Ajuda.

Pesquisador: Ajuda como?

Flora: Para me distrair, eu converso. (Entrevista: pesquisador e Flora)

Ao observar as pessoas e a dinâmica daquele espaço, entrou na Unidade de Saúde uma senhora negra, de estatura baixa, com mais ou menos uns 50 anos, cabelo curto e crespo, um pouco corcunda e com peso um pouco acima do indicado para a idade e altura. Entrou na Unidade de Saúde, passou pela

recepção, veio até próximo às salas de atendimentos e voltou à entrada do posto. Fez esse percurso, de entrar e sair do posto, algumas vezes. Em alguns momentos parava, observava algumas pessoas e logo voltava a caminhar pelo interior da unidade. As pessoas pareciam não se incomodar com a presença daquela mulher, nem mesmo as pessoas que ela parava para observar. Como se a presença dela na unidade de saúde fosse algo comum e frequente. Passado no máximo uns cinco minutos, esta senhora saiu do posto e começou a caminhar em direção a uma rua que fica ao lado da Unidade de Saúde. Desloquei-me para a entrada da unidade e fui à calçada tentando acompanhá-la com os olhos, mas logo lhe perdi de vista. Suponho que ela tenha entrado em alguma ruela. (Diário de campo: pesquisador)

Como já destacado por Nunes e Torrenté (2016), as pessoas com sofrimento psíquico apresentam necessidades em saúde que podem ser atendidas por profissionais com competências generalistas. Ademais, consideram que uma prática em saúde mental precisa englobar as diferentes formações e experiências profissionais – especialistas e generalistas – somados aos diversos recursos e às variadas formas de manejo. Nesse contexto, conforme Olschowsky (2001), recomenda-se que a prática de cuidado aconteça em diferentes espaços exigindo também um fazer em saúde que considere a subjetividade e singularidade do sujeito, em que a inclusão, a cidadania, a autonomia e a solidariedade coexistam como princípios orientadores nas ações de cuidado na perspectiva da integralidade.

De acordo com Silva et al. (2004), a noção de integralidade está permeada pela compreensão de que o sujeito é um ser de amplas e diferentes necessidades que não devem ser acolhidas de forma isolada e descontínua, sendo fundamental garantir o máximo de interfaces possíveis, seja no âmbito da saúde ou em outros espaços de cuidado. Corroborando a reflexão, Nasi et al. (2009) ressaltam que a noção de integralidade permite que cada pessoa seja concebida como ser em um todo indivisível e social, considerando o modo singular das pessoas em sofrimento psíquico, ou seja, sua condição estruturante e sua relação consigo e com o mundo. Desse modo, Mattos (2004) destaca a importância de entendermos o sujeito em sua totalidade, a partir da sua condição de vida, permitindo assim que, no cotidiano dos serviços de saúde, as práticas profissionais sejam direcionadas para o sujeito nessa totalidade, ou seja, contemplando as suas dimensões constitutivas, biológicas, psicológicas e sociais.

Desse modo, ao adotar essa compreensão da integralidade, sobretudo, da noção de sujeito enquanto um ser em um todo indivisível e social, ao considerar sua condição estruturante, seus diversos modos de expressão e sua relação consigo e com o mundo, torna possível uma compreensão ampliada do sujeito em sofrimento psíquico e das suas diversas necessidades em saúde.

O caso de Flora é exemplar a esse respeito. Após a morte da sua filha, Flora passou a juntar muitas bonecas em sua casa e a cuidar delas como se estivesse cuidando de uma criança recém-nascida. Por meio de doações, ou quando as acha pelas ruas, as bonecas eram trazidas para sua casa e cuidadas diariamente. “(...) porque ela é uma menina que liga muito pra... Boneca, brincar, entendeu? Eu acho assim, o comportamento dela é esse que eu sinto.” (Entrevista: Violeta). Além do cuidado que tem com as bonecas em sua residência, Flora também leva suas bonecas à USF para que elas sejam atendidas pelos profissionais do serviço, ou para tomar vacinas.

Ela sempre vem aqui no posto, às vezes, quando ela vem aqui, ela traz uma de suas bonecas, pois, é, ela gosta de brincar com bonecas e parece ter muitas bonecas, então, traz uma de suas bonecas para que seja atendida aqui pelos profissionais, ou para que as bonecas tomem vacina. (Diário de campo: recepcionista da USF)

Além do cuidado com as bonecas, Flora demonstra um grande deslumbre por crianças recém-nascidas. Nos momentos em que ela vai à USF e se depara com alguma mulher com seu filho nos braços, ela se aproxima e fica a admirar o bebê. Nas situações em que a mãe desses bebês conhece Flora e não se incomoda com a presença dela perto da criança, ela normalmente fica por muito tempo olhando o recém-nascido.

É muito interessante, pois Flora é conhecida como uma pessoa que anda muito, que sempre está caminhando pelas ruas e becos do bairro onde mora, mas parece que, ao avistar uma criança de colo e poder se aproximar, a faz parar. E quando ela está perto da criança, a impressão que dá é que ela quer tomar a criança em seus braços e cuidar da criança. (Diário de campo: pesquisador).

Essa descoberta de Flora da possibilidade de encontrar bebês na unidade de saúde nos parece reeditar um importante momento de perda traumática e dolorosa na sua vida, que parece ganhar algum tipo de reparo ou alívio, ou simplesmente funcionar como o prazer de uma presença para aquilo que ficou para sempre ausente. No entanto, não há aparentemente uma busca de entendimento psicológico, ou de afã terapêutico, quando vários daqueles profissionais da USF manifestam a sua aceitação tácita em relação à curiosidade e ao maravilhamento de Flora quando para (depois das suas longas caminhadas) em uma atitude de contemplação daqueles recém-nascidos. Isso nos faz advogar aqui a necessidade desse tipo de cuidado não

especializado, quase leigo, mas profundamente humano e necessário oferecido por outros agentes de cuidado.

Como destacam Nasi, et al. (2009), as práticas de cuidado devem apresentar a capacidade de escuta e disponibilidade para acolher e interagir com os sujeitos que buscam atenção em saúde. Embora a relação e os significados em torno da figura de bonecas e crianças recém-nascidas não tenham sido trabalhados de modo específico, os profissionais da USF têm conseguido estabelecer uma relação de confiança e fazer do serviço um espaço de acolhimento para Flora, como também de expressão e de ressignificação da vida. Isso contrasta radicalmente com a sua experiência do hospital psiquiátrico, lugar para onde não deseja mais retorno. Entretanto, na USF Santa Mônica, não só ela vai diariamente a esse serviço, como também leva outros para que sejam aí cuidados, mesmo estes sendo suas próprias bonecas.

Ao tomar a família como unidade de cuidado, os profissionais da USF Santa Mônica têm não só se responsabilizado pelo acompanhamento de Flora, como de todos os membros de sua família. Ademais, não apenas se limitando a um entendimento dos processos de adoecimentos ou sofrimento psíquico como fenômenos de ordem biológica, mas ampliando a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, ao buscar valorizar as dinâmicas e interações existentes no núcleo familiar na realização das práticas de cuidado destinadas à família. Esse modo de condução tem estado presente, principalmente, na prática profissional do ACS que acompanhada a família:

Eu tou preocupada como Pepeu (neto de Flora), porque parece que ele está começando a se envolver com os meninos aí de cima (envolvimento com o tráfico de drogas). Umas duas vezes eu o vi com os meninos de lá de cima. A família já enfrenta tanta dificuldade, não merece passar por isso também. Ele é um menino bom, só está precisando de uma orientação. Mas, eu já estou vendo um trabalho com o dono do mercado. Com a cabeça ocupada, eu acredito que ele vai ficar longe destas coisas. (Diário de campo: ACS)

Retomo a reflexão de Waidman e Elsen (2005) para destacar a importância que a família de um usuário de saúde mental seja concebida também como um grupo que pode necessitar de cuidados, além de ser vista como aquela que tem um lugar de grande valor na rede de relações e suporte social. Nesse sentido, além do cuidado estendido a todos os membros família, os profissionais da USF, especialmente a ACS que acompanha a família, têm buscado compartilhar informações sobre saúde mental e construir com os próprios familiares um maior comprometimento e corresponsabilização no cuidado a Flora.

Ela (ACS) sempre tá vindo me dando... Sempre vindo aqui saber como é que está, trazendo pessoas para acompanhar, ver o procedimento da família, entendeu? Então, alguma coisa ela entra em contato comigo dizendo o que é preciso fazer e o que não é preciso. Então, isso aí, para mim isso é o ideal. (Entrevista: Violeta)

No entanto, mesmo os familiares tendo sido o principal apoio e participado diretamente na ação de cuidado desde os momentos da internação psiquiátrica, eles demonstram conhecer muito pouco as questões que envolvem as condições de saúde de Flora e, da mesma forma, expressam conhecer pouco os desejos, gostos, ou mesmo os medos e as angústias dela. Quando questionada sobre o que Flora gosta de fazer no seu dia a dia, Violeta, que é uma das principais cuidadoras dela, relata:

O dia a dia que ela frequenta é o bairro onde ela mora, o bairro onde ela nasceu, o bairro que ela se criou, então, outro bairro pra ela não tem, não faz sentido, a não ser aqui na Santa Mônica... Olha! Cidade... Lazer, essas coisas nenhuma, porque a cidade dela, o mundo dela na verdade é aqui no Santa Mônica. Ela não sai para outros lugares. (Entrevista: Violeta)

No entanto, ao falar acerca dos lugares que já teve a oportunidade de ir e que gostou de ter ido e das coisas que gostou de fazer, Flora relatou um conjunto de atividades já realizadas e de lugares frequentados em espaços diversos na cidade de Salvador. Já em relação às atividades que desenvolvem nos finais de semana no próprio bairro onde mora, Flora relata que se distrai no próprio bairro. Exemplos que reafirmam a importância dessa ação de compartilhar informações sobre saúde mental e construir uma prática de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico em conjunto com seus familiares.

Teve uma vez que eu fui na praia... Fui na praia, fui no parque, fui no circo e fui no cinema. Vou... Eu... Tem uma pessoa que me arruma e eu vou me distrair. Que tem que distrair, tem que brincar, tem que levar uma vida com outro, tem que ser uma pessoa juventude. Para não envelhecer mais, e nem... Nem o mundo levar... (Entrevista: Flora)

Aqui mesmo... Tomo minha cerveja, às vezes ou outra, às vezes ou outra. Tomo minha latinha, agora eu não sou biriteira, né?(...) às vezes, a pessoa também tem que se distrair. (Entrevista: Flora)

Ao adotar a família como unidade de cuidado – incluindo suas dinâmicas, condições de vida, interações entre seus membros, processos de saúde e adoecimento – o serviço de saúde

passa a se inserir no território onde vivem as pessoas. Entretanto, a importância do trabalho no território se apresenta para além do fato de conhecer pessoas ou circular por espaços, mas se calca, sobretudo, em compreender as dinâmicas socioculturais que se relacionam com as condições de saúde e adoecimento da população e na possibilidade de realizar práticas nos espaços de vida, ou seja, nos lugares onde as pessoas constroem e dão sentidos as suas vidas.

Aliada à compreensão de um território passível de ser conhecido e local de realização de práticas em saúde mental, ressalta-se também a importância dos recursos comunitários e suas iniciativas enquanto parceiras no processo do cuidar em saúde mental. Esse suporte social está presente na história de Flora através da aceitação, do acolhimento, do reconhecimento do direito de livre circulação, ou até mesmo por meio do suprimento de alimentos ou vestimentas. “Porque só o fato da maioria da vizinhança que acompanhou ela, quando ela era agressiva, e continua até hoje, então, eu sinto que os moradores todos amam ela. Para mim é uma felicidade”. (Violeta)

Eu percebo, eu percebo, eu pressinto, porque... Como é que a comunidade ajuda? Não maltrata. É... Não deixa ela faltar as coisas, se por acaso ela acontecer se perder e tiver em outro lugar, alguém vem até a família e presta satisfação que ela está em tal lugar. E para mim, eu me sinto bem. (Entrevista: Violeta)

Ao nos voltarmos para o território socioexistencial de Flora, deparamo-nos também, e sobretudo, com os becos e as ruelas do bairro de Santa Mônica. Lugares marcados pelo tráfico de drogas, homicídios, pelos embates entre traficantes e policiais, ou seja, pela violência que caracteriza as favelas dos grandes centros urbanos e que assola milhares de pessoas que sobrevivem nesses lugares. Contexto social esse que, no entanto, nunca impediu Flora de dar seus passos diariamente pelos estreitos caminhos que enredam histórias, constroem vidas, ou mesmo marcam o fim delas. Caminhos que, sobretudo, representam para ela um espaço de liberdade no exercício de sua cidadania, ao possibilitar sua expressão e a reconstrução de sua trajetória enquanto sujeito que tem direito à vida e à liberdade: “Dia a dia o que ela gosta de fazer... Andar.”

6 . CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a perspectiva de contribuir com a discussão em torno da inserção das práticas de saúde mental no contexto da atenção básica, esta investigação buscou perscrutar as relações e dinâmicas socioculturais existentes em uma unidade de saúde da família que se relacionam com a compreensão do sofrimento psíquico e com as práticas de saúde mental. Com essa pretensão, buscamos identificar os significados produzidos pelos profissionais da USF Santa Mônica sobre suas práticas concretas no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, assim como as ações desencadeadas a partir dos significados produzidos. Ademais, seguimos os distintos e constantes passos de uma usuária de saúde mental, de modo a conhecer os significados tecidos em sua trajetória de vida, expressos em sua narrativa ou nas suas experiências concretas.

Nesta imersão no cenário das relações e das práticas, nos deparamos com uma realidade caracterizada por um processo de mudança nas ações de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico no contexto da USF Santa Mônica. Esse movimento pareceu-nos direcionado para o início de uma prática de corresponsabilização pelos casos de saúde mental no âmbito da atenção básica e caracterizado pela ampliação do acesso e qualificação do cuidado às pessoas com sofrimento mental acompanhadas nesta unidade de saúde. Nossas evidências conduzem a pensar que esse processo tenha sido disparado, sobretudo, com a implantação das ações de matriciamento em saúde mental na USF Santa Mônica.

Vale dizer que esse movimento de mudanças se caracterizou por níveis diferenciados de vinculação, apropriação e implicação com a prática em saúde mental entre os diferentes profissionais da equipe – com formação superior, com curso médio/técnico e agentes comunitários de saúde. Como os três grupos profissionais começaram a participar de forma efetiva das atividades do matriciamento em momentos distintos, acreditamos que essas diferenças estejam relacionadas, especialmente, com o tempo de participação dos profissionais nas ações de matriciamento, mas não podemos descartar níveis de engajamento diferenciados.

Desse modo, é possível perceber que quanto maior o tempo de participação das atividades do matriciamento maior tem sido a apropriação dos aspectos teóricos e técnicos no âmbito da saúde mental e, por conseguinte, corresponsabilização com a prática de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico. Com apenas cerca de um ano e meio participando das ações de matriciamento, os profissionais de nível médio e técnico apresentam ainda um comportamento de medo e uma concepção da condição de sofrimento mental como uma

experiência desviante. Além de não se sentirem autorizados para o cuidado em saúde mental, estes veem essa prática como sendo responsabilidade dos profissionais especialistas.

Por outro lado, esse contato com a saúde mental, por meio das ações de matriciamento, tem suscitado o questionamento e a reflexão nestes profissionais sobre o seu lugar no cuidado em saúde mental, de modo que os mesmos têm começado a se verem também como possíveis agentes de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico no contexto da atenção básica. Nesse sentido, algumas iniciativas têm sido disparadas, na medida em que estes profissionais têm começado a se envolver com o cuidado em saúde mental. Ademais, o lugar de trabalho destes profissionais, ao proporcionar o contato mais frequente com os usuários e o vínculo que daí se desenvolve, tem possibilitado aos mesmos um lugar estratégico na realização acolhimento e na construção de espaços de escuta aos usuários de saúde mental.

Com um tempo de participação maior nas atividades do matriciamento, em torno de três anos, os profissionais de nível superior demonstram não só já reconhecerem suas responsabilidades no cuidado em saúde mental, como também apresentam uma compreensão ampliada sobre a condição de sofrimento psíquico. Neste sentido, têm contribuído de modo concreto na realização do cuidado em saúde mental, ao participar na discussão dos casos, no planejamento e execução das ações. Embora, no cotidiano das práticas, alguns desses profissionais, muitas vezes, tenham restringido suas ações a uma tentativa de enquadramento diagnóstico e à prescrição de medicamentos.

Por último, com participação desde o início das atividades do matriciamento, ou seja, há cinco anos, os agentes comunitários de saúde demonstram também apropriação do campo da saúde mental e uma crescente implicação no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Na compreensão do sofrimento mental estes profissionais demonstram estar sensíveis as dimensões sociais e relacionais que envolvem o sujeito e sua condição de sofrimento. Suas práticas têm se distinguido, sobretudo, pela valorização dos espaços de diálogos e das dinâmicas relacionais, com uma perspectiva de atenção dirigida para o sujeito e seu núcleo familiar.

Nesse sentido, na atuação do ACS, é possível perceber uma prática que se direciona para a corresponsabilização do cuidado em saúde mental, sobretudo, ao ser construída no encontro com o sujeito e na interlocução entre os saberes. Essas iniciativas de atuação têm buscado estar próximas das dinâmicas de produção do sofrimento e das necessidades em saúde, assim como dos recursos e dispositivos socioculturais que podem contribuir na realização do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico.

Destacamos que a possibilidade de se inserir, de circular e, ainda mais, de viver o território sociocultural da Santa Mônica – enquanto um sujeito pertencente deste lugar, que é tocado pelas mesmas condições sociais, que compartilha o mesmo processo histórico, assim como elementos simbólicos e significados sociais – proporcionou aos ACS não só uma maior visibilidade dos casos, como também a construção de um conhecimento mais próximo da realidade vivada, ou seja, dos lugares de existência e de expressão dos sujeitos. Uma compreensão de dentro, que tornou possível ser construído uma impressão não só sobre algo externo, ou sobre o outro que é diferente de mim, mas sobre algo que é próximo, a partir do lugar em comum, das relações mútuas, do sentir e compartilhar dos mesmos processos e dinâmicas socioculturais. Esse conhecimento, quando acessado e conjugado à atuação profissional e, desse modo, à compreensão dos processos e aspectos do fenômeno saúde-doença-cuidado, possibilitava a construção de práticas mais sensíveis às necessidades dos sujeitos e às condições que se relacionavam com a experiência de sofrimento mental.

Em suma, os aspectos analisados sinalizam um movimento crescente de apropriação das noções teóricas do campo saúde mental e de corresponsabilização do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico pelos profissionais da USF Santa Mônica. Movimento que acreditamos ter sido menos influenciado pelo conhecimento formal das psicopatologias ou dos quadros diagnósticos, e muito mais pelo compromisso, pela responsabilidade de ser colocar disponível, pela possibilidade de aproximação, pelo altruísmo, pela capacidade de diligência e de se sensibilizar com o sofrimento dos que precisam de cuidado.

Esse processo tem se traduzido na ampliação do acesso e na qualificação do cuidado em saúde mental na USF Santa Mônica, na medida em que têm sido expandidos os espaços de acolhimento, vinculação e escuta às pessoas com sofrimento psíquico, considerados casos graves e também os casos leves. Um exemplo mais concreto pode ser observado na trajetória de Flora, usuária que teve seus passos marcados pela experiência da institucionalização, mas foi no espaço de liberdade, ao circular pelos becos e ruelas do bairro Santa Mônica, que pode encontrar um lugar de expressão, de acolhimento e de reinvenção da vida. Esse cuidado foi potencializado com a presença da USF Santa Mônica e, sobretudo, com o início das práticas de matriciamento de saúde mental nessa unidade de saúde, desse modo, possibilitando a Flora um local de referência em sua comunidade, o qual tem permitido um maior espaço de circulação, compartilhamento, de estabelecimento de diálogos e de construção de novos vínculos.

Destacamos, ainda, a relevância das ações do matriciamento na realização do cuidado em saúde mental nesta USF, metodologia que consideremos ter sido de fundamental importância neste processo de construção, na medida em que proporcionou a construção coletiva do conhecimento e a realização conjunta das ações, em uma perspectiva de complementariedade interdisciplinar entre os diferentes profissionais, especialista e generalista. Ademais, possibilitou a aproximação entre os diferentes pontos de atenção da rede de saúde mental, de modo a favorecer os canais de diálogos e a consolidação do cuidado em saúde mental no âmbito do território.

Nesse sentido, ressaltamos a importância da continuidade das ações de apoio matricial na USF Santa Mônica e, ainda mais necessário, a ampliação destas práticas para outras unidades de saúde da família, de modo que possam contribuir cada vez mais na consolidação da rede de atenção psicossocial e, em específico, na construção das práticas de saúde mental na atenção básica. Realçamos também a importância de que seja conjugado a essa ação a estratégia de educação permanente em saúde, de modo que o cotidiano do trabalho passe a se constituir enquanto espaço de reflexão, crítica e aprendizagem, a partir de uma postura problematizadora das próprias práticas no cotidiano dos serviços, em uma ação permanente de “aprender a aprender” e de “aprender a construir saúde”.

Por fim, destacamos o potencial que a atenção básica e, de modo específico, que a Estratégia de Saúde da Família dispõe para o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico. Sendo assim, evidenciamos, ainda mais, a necessária aproximação da saúde mental na atenção básica. Destarte, este ponto de atenção estaria construindo uma nova forma de ser relacionar com o campo da saúde mental, na medida em que estaria ampliando sua capacidade de resolução dos problemas de saúde e seu potencial de produzir mudanças.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. Saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais. In: ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001, p.70-86.

AIRES, S; MIRANDA, J. Diferentes concepções de loucura entre profissionais da rede pública de saúde mental. In: SOUZA, M. K. B.; TAVARES, J. S. C. (Org.) **Temas em Saúde Coletiva: gestão e atenção no SUS em debate**. 01. ed. Cruz das Almas: Editora UFRB, 2014. p. 147-166.

ALMEIDA-FILHO, N.; COELHO, M. T A.; PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo, n.43, p. 100-125, setembro/novembro 1999.

ALMEIDA-FILHO, N. JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4):879-889, 2002.

ALVARENGA, L. M. C. A. **A prática médica no programa de saúde da família e sua contribuição para mudança do modelo technoassistencial em saúde**: limites e possibilidades. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo. São Paulo. 2005.

ALVES, V. S. **Educação em saúde e constituição de sujeitos**: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família. (Dissertação) Mestrado. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2004.

AMARANTE, P. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Org.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2008a.

AMARANTE, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008b.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 783-835.

ARIAS, E. H. L. **Desafios na formação médica**: o Programa Saúde da Família como prática de ensino. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2001.

AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, Brasil, v. 8, n.14, p. 73-92, 2004.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, jan. 2011.

BEDIN, D.; SCARPARO, H. B. K. Integralidade e Saúde Mental no SUS à luz da Teoria da Complexidade de Edgar Morin. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, p. 195-208, 2011.

BEZERRA, A.F.B.; ESPIRITO SANTO, A.C.G do; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, Out. 2005.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Enferm**, Florianópolis. Abr-Jun; 16(2): 307-14. 2007.

BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupos numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2002.

BORNSTEIN, V.J. STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, núm. 1, janeiro-fevereiro, 2008, pp. 259-268.

BOUMARD, P. O lugar da etnografia nas epistemologias construtivistas. **Revista de Psicologia Social e Instituições**. v. 1, n. 2, nov. 1999.

BRASIL, **Portaria nº 692**, de 25 de março de 1994, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção da Saúde. **Manual para organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: programa de saúde da família - A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001.

BRASIL. Declaração de Caracas. In: Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 1990-2002. Brasília, Ministério da Saúde; 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed., Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, nº 43, de 04 de mar. 2008. Seção 1, p. 38-42.

BRASIL. Secretaria Nacional de Habitação. **Guia para regulamentação e implementação de Zonas Especiais de Interesse Social – ZEIS em vazios urbanos**. Brasília, DF: Ministério das Cidades, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: saúde mental**, nº 34. Brasília, 2013.

BRÊDA, M. Z.; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação Psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 450-452. Mai./jun. 2005.

BUCHELE, F.; LAURINDO, D. L. P.; BORGES, V. F.; COELHO, E. B. S. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 226-233, set./dez. 2006.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**. v. 17, n. 2, p. 26-32, mai/ago. 2005.

CAMPOS, F. E.; BELISARIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os Desafios para a Formação Profissional e a Educação Continuada. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**. v. 5, p. 157-167, 2001.

CAMPOS, G. W. S. (org.). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, pp 393-403, 1999.

CANEDO, D. Cultura é o quê? - Reflexões sobre o conceito de cultura e a atuação os poderes públicos. **V Enecult - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura**. 27 a 29 de maio de 2009 Faculdade de Comunicação/UFBA, Salvador. 2009.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão**. Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. Tese (Doutorado). Universidade de Campinas, 2003.

CASTELLANOS, M. E. P.; LOYOLA, M. A.; IRIART, J. A. B. Ciências Sociais em Saúde Coletiva. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013, p.567-584.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9 n. 16, p. 161-168, set.2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004.

CHAVES, E. S. **O Racismo na trajetória escolar e profissional de professoras universitárias**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará. Belém, 2006.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 53, n. especial, p. 143- 147, 2000.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, dez. 2011.

CUCHE, D. **A Noção de Cultura nas Ciências Sociais**. Bauru: EDUSC, 1999.

DECLARATION OF ALMA-ATA. **International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata**. USSR, 6-12, september, 1978.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. et al. (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-41.

DONANGELO, M.C. F. Medicina na sociedade de classes. In: DONANGELO, M.C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979, p. 29-68.

ESTEVAM, M. C.; MARCON, S. S.; ANTONIO, M. M.; MUNARI, D. B.; WAIDMAN M. A. P. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 679-686, 2011.

FERMINO, J. M.; PATRÍCIO, Z. M.; KRAWULSKI, E.; SISSON, M. C. Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Aletheia**, nº. 30, p. 113-128, jul/dez, 2009.

FERRAZ, F.C. O louco de rua visto através da literatura. **Psicologia USP**, v. 11 n. 2. São Paulo 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642000000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2014.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 129-138, jan/fev, 2009.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 79-98.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

FOUCAULT, M. A evolução da noção de ‘indivíduo perigoso’ na psiquiatria legal do século XIX. In FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 01-25

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: Contradições de um Programa destinado a mudança dos modelos tecnoassistenciais para a saúde.. In: **Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública**, 1999, Águas de Lindóia. Anais do Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública, 1999. v. 1.

GARNELO, L; LANGDON, J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. (Orgs.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 123-156.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações**. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2002, p. 64-89.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 575-625.

GOMES, V. G. **Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP**. Monografia (Especialização). Universidade de Campinas; 2006.

GONZALEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. SP: Thomson, 2005.

GOULART, F. A. A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?**. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1497-1508, 2010.

HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre, RS: Artes Medicas, 2003.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações**. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2002, p. 90-113.

KLEINMAN, A. Orientations 3: core clinical functions and explanatory models. In: KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1980, p. 71-118.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing, and the human condition**. Cambridge: BasicBooks, 1988.

KLEINMAN, A. What is specific to biomedicine? In: KLEINMAN, A. **Writing at the margin: discourse between Anthropology and Medicine**. Berkely: University of Carlifornia Press, 1995. p. 21-40.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 175-181, mai-jun. 2010.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (Org). **Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec. 2001, p.11-52.

LANCETTI, A, AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 615-634.

LAPLANTINE, François. **A descrição etnográfica**. São Paulo: Terceira Margem, 2004.

LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico**. 17. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

LEVIS-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempos Brasileiros, 1975.

LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB - Saúde mental na atenção básica**, v. 8, n. 24, mar./abr. 2007.

MALINOWSKI, B. Objetivo, método e alcance desta pesquisa. In: GUIMARAES, A. Z. **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975. p. 39-76.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno Saúde Pública**. v. 20, n. 5, p. 1411-1416, , set/out, 2004.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

MARCONDES, D. Sentido e relevância da ética. In: MARCONDES, D. **Textos Básicos de Ética**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.

MENDES, A. S.; OLIVEIRA, W. G.; CONSTANTINO, P. Pensando a integralidade do cuidado a partir do fluxo PSF/CAPS. **Perspectivas Online: Humanas e Sociais Aplicadas**. v. 1, n. 1, p. 15-29, jan./abr. 2011.

MENÉNDEZ, E. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) **Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9 n. 16, p. 172-174, set.2004/fev.2005.

MIRANDA, J.; AIRES, S. Educação Permanente em Saúde: o cotidiano do trabalho em saúde como espaço de aprendizado. **Revista Extensão**, v. 9, p. 154-163, 2015.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

MUNARI, D. B.; MELO, T. S; PAGOTTO, V.; ROCHA, B. S.; SOARES, C. B.; MEDEIROS, M. Saúde mental no contexto da atenção básica: os desafios, limitações e potencialidades do PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 784-795, 2008.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(2):333-345. 2005.

NASI, C.; SCHNEIDER, J. F.; OLSCHOWSKY, A.; WETZEL, C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 1 p. 147-152, jan./mar. 2009.

NEVES, H G.; LUCHESE, R.; MUNARI, D. B. Saúde Mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 666-670, jul./ago. 2010.

NUNES, M. O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646, nov-dez, 2002.

NUNES, M. O.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.

NUNES, M. O.; JUCÁ, V. J. S.; PITTA, A. M. F.; TORRENTÉ, M. A articulação da experiência dos usuários nas microculturas dos Centros de Atenção Psicossocial uma proposta metodológica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, p. 204-220, 2010.

NUNES, M. O.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Prevenção, atenção e controle social em saúde mental. In: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 501-512.

NUNES, M. O.; TORRENTÉ, M. Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2859-2868, 2013.

NUNES, M. O.; TORRENTE, M. Saúde Mental e Atenção Primária: trans-vetores de articulação. In: NUNES, M. O.; LANDIM, F. L. (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016a. No prelo.

NUNES, M. O.; TORRENTE, M. Entre etnografia e participação: compondo uma estratégia metodológica. In: NUNES, M. O.; LANDIM, F. L. (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016b. No prelo.

OLIVEIRA, A.; ALESSI N. Cidadania: instrumento do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 191-203, jan/mar, 2005.

OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3069-3078, 2012.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho do antropólogo. Olhar, ouvir, escrever. In: OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo**. Brasília, São Paulo: Paralelo XV, Ed. UNESP: 2000. p. 17-35.

OLSCHOWSKY A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental**: análise da pós-graduação “Lato Sensu”. 2001. Tese (Doutorado). Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; GAMA, C. A. P.; SANTOS, D. V. D.; FERRER, A. L.; STEFANELLO, S. ; TRAPÉ, T.L. ; PÔRTO, K.F. Saúde mental na atenção primária à saúde:

estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12 p. 4643-4652, dez, 2011.

PAIM, J. S. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 9, n. 3, p. 207-215, 1985.

PAIM, J. S. . Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**. v. 5, n. 9, p. 143-146, ago. 2001.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

PAIM, J. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, v. 12, n. 2, 109-114, ago, 2010.

PAULINO, V. C. P. **Processo de Educação Permanente no Cotidiano de uma Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2008.

PEIRANO, M. A favor da Etnografia. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1995.

PINHEIRO, C. M.; AMARAL, C. E. M. Ações dos ACS no cuidado em saúde mental. In: NUNES, M. O.; LANDIM, F. L. (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016. No prelo.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012,

PINTO, R. F. **CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticas: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

QUEIROZ, V. D. C. Saúde Mental na atenção primária. **Serviço Social e Realidade**, v. 19, n. 1, p. 125-152, 2010.

QUEIROZ, T. F. **O apoio matricial no município de Aracaju/SE: a perspectiva dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2012.

QUINTAS, R. M.; AMARANTE, P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78/79/80, p. 99-107, jan./dez. 2008.

RIBEIRO, E M. As várias abordagens da família no cenário do programa - estratégia de saúde da família (psf). **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 658-64, jul./ago. 2004.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. A contribuição da Saúde Mental para o desenvolvimento do PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 3, p. 230-235, maio/jun. 2003.

ROSA W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dec. 2005.

SANTOS, E.; PINHO, J. A. G.; MORAES, L. R. S.; FISCHER, T. (Org.). **O Caminho das águas em Salvador**: bacias hidrográficas, bairros e fontes. Salvador: CIAGS/UFBA; SEMA, 2010.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis**, v. 24, p. 105-125, 2014.

SANTOS, J. L. **O que é cultura**. 16. ed. 10. reimpr. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309-314, 2003.

SCARPARO, H. B. K. Perspectivas de integralidade em prática de saúde na década de setenta: o sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo. **Barbarói (USCS)**, v. 25, p. 115 -130, 2006.

SILVA, C. B.; SANTOS, J. E.; SOUZA, R. C.; Estratégia de Apoio em Saúde Mental aos Agentes Comunitários de Saúde de Salvador– BA. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.1, p.153-160, 2012.

SILVA, J. A. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis**: agente institucional ou agente comunidade?. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

SILVA, P. L. et al. A interface Saúde Mental e Atenção Básica. **Boletim da Saúde**. v. 18, n. 1. p. 141-55, jan/jun, 2004.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.**;12(3):441-8, 2010.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol. 13 (4): 591-595, jul/ago, 2005.

SILVEIRA, P. S; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 139-148, jan./fev. 2009.

SOUTO, A. C. et al. **Relatório final das atividades desenvolvidas na atualização do mapeamento da área adscrita da Unidade de Saúde da Família Santa Mônica**, Distrito Sanitário da Liberdade. Salvador: ISC/UFBA, 2013.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, p. 105-114, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, R. C.; SOUZA, S. M. G. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 82, p. 252-263, mai./ago. 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. 2008, vol.42, n.5, pp. 914-920.

THOMPSON, J.B. **Ideologia e Cultura Moderna**: Teoria Social Crítica na Era dos Meios de Comunicação de Massa. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

TORRE, E.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva na campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, jan./jun. 2001.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, v. 19, n. 3, pp. 777-796, 2009,

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2), p. 429-435, abr./jun. 1998.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4 ed. São Paulo. Hucitec, 2008.

VECCHIA, M. D. **A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família**: Estudo sobre práticas e significações de uma equipe. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2006.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 183-193, jan./fev. 2009.

VILLAS BÔAS, L. M. F. M.; ARAÚJO, M. B. S.; TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(4):1355-1360. July/Aug. 2008.

WAIDMAN, M. A. P, ELSEEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 341-349, jul./set. 2005.

WEBER, Max. Responsabilidade pela conduta social: representação. In: WEBER, Max. **Conceitos Básicos de Sociologia**. São Paulo: Centauro, 2002, p. 83-87.

WETZEL, C; KANTORSKI, L. P.; SOUZA J. Centro de Atenção Psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. **Revista de Enfermagem - UERJ**, v. 16, n. 1, p. 39-45, jan./mar. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope**. Geneva: OMS, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva: OMS, 2008.

8. APÊNDICES

A – Roteiro para grupo focal

Dados sobre o grupo focal	
Local:	Data:
Facilitador/a:	
Auxiliar:	

Dados sobre as/os profissionais	
Entrevistada/o 1: Idade / ano de nascimento: Nível de escolaridade: Formação/profissão: Vínculo empregatício:	Entrevistada/o 2: Idade / ano de nascimento: Nível de escolaridade: Formação/profissão: Vínculo empregatício:

Temas	Objetivos	Perguntas
TCLE	<i>Leitura, comentário e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vou começar apresentando a nossa pesquisa. (<i>ler o termo</i>) • Vocês aceitam então participar? • Conforme está no termo, a nossa conversa vai ser gravada. Vou iniciar agora.
Contexto e diagnóstico sobre saúde mental.	<i>Conhecer o contexto sociocultural e identificar concepções e práticas sobre saúde mental no território e sobre os recursos formais e informais usado.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vocês poderiam falar um pouco sobre esta comunidade, ou seja, dos aspectos históricos, culturais e sociais característicos deste território. 2. Como vocês percebem que a comunidade/aqui no bairro compreende a saúde mental e lida com as pessoas em sofrimento mental? 3. Quais os espaços que as pessoas com sofrimento mental buscam quando precisam de cuidado?
Ações e concepções de saúde mental na AB.	<i>Identificar as concepções e práticas em saúde mental na atenção básica e exemplos de intervenções concretas.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Como vocês compreendem o sofrimento psíquico/saúde mental? 5. Como vocês entendem que devem ser as práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas na atenção básica?

		<p>6. Quais ações voltadas para a saúde mental, inclusive para a promoção da saúde mental, são realizadas por essa Equipe de Saúde da Família? E de que forma são realizadas?</p> <p>7. Quais as facilidades e desafios para a realização das práticas de cuidado de saúde mental na atenção básica?</p>
Processo de Matriciamento	<i>Descrever o processo de matriciamento, desde seus primórdios</i>	<p>8. Quem são as pessoas que participam das reuniões do matriciamento?</p> <p>9. Como funciona o matriciamento?</p> <p>10. Houve alguma mudança na realização desta ação do momento em que ela foi iniciada até agora? Quais?</p> <p>11. Existe alguma dificuldade para a realização desse trabalho de matriciamento? Quais?</p>
Antes x depois	<i>Comparar o tipo e a qualidade do acesso (acessibilidade geográfica, disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de compra, acolhimento) e do cuidado (individual e coletivo)</i>	<p>12. Antes do matriciamento, como era o cuidado às pessoas em sofrimento mental aqui na unidade?</p> <p>13. Vocês percebem alguma mudança nas práticas de cuidado às pessoas em sofrimento mental nesta unidade depois do matriciamento?</p> <p>14. Vocês percebem efeitos das novas práticas de cuidado em saúde mental, especialmente mudanças na qualidade de vida das pessoas acompanhadas pelo matriciamento?</p>

B – Roteiro de entrevista narrativa

<p>1) Nome: _____</p> <p>2) Idade: _____ 2) Sexo: _____</p> <p>3) Estado civil: _____ 4) Raça/cor: _____</p> <p>5) Escolaridade: _____</p> <p>6) Tem religião: _____ É praticante: _____</p> <p>7) Ocupação atual: _____ 8) Renda da família: _____</p> <p>9) Com quem reside: _____</p>	
Dimensões	Questões
A vida pregressa	Você poderia me contar um pouco da sua história? Onde você nasceu?
O desvendamento (a eclosão dos sintomas)	Você poderia me falar sobre o seu problema de saúde? Quando algo mudou? O que mudou?
Manejo e Cuidados (<i>Coping</i>)	Como reagiu? O que fez? Falou com alguém? Alguém percebeu? Como reagiu?
Explicações	O que você acha que provocou esse problema em você?
Reações/Modificações das Relações sociais	Você mudou em relação aos outros? Você acha que as pessoas mudaram em relação a você? De que modo? Você acha que perdeu algo na vida por causa do seu problema de saúde? Você acha que esse problema de saúde favoreceu de alguma forma a vida?
Redes sociais	Das pessoas que vivem em torno de você, quais são aquelas que mais tem ajudam? E as que mais te atrapalham?
Sinais e sintomas	O que você sente? Como fica quando não está bem?
Vida cotidiana/gestão da vida pessoal	Que lugares você frequenta no seu dia a dia? Fale-me um pouco deles. Como é morar aqui no seu bairro? Quem são os seus vizinhos? O que você costuma fazer no final de semana? Que lugares da cidade você frequenta? Há coisas que você gostaria de fazer, mas não pode? Por quê? De quais coisas da sua vida você mesmo cuida sem precisar de ajuda?
Cidadania	Quais serviços públicos você tem acesso quando precisa?
Vida laboral	Você trabalha? Já trabalhou? Como é a sua relação com seus colegas de trabalho? E com seu/sua chefe?
Busca de ajuda formal e informal	Que tipo de ajuda você já procurou para cuidar do seu problema?

	<p>Você poderia me falar um pouco daquelas que mais tem ajudaram? E daquelas que foram experiências ruins?</p>
<p>Matriciamento</p>	<p>Você frequenta o posto de saúde Santa Mônica? Com qual profissional do posto de saúde você tem mais contato? Como ele/ela tem cuidado de você? Que tipo de tratamento você recebe nesse posto? Lá, eles cuidam de você? De que forma? Como esse tratamento tem te ajudado? Você já encontrou dificuldades em ser tratado no posto Santa Mônica? Quais?</p> <hr/> <p>Você frequenta algum CAPS? Você tem contato com algum profissional do CAPS?</p>

C – Roteiro de observação participante

1. Estratégia — Utilizar todas as idas a campo para realizar observações sistemáticas acerca dos seguintes aspectos:

- *Relação entre os membros da equipe* (hierarquias; participação na tomada de decisões do dia a dia; participação nas reuniões; distribuição de tarefas; reconhecimento dos limites da própria atuação; etc.).
- *Relação da equipe com outros centros de saúde, especialmente os de saúde mental* (observar se existe efetivamente a referência e contra-referência em relação às outras unidades de saúde; identificar se existe algum tipo de rivalidade entre os membros do ESF e profissionais de outros níveis de assistência que atuem na área; e observar cuidadosamente se os membros da equipe demonstram conhecer e trabalham em parceria com o CAPS existente na área).
- *Relação da equipe com a comunidade* (tipos de vínculos estabelecidos com a comunidade, existência de demanda espontânea — observar que tipo de expectativas e solicitações a comunidade dirige à ESF; relações de poder; observar a leitura que os membros da ESF fazem acerca dos agentes de cura populares).
- *Relação da equipe com os/as pessoas com sofrimento mental* (observar se existe algum trabalho específico nesse campo; procurar saber se a equipe passou por algum tipo de treinamento; identificar como a equipe se sente frente à possibilidade de desenvolver trabalhos nesse campo; observar como a equipe se porta quando se depara com situações de crise).

2. Para realizar tais observações, é fundamental considerar que:

- Será necessário participar o máximo possível das atividades da equipe — de reuniões às visitas domiciliares;
- Observar implica em interagir. Assim, quando estivermos em campo, além do olhar atento, deveremos conversar informalmente com profissionais e membros da comunidade no sentido de obter as informações apresentadas.