

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Marcio Wagner Camatta

**AÇÕES VOLTADAS PARA SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares**

Porto Alegre

2010

MARCIO WAGNER CAMATTA

**AÇÕES VOLTADAS PARA SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares**

Tese apresentada à banca avaliadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Porto Alegre

2010

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

C173a Camatta, Marcio Wagner

Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família : intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares [manuscrito] / Marcio Wagner Camatta. – 2010. 207 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

Orientação: Jacó Fernando Schneider.

1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da família. 4. Programa Saúde da Família. 5. Schutz, Alfred. 6. Pessoal de saúde. 7. Equipe de assistência ao paciente. I. Schneider, Jacó Fernando. II. Título.

WY160

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

MÁRCIO WAGNER CAMATTA

Ações voltadas para a saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 17 dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Presidente da Banca – Orientador

PPGENF/UFRGS


Profa. Dra. Florence Romijn Tocantins

Membro da banca

UNIRIO



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Membro da banca

UFPEL



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro da banca

EENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre mostrar-se presente em minha vida iluminando meus caminhos e concedendo-me inúmeras bênçãos.

Aos meus pais, Jair e Glória, aos meus irmãos Jefferson, André e Marcelo, e à Vlademir Basso pelo apoio incondicional para a concretização desta importante etapa da minha vida.

Ao professor Jacó Fernando Schneider, pelo incentivo e presença constante, e, sobretudo pela amizade, parceria, confiança e respeito pelo meu trabalho.

Às professoras Agnes Olschowsky, Christine Wetzel, Luciane Prado Kantorski e ao professor Jacó Fernando Schneider pela oportunidade concedida a mim de participar dos projetos de pesquisa - CAPSUL, REDESUL e MENTALESF – e especialmente por partilhar seus conhecimentos e contribuir para meu crescimento acadêmico e pessoal.

À professora Florence Romijn Tocantins pelo carinho e generosidade em compartilhar seus conhecimentos e experiências vividas, sobretudo em relação ao referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz.

Aos alunos da graduação em enfermagem e bolsistas de iniciação científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Eduardo Oliveira Salines Duarte e Raissa Ribeiro Saraiva de Carvalho, pelo suporte oferecido durante o trabalho de campo e na transcrição das entrevistas.

Aos sujeitos desta pesquisa - os profissionais das equipes da ESF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, e os usuários e familiares que utilizam esses serviços -, pela acolhida, confiança, participação na pesquisa e pelos momentos de reflexão e aprendizado compartilhados, especialmente durante o período em que estivemos juntos.

Aos colegas e amigos da Escola de Enfermagem da UFRGS, dentre eles Cíntia Nasi, Fernanda Barreto Mielke, Gicelle Galvan Machineski e Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt pelos momentos de devaneios e solidariedade.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), pelos momentos de reflexão e discussão.

À UFRGS pela oportunidade de estudar e pesquisar em uma instituição pública de ensino de indiscutível excelência e qualidade.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem da UFRGS, em especial ao Gilberto Santos da Silva (Giba) e à Marlene Vieira Michels (Dona Marlene) pela acolhida e presteza em colaborar no atendimento das minhas demandas.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pelas incontáveis oportunidades de reflexão e crescimento acadêmico.

Ao PPGENF, nas pessoas das professoras Clarice Maria Dall'Agnol e Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, coordenadoras do programa no período do meu doutoramento, bem como à secretária do PPGENF Tatiane Santos e os bolsistas Camila Radomsky e Robson Ferreira da Silva pelo apoio competente dispensado a mim em todos os momentos que necessitei.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro mediante concessão de bolsa de doutorado do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Unidades Federais (Bolsa REUNI).

Não sei quantas almas tenho

(Fernando Pessoa)

Não sei quantas almas tenho.
Cada momento mudei.
Continuamente me estranho.
Nunca me vi nem acabei.
De tanto ser, só tenho alma.
Quem tem alma não tem calma.
Quem vê é só o que vê,
Quem sente não é quem é,

Atento ao que sou e vejo,
Torno-me eles e não eu.
Cada meu sonho ou desejo
É do que nasce e não meu.
Sou minha própria paisagem;
Assisto à minha passagem,
Diverso, móbil e só,
Não sei sentir-me onde estou.

Por isso, alheio, vou lendo
Como páginas, meu ser.
O que segue não prevendo,
O que passou a esquecer.
Noto à margem do que li
O que julguei que senti.
Releio e digo: "Fui eu?"
Deus sabe, porque o escreveu.

A loucura, longe de ser anomalia, é a condição normal humana.
Não ter consciência dela, e ela não ser grande, é ser homem normal.
Não ter consciência dela e ela ser grande, é ser louco.
Ter consciência dela e ela ser pequena é ser desiludido.
Ter consciência dela e ela ser grande é ser génio.

(Aforismos e afins - Fernando Pessoa)

RESUMO

Considerando a discussão sobre a inserção de ações de saúde mental na atenção básica, especialmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), observa-se a necessidade de mais estudos para aprofundar a compreensão dessa interface, em que se privilegie a aceção das perspectivas de diferentes atores sociais intimamente envolvidos nesse processo. O objetivo desta pesquisa foi compreender o significado das ações voltadas para saúde mental no contexto da ESF, na perspectiva de profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), usuários e familiares. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo fenomenológica, com utilização do referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz. A coleta de informações foi realizada nos meses de maio e junho de 2010 em duas unidades de saúde da família localizadas no município de Porto Alegre/Rio Grande do Sul, Brasil. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 47 sujeitos, sendo nove profissionais, 10 ACS, 16 usuários e 12 familiares. A análise compreensiva dos achados permitiu descrever o significado da ação por meio da identificação do típico da ação de cada grupo de sujeitos entrevistados. A convergência entre as intenções da equipe da ESF (profissionais de saúde e ACS) e as expectativas de usuários e familiares revelou que o atendimento das demandas desses sujeitos é fundamental para garantir a eles o acesso a serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, sobretudo na atenção básica, por estarem mais próximos dos sujeitos e por serem depositários da confiança deles. Contudo a análise dessas convergências revelou que a relação intersubjetiva é um aspecto altamente relevante para a assistência em saúde mental na ESF, necessitando de maiores investimentos da equipe, ampliando espaços e intensificando as trocas sociais entre os envolvidos – equipe, usuários e familiares.

Descritores: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente; Família.

ABSTRACT

Considering the discussion about the inclusion of mental health services in primary care, especially on Family Health Program (FHP), there is a need for further studies to deeply understand this interface, which favors the meaning of the prospects for different social actors intimately involved in this process. The objective of this research was to understand the meaning of actions aimed at mental health in FHP' context, in the view of health professionals, Community Health Agents (CHA), and family members. This is a qualitative study of the phenomenological approach, using Alfred Schutz' social phenomenology conceptual framework. Data collection was conducted during May and June 2010 in two family health units located in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Semi-structured interviews were conducted with 47 subjects – nine professionals, 10 CHA, 16 users and 12 relatives. The comprehensive analysis of the findings allowed describing the meaning of action through the identification of the typical actions of each group of interviewees. Convergence between the intentions of FHP team (professionals and CHA) and the expectations of users and family members revealed that the accomplishment of these subjects' demands is essential to guarantee them access to health services at different levels of complexity, especially in primary care, because they are closer to the subjects and because they are custodians of their trust. However, the analysis of these convergences revealed that the inter-subjective relationship is a highly relevant aspect to mental health in FHP, requiring greater team investment, expanding spaces and enhancing social exchanges between those involved – staff, users and families.

Descriptors: Mental Health; Primary Health Care; Family Health Program; Patient Care Team; Family.

RESUMEN

Teniendo en cuenta la discusión sobre la inserción de las acciones de salud mental en atención primaria, especialmente en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), se observa la necesidad de más estudios para profundizar la comprensión de esta interlocución en que privilegien la acepción de las perspectivas de diferentes actores sociales íntimamente relacionados en este proceso. El objetivo de esta investigación fue comprender el significado de las acciones direccionadas a la salud mental en el marco de la ESF, en la perspectiva de profesionales de salud, Agentes Comunitarios de Salud (ACS), usuarios y familiares. Es una investigación de abordaje cualitativa, de tipo fenomenológica, con utilización del referencial de la fenomenología social de Alfred Schtuz. La recogida de datos fue realizada en los meses de mayo y junio de 2010 en dos unidades de salud de la familia en el municipio de Porto Alegre/Rio Grande do Sul/Brasil. Fueran realizadas entrevistas semiestructuradas con 47 sujetos, siendo 9 profesionales, 10 ACS, 16 usuarios y 12 familiares. El análisis comprensivo de los datos permitió describir el significado de la acción por medio de la identificación del típico de la acción de cada grupo de sujetos entrevistados. La convergencia entre las intenciones del equipo da ESF (profesionales de salud y ACS) y las expectativas de los usuarios y familiares reveló que lo atendimento de las demandas de esos sujetos es fundamental para la garantía del acceso a los servicios de salud en diferentes niveles de complejidad, especialmente en la atención primaria, porque están más cerca de los sujetos y porque son depositarios da confianza de la comunidad. Sin embargo, el análisis de esas convergencias reveló que la relación intersubjetiva es un aspecto de gran relevancia para la asistencia en salud mental en ESF, necesitando de una mayor inversión del equipo, ampliando espacios y intensificando los intercambios entre los envueltos – equipo, usuarios y familiares.

Descriptorios: Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Programa de Salud Familiar; Grupo de Atención al Paciente; Familia.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|------------|
| Figura 1 - Fundamentos teórico-práticos da atenção psicossocial..... | 45 |
| Figura 2 - As relações sociais segundo a fenomenologia social de Alfred Schutz..... | 83 |
| Figura 3 - Elementos conceituais do referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz..... | 85 |
| Figura 4 - Unidades de saúde da família Cruzeiro do Sul e Santa Tereza localizadas no bairro Santa Tereza, região do distrito Cruzeiro, da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal de Porto Alegre/RS, 2009..... | 94 |
| Figura 5 - Aproximação entre as ações voltadas para saúde mental na ESF desenvolvidas por profissionais de saúde e ACS entrevistados das USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010. | 172 |
| Figura 6 - Aproximação entre as expectativas de usuários e familiares quando buscam atendimento das equipes da ESF das USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010..... | 174 |
| Figura 7 - Aproximações entre as intenções de profissionais de saúde e ACS em relação às ações voltadas para saúde mental na ESF nas USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010. | 176 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|------------|
| Quadro 1 - Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados das USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010..... | 112 |
| Quadro 2 - Caracterização dos ACS entrevistados das USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010..... | 132 |
| Quadro 3 - Caracterização dos usuários entrevistados atendidos pelas equipes da ESF das USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010..... | 146 |
| Quadro 4 - Caracterização dos familiares entrevistados atendidos pela equipe da ESF nas USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010..... | 159 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2 OBJETIVOS..... | 27 |
| 2.1 Geral..... | 27 |
| 2.2 Específicos..... | 27 |
| 3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA..... | 28 |
| 3.1 Contextualização geral..... | 28 |
| 3.2 Problematização do objeto de pesquisa..... | 47 |
| 4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA FENOMENOLOGIA SOCIAL..... | 80 |
| 5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA..... | 92 |
| 5.1 Tipo de pesquisa..... | 92 |
| 5.2 Campo de pesquisa..... | 93 |
| 5.3 Sujeitos da pesquisa..... | 97 |
| 5.4 Coleta das informações..... | 99 |
| 5.5 Análise das informações..... | 104 |
| 5.6 Considerações éticas..... | 106 |
| 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 108 |
| 6.1 Intenções dos profissionais de saúde e dos ACS quanto às ações voltadas para saúde mental na ESF..... | 111 |
| 6.1.1 Perspectiva dos profissionais de saúde..... | 111 |
| 6.1.1.1 Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados e de suas ações..... | 111 |
| 6.1.1.2 Categorias concretas e o típico da ação dos profissionais de saúde..... | 116 |
| 6.1.1.3 Análise compreensiva do típico da ação dos profissionais de saúde..... | 120 |
| 6.1.2 Perspectiva dos ACS..... | 131 |
| 6.1.2.1 Caracterização dos ACS entrevistados e de suas ações..... | 131 |
| 6.1.2.2 Categoria concreta e o típico da ação dos ACS..... | 135 |
| 6.1.2.3 Análise compreensiva do típico da ação dos ACS..... | 138 |
| 6.2 Expectativas dos usuários e familiares ao buscarem atendimento da equipe da ESF..... | 146 |
| 6.2.1 Perspectiva dos usuários..... | 146 |
| 6.2.1.1 Caracterização dos usuários entrevistados..... | 146 |
| 6.2.1.2 Categorias concretas e o típico da ação dos usuários..... | 148 |
| 6.2.1.3 Análise compreensiva do típico da ação dos usuários..... | 152 |

| | |
|---|------------|
| 6.2.2 Perspectiva dos familiares..... | 158 |
| 6.2.2.1 Caracterização dos familiares entrevistados..... | 158 |
| 6.2.2.2 Categorias concretas e o típico da ação dos familiares..... | 159 |
| 6.2.2.3 Análise compreensiva do típico da ação dos familiares..... | 164 |
| 6.3 Reciprocidade de perspectivas entre as intenções dos profissionais de saúde e ACS e as expectativas dos usuários e familiares..... | 172 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 180 |
| REFERÊNCIAS..... | 188 |
| APÊNDICE A - Questões orientadoras das entrevistas..... | 199 |
| APÊNDICE B - Fichas de caracterização dos entrevistados..... | 200 |
| APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 204 |
| ANEXO A - Termo de ciência dos responsáveis pelos locais da pesquisa..... | 205 |
| ANEXO B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 206 |
| ANEXO C - Parecer da Comissão de Pesquisa..... | 207 |

1 INTRODUÇÃO

Desde o final do século XX, o campo da saúde mental brasileira vem sofrendo importantes transformações nas políticas, na organização dos serviços e nas suas práticas. Esse período tem se mostrado profícuo para a constituição de um novo paradigma para atenção em saúde mental, pautado nos direitos humanos e na defesa e exercício da cidadania: o paradigma da atenção psicossocial.

As transformações da atenção em saúde mental ocorrem no sentido de rompimento com a perspectiva tradicional – pautada em um modelo de atenção hospitalocêntrico – para uma voltada ao cuidado das pessoas com doença mental na comunidade em que vivem. Essas pessoas também são chamadas por alguns pesquisadores de “sujeitos em sofrimento psíquico”.

O indivíduo em sofrimento psíquico é reconhecido em sua existência-sofrimento e como alguém que estabelece relações sociais com as pessoas e com instituições da comunidade à qual pertence⁽¹⁾. A terminologia “sujeitos *em* sofrimento psíquico” remete à concepção de alguém que sofre, de uma experiência vivida de um sujeito, em meio às suas vicissitudes, aos problemas concretos do cotidiano, ao seu trabalho, à sua família, aos seus parentes e vizinhos, aos seus projetos e anseios particulares⁽²⁾. Contudo é importante ressaltar que essa pessoa não apenas *sofre*, mas, como qualquer uma, possui uma história de vida singular preenchida de percalços e superações, dores e alegrias, decepções e conquistas; enfim, também elas experimentam a vida.

Neste estudo, respeitando as considerações anteriores, optei pela terminologia *usuário* como sinônimo de *pessoa com doença mental* ou *sujeito em sofrimento psíquico*, por entendê-lo enquanto um sujeito que utiliza o serviço de saúde, ou pelo menos, tem o direito garantido por lei para tal.

A presente pesquisa é resultado do meu interesse, enquanto enfermeiro e pesquisador, em elucidar algumas questões que permeiam a atenção em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta tese foi construída mediante a participação nas disciplinas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/EEUFRGS), a realização de leituras e discussões junto ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental (GEPESM), bem como a partir da minha inserção no projeto de pesquisa *Avaliação da saúde*

mental na Estratégia de Saúde da Família⁽³⁾, alocado na EEUFRGS, e no projeto *Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial*⁽⁴⁾, alocado no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O primeiro projeto citado tem por objetivo avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Porto Alegre, e o segundo tem por objetivo avaliar a composição e a qualidade das redes de atenção psicossocial do estado do Rio Grande do Sul.

Além dos aspectos referidos anteriormente, esta tese é resultado de reflexões acerca da minha experiência acadêmica e profissional nos campos da saúde mental e da saúde coletiva. Considerando minha vivência profissional, pude exercer, entre os anos de 2001 e 2006, atividades assistenciais no âmbito da saúde coletiva – como enfermeiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da ESF – e no campo da saúde mental – atividades como enfermeiro de um serviço de atendimento a alcoolistas e seus familiares. Tais vivências permitiram uma maior aproximação do cotidiano das pessoas por meio de atendimento individual e em grupo, de visitas domiciliares e de grupos de educação em saúde realizados em serviços de saúde e em espaços da própria comunidade, como igrejas, centros comunitários e escolas.

A aproximação do contexto de vida das pessoas nos bairros e nos domicílios me permitiu observar que indivíduos com problema psíquico e seus familiares frequentavam regularmente os serviços de saúde e os de assistência social. Apresentavam demandas frente a diferentes formas de sofrimento, fossem devido a doenças, problemas financeiros e jurídicos, fossem por causa de conflitos no relacionamento familiar e da falta de perspectiva quanto à saúde do grupo familiar.

Percebi ainda que, no cenário político, a saúde mental era uma temática que pouco aparecia nos discursos dos gestores das políticas públicas, tanto estaduais quanto municipais. Já no cenário dos serviços, a assistência em saúde mental era delegada predominantemente aos serviços de psiquiatria e de psicologia, devido ao reconhecimento de que o cuidado em saúde mental pertencia exclusivamente a essas disciplinas. Tal ideia fazia com que os profissionais dos outros serviços que compunham a rede de atenção em saúde se sentissem eximidos de suas responsabilidades em relação aos sujeitos em sofrimento psíquico e, conseqüentemente, aos seus parentes, especialmente quando a demanda deles estava relacionada diretamente à situação do familiar em sofrimento psíquico.

Nesse mesmo sentido, as práticas dos profissionais de saúde no que concerne aos sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares eram geralmente conduzidas em um clima de preconceito sobre a loucura. Focavam-se em ações pontuais e fragmentadas que visavam eminentemente à supressão de sintomas, mediante a utilização de medicamentos psicotrópicos e a realização de psicoterapias, reforçando muitas vezes o caráter estigmatizante de ser um sujeito em sofrimento psíquico, com rótulos estereotipados de incurabilidade, incapacidade e agressividade. Outro agravante dessa situação, que não era raro identificar, diz respeito à desconsideração por parte dos profissionais em reconhecer os familiares como pessoas que sofrem em conviver com a loucura, necessitando, portanto, serem escutadas em suas necessidades e, por conseguinte, também serem cuidadas.

No âmbito da docência, tenho desenvolvido atividades de assistência ao ensino vinculadas à bolsa do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Unidades Federais (Bolsa REUNI) desde março de 2008, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EE/UFRGS). Minha participação como doutorando em enfermagem no ensino de graduação, nesta modalidade de bolsa, tem por finalidade contribuir para a formação do bolsista para a docência, por meio da interação com discentes e docentes de graduação e pela participação no planejamento, na implementação e na avaliação de práticas de ensino; além de promover um estreitamento na interação entre a pós-graduação e o ensino de graduação⁽⁵⁾.

Cabe aqui ressaltar o meu envolvimento junto à disciplina *Enfermagem em Saúde Mental II* (ENF03005), ofertada no quinto semestre de graduação do curso de enfermagem da EE/UFRGS, uma das quais atua meu orientador. No primeiro ano de vigência da bolsa, desenvolvi minhas atividades de ensino em um CAPS^a de Porto Alegre e, em seguida, durante um ano e meio, em duas USF nessa mesma cidade.

^a O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. O CAPS oferece atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. [Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004].

Atualmente, voltei a desenvolver essas atividades em um CAPS. Entre outras atividades, atuo como facilitador do processo ensino-aprendizagem dos alunos, mediante o desenvolvimento de conteúdo teórico da disciplina em seminários temáticos e supervisão de atividades práticas no campo de estágio, dentre as quais destaco o atendimento individual de usuários e familiares, tanto no estabelecimento de saúde quanto no domicílio, o acompanhamento de oficinas terapêuticas, a participação em reuniões de equipes dos serviços e discussões de casos, entre outras.

Essa vivência como docente, somada àquela em que fui enfermeiro do PACS e da ESF, provocaram-me duas reflexões. A primeira reforça o entendimento de que, frequentemente, a assistência em saúde mental na ESF tem sido desenvolvida pontualmente e por iniciativa de alguns profissionais da equipe que têm se mostrado sensíveis ao sofrimento das pessoas. No entanto não é difícil perceber que muitas dessas iniciativas têm enfoque eminentemente de assistência psiquiátrica, voltadas para a supressão de sintomas, o uso de medicações psicotrópicas e a adaptação do sujeito ao meio social.

Além disso, muitas vezes não há consenso entre os membros da equipe da ESF sobre o cuidado oferecido aos usuários, o que reforça a lógica do encaminhamento para outros serviços especializados indiscriminadamente, sem buscar de fato a manutenção do cuidado e o acompanhamento na própria comunidade.

A segunda reflexão reporta-se ao trabalho junto aos alunos e à equipe da ESF, do qual puderam emergir discussões acerca dos conhecimentos e das práticas dos profissionais de saúde na assistência em saúde mental neste contexto. Essas discussões geraram tensões entre os paradigmas da atenção psicossocial e da psiquiatria tradicional, na medida em que os alunos estão acostumados a uma formação acadêmica que ainda privilegia um raciocínio clínico focado nos sinais e sintomas, na doença e na intervenção prescritiva, em detrimento à consideração de outros aspectos constitutivos do processo saúde-doença, tais como o contexto socioeconômico, cultural, político, ético, religioso etc.

Por outro lado, a equipe da ESF acaba por reforçar tal raciocínio clínico ao tomá-lo como eixo estruturante de sua atuação, configurada muitas vezes pelas ações programáticas em saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde em protocolos de ação – saúde da mulher, da criança, hipertensão, diabetes,

tuberculose, hanseníase, entre outras. Essa postura de pautar as ações da equipe predominantemente no modelo biomédico restringe suas possibilidades de atuação no território, levando-a, muitas vezes, a aguardar que o Ministério da Saúde estipule prerrogativas explicitamente sobre as ações a serem desenvolvidas, o que conseqüentemente limita sua capacidade de inovação do cuidado.

É importante destacar ainda que, somada às atividades profissionais e de docência, no âmbito da pesquisa desenvolvi minha dissertação de mestrado em enfermagem com familiares de sujeitos em sofrimento psíquico de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Na pesquisa citada, busquei compreender a experiência vivida desses familiares neste equipamento de saúde, procurando revelar os significados que eles atribuíam ao trabalho da equipe. Entre outros achados, evidenciou-se que a falta de uma rede de atenção em saúde mental devidamente constituída no município e a desarticulação entre os serviços que a compunham prejudicavam sobremaneira o desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde mental, comprometendo os resultados da atenção psicossocial de serviços como os CAPS⁽⁶⁾.

Além disso, esse estudo permitiu considerar que, embora haja imposições de interesses contrários aos da equipe de saúde mental levando à insuficiência do número de serviços para compor uma rede de serviços e ao sucateamento dos já existentes, a mobilização do meio social parece ser um espaço apropriado para as ações da equipe a fim de superar esse conflito⁽⁷⁾. Assim, a utilização de espaços sociais da comunidade pode facilitar a inserção efetiva da família no cuidado do usuário, promovendo uma maior co-responsabilização entre os sujeitos envolvidos⁽⁸⁾, bem como o exercício contínuo da cidadania, possibilitando resultados concretos, duradouros e autossustentáveis⁽⁹⁾.

As ações de promoção da saúde devem considerar outros espaços sociais que não são necessariamente aqueles relacionados tradicionalmente à assistência de saúde. Assim, a concepção de outros espaços como promotores de saúde é importante para a construção de práticas que não se restrinjam a um projeto de saúde pautado na *ausência da doença*.

Os achados do estudo descrito anteriormente vão ao encontro dos resultados da pesquisa de *Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL)*, à qual me inseri por ocasião do desenvolvimento da dissertação, por considerar a necessidade de uma articulação mais harmônica entre os serviços de atenção em saúde mental,

com o intuito de manter a continuidade do cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico de forma que a sua inserção em outros serviços não signifique uma ruptura do seu projeto terapêutico⁽¹⁰⁾. Essa pesquisa evidenciou a importância da constituição de uma rede de atenção em saúde mental para a construção de um trabalho resolutivo e que atenda às necessidades de saúde do usuário no contexto do território. A participação nesse estudo deixou-me inquieto em relação à assistência em saúde mental em serviços que trabalham com a lógica de adscrição da população, como a ESF.

É importante ressaltar que, atualmente, por ocasião do meu doutoramento em enfermagem, me inseri em projetos de pesquisas financiados pelo Conselho Nacional de Pesquisa do Ministério da Saúde: *Avaliação da Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família*, desenvolvido em uma USF de Porto Alegre, e *REDESUL*, que analisa experiências inovadoras de constituição de redes de atenção psicossocial em cinco municípios do estado do Rio Grande do Sul. A participação nesses projetos tem contribuído para a ampliação e o aprofundamento acerca da compreensão da configuração de redes de atenção em saúde mental e a articulação entre os serviços, assim como a caracterização de ações consideradas de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais da ESF e as estratégias utilizadas para desenvolvê-las.

A atenção em saúde mental representa uma necessidade indiscutível no âmbito das políticas de saúde, na medida em que dados epidemiológicos revelam a magnitude desse tipo de sofrimento. Vale destacar que os estudos epidemiológicos, geralmente, se pautam na avaliação do sofrimento psíquico enquanto *transtorno psiquiátrico* (diagnóstico médico), o que reflete apenas uma parcela do sofrimento psíquico das pessoas. Este, muitas vezes, se apresenta como queixas difusas que não preenchem os critérios formais para o diagnóstico de um determinado transtorno, como angústia, tristeza, irritabilidade, insônia, ansiedade, queixas somáticas, entre outras⁽¹¹⁾.

Estudos nacionais e internacionais estimam que 3% da população necessitam de cuidados *contínuos*, devido a transtornos mentais severos e persistentes, e outros 9% precisam de atendimento *eventual*, devido a transtornos menos graves. Esse percentual atinge a marca de 12% da população geral do país (20 milhões de pessoas), que potencialmente necessitarão de atendimento em saúde mental⁽¹²⁾.

As equipes da atenção básica lidam cotidianamente com problemas de *saúde mental*, os quais geram *ações de saúde mental* em pelo menos 56% delas⁽¹²⁾. Contudo cabe destacar que a concepção de “ações de saúde mental” frequentemente é associada à de *ações de saúde* voltadas, quase que exclusivamente, para uma pessoa com diagnóstico médico de doença mental. Conseqüentemente, não é raro observar que essas *ações de saúde* se pautam, eminentemente, em ações de assistência psiquiátrica – consultas individuais, medicações psicotrópicas e psicoterapias.

Entendo, no entanto, que as *ações de cuidado aos usuários* (pessoas em sofrimento psíquico), referem-se a ações de saúde voltadas para essas pessoas que estão em sofrimento, independentemente de um diagnóstico psiquiátrico. Por sua vez, quando nos referimos às *ações de saúde mental*, esse termo se inscreve em um campo mais amplo de concepção de saúde mental, na medida em que “toda e qualquer ação de saúde e de promoção humana”⁽¹³⁾ é também *ação de saúde mental*.

Esta última noção rompe com a indissociabilidade entre *saúde* e *doença*, pois, costumeiramente, a tônica de discursos e práticas dos profissionais de saúde é recorrer à doença para falar e agir em saúde. Não se pretende negar a doença, mas defender que há práticas de saúde que não precisam se pautar necessariamente sobre o discurso da doença.

Isso remete ao entendimento da “produção de saúde como produção de subjetividade”, na medida em que a doença é colocada entre parênteses e o sujeito acessado genuinamente, aumentando assim a possibilidade de seu “estatuto de sujeito de direitos”⁽¹⁴⁾. Essa consideração remete ao entendimento de que a cidadania plena e a saúde mental são condições estreitamente ligadas entre si. Dessa maneira, tal estreita relação entre cidadania e saúde implica que cada ação para a saúde deve ser ação para cidadania⁽¹⁵⁾.

Para ilustrar esse argumento, pode-se afirmar que, por exemplo, a cidadania de um usuário não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais – afetivo, relacional, material, habitacional, produtivo – como único caminho para uma verdadeira atenção psicossocial⁽¹⁵⁾.

Reconhecendo a existência de um componente de sofrimento subjetivo associado a toda doença, pode-se dizer que todo problema de saúde é também um problema de saúde mental e que “toda saúde mental é também – e sempre –

produção de saúde”⁽¹²⁾. Esses argumentos levaram o Ministério da Saúde a declarar a importância e a necessidade da articulação entre saúde mental e a atenção básica. Dessa maneira, orienta que os municípios com menos de 20 mil habitantes podem estruturar sua rede de cuidados a partir da atenção básica, não dependendo necessariamente dos CAPS para tal organização⁽¹²⁾.

A abordagem da saúde mental na atenção básica poderá ser eficaz para diminuir a dor e o sofrimento extremo e defender a vida, desde que as ações dos profissionais não se resumam às questões técnicas de procedimentos de saúde. Com isso, não se pretende o abandono dos modelos construídos a partir da racionalidade científica, e sim criar estratégias para transitar entre razão e intuição, com o propósito de articular e utilizar o conhecimento científico na operacionalização de práticas de saúde que possam dar conta da singularidade e da subjetividade do adoecer concreto⁽¹¹⁾.

A partir da análise de estudos e experiências no campo da atenção em saúde mental na atenção básica, cinco componentes são fundamentais para esta articulação⁽¹⁶⁾: a) desenvolvimento de processos de comunicação entre generalistas (profissionais da atenção básica) e especialistas em saúde mental, objetivando o reconhecimento da dimensão subjetiva do sujeito cuidado pelos generalistas e o compartilhamento de saberes do núcleo de conhecimento do especialista; b) superação da centralização em ações restritas aos enquadres tradicionais, aos quais recorrem os profissionais do campo da saúde mental; c) manutenção permanente de questionamentos em relação ao risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental; d) superação de concepções culpabilizantes do grupo familiar; e) necessidade de investimento na formação das equipes de atenção básica para as múltiplas dimensões do cuidado em saúde mental.

Todos esses componentes estão intimamente relacionados às ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica, pois envolvem concepções sobre *o que é saúde mental* e sobre o que se pretende alcançar com determinadas ações, denominadas *ações de saúde mental*. Assim, essas concepções interferem na organização dos serviços e, sobretudo, nas práticas dos profissionais.

Quando se discute a proposta da ESF e da reforma psiquiátrica, observa-se certa coerência em seus discursos, uma vez que essas reformas têm um olhar mais abrangente sobre o sujeito e o processo saúde-doença⁽¹⁷⁾. Essas propostas, a ESF e

a reforma psiquiátrica são *reformas substitutivas*, por apresentarem novas formas de cuidado às pessoas em seus processos de vida, por meio da reorientação do modelo assistencial⁽¹⁸⁾.

Tais mudanças têm como principal cenário o município, a comunidade, o bairro, enfim, o território em que as pessoas vivem o seu cotidiano e onde estão situados os serviços de saúde. Desse modo, os serviços de saúde como a ESF, por estarem situados nesses cenários e atenderem à demanda espontânea, estão mais permeáveis à vida da comunidade e, conseqüentemente, os profissionais que ali desenvolvem suas práticas estão em contato contínuo com as pessoas que habitam aquela comunidade – com seus diferentes valores, crenças, costumes, alegrias, desejos e sofrimentos. Frente a isso, imprimir uma assistência em saúde mental em serviços que trabalham na lógica do território (como na atenção básica e nos CAPS) envolve ações mais complexas, diferentemente daquelas que seriam desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos, nas enfermarias e nas clínicas de dependência química.

Esse fato remete ao conceito de *complexidade invertida* no campo da saúde mental, pois, na medida em que os procedimentos realizados em hospitais gerais de grande porte (centros cirúrgicos, unidades de transplantes etc.) são compreendidos como de alta complexidade, na saúde mental ocorre o contrário⁽¹⁹⁾: “as ações de saúde mental que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive, em combinação com os diversos componentes da subjetividade, sejam eles universos culturais locais, de culturas originárias, mídias, religiões etc., são ações complexas”⁽²⁰⁾.

Trabalhar no espaço do território implica considerar diferentes cenários, muitas vezes sem limites precisos, porque transcende à simples delimitação geográfica de área ou zona de responsabilidade de uma equipe de saúde. Dessa maneira, o trabalho em saúde no território envolve ações complexas, pois envolve, necessariamente, estabelecer relação de proximidade e encontros recorrentes com as pessoas, o que exige disponibilidade e empenho dos profissionais para a construção de uma relação intersubjetiva autêntica de cuidado.

Embora tenha havido (e ainda haja) resistência de alguns profissionais da ESF quanto à ideia de ações de saúde mental nesse contexto, ao contrário de aumentar a demanda de trabalho – como temiam inicialmente alguns profissionais –, essas ações qualificaram o trabalho das equipes e reduziram a demanda já presente nas USF⁽²¹⁾.

As exigências colocadas, tanto para a atenção em saúde mental quanto para a atenção básica, têm em comum: a) garantia do direito à cidadania e do respeito ao sujeito de situar-se de modo ativo frente aos conflitos e às contradições que vivencia, permitindo o emergir dos seus sofrimentos e desejos; b) criação de novas tecnologias de cuidado e reconstrução da complexidade do *objeto* (sua existência-sofrimento), simplificado pelas antigas instituições; c) modificação de relações de poder instituídas pelo paradigma biomédico, para relações horizontais *inter* e *intrainstitucionais*, bem como a busca de articulação do setor de saúde com outros setores da sociedade; d) valorização dos recursos de autoajuda que as comunidades dispõem e ampliação dos referenciais de escuta e de atendimento não diretivo; e) formação e capacitação de profissionais de saúde, valorizando o compartilhamento de conhecimentos e práticas, o potencial criativo e as competências de cada membro da equipe de saúde, de cada usuário e da própria comunidade; f) por fim, a compreensão das dinâmicas das diferentes pessoas, famílias e culturas⁽²²⁾.

A dimensão subjetiva de cada indivíduo torna-se, portanto, o principal desafio no trabalho em saúde dos profissionais da ESF, pois, a partir dessa dimensão, os profissionais devem reconhecer e respeitar, mediante uma relação intersubjetiva, desejos, expectativas e significados que emanam da singularidade de cada sujeito. Afinal, cada um tem uma biografia própria e interesses particulares.

Geralmente, o profissional da ESF traz consigo uma ideia sobre *doença mental, família e saúde* dentro de um modelo biomédico e individualista do processo saúde-doença. Embora esses profissionais possam rever suas concepções, a qualidade da assistência nem sempre estará garantida se não forem analisadas as intervenções propostas⁽²³⁾, bem como se não investigarmos e confrontarmos a análise dessas ações com os interesses e as expectativas de usuários e familiares.

Muitas vezes, as opiniões dos usuários não são consideradas para a configuração de serviços das instituições de saúde, embora esses serviços sejam pensados e produzidos para atendê-los em suas necessidades. Para o usuário, um serviço de saúde de qualidade é aquele que obtém os benefícios esperados diante de demandas, expectativas, carecimentos e necessidades de saúde. Portanto ouvi-lo possibilita uma forma de exercício de sua autonomia nas decisões da assistência oferecida⁽²⁴⁾.

Nessa relação, é importante que o usuário acredite que o profissional ou a unidade de saúde instalada no território em que vive possa lhe ser útil, ou seja, que esteja em condições de ajudá-lo. Por sua vez, os profissionais dessa unidade precisam ter disponibilidade para acolher as demandas dos usuários e da comunidade, sem preconceito ou julgamento prévio⁽²¹⁾.

Assim sendo, dar voz a usuários e familiares é uma estratégia fundamental para implicá-los de fato no processo de construção de uma assistência de qualidade que atenda aos interesses desses sujeitos sociais e também para romper com a lógica de organização de serviços em que os profissionais e gestores, pautados na maioria das vezes apenas em dados epidemiológicos, propõem e implementam ações individuais e coletivas em saúde.

Ninguém melhor que as pessoas que habitam um determinado lugar para detectar os problemas e criar estratégias que visem à qualidade de vida e à assistência para a sua comunidade. Dessa maneira, a construção da atenção em saúde mental deve incluir uma ampla variedade de interessados (usuários, familiares, profissionais), fixando prioridades e definindo objetivos de acordo com as necessidades identificadas na comunidade e os recursos disponíveis⁽²⁵⁾.

É nesse contexto de transformações das políticas de saúde, da organização dos serviços e das práticas dos profissionais de saúde que venho propor esta pesquisa, com o intuito de compreender alguns aspectos relacionados às ações voltadas para saúde mental na ESF. Assumo, enquanto posição ideológica, que a assistência em saúde mental no território, em especial na ESF, é uma estratégia essencial para o alcance das propostas almejadas pela reforma psiquiátrica brasileira e para a construção da atenção psicossocial no campo da saúde mental. Acredita-se no potencial da ESF para o desenvolvimento de práticas de saúde mental que possibilitem a (re)inserção social do usuário, junto à sua família e à comunidade, com a finalidade de romper o estigma, garantir o exercício de cidadania e promover a reabilitação psicossocial⁽²⁶⁾.

Esta tese de doutorado tem como principal situação-problema de pesquisa responder à questão: **Qual o significado para equipes, usuários e familiares acerca das ações voltadas para saúde mental desenvolvidas no território da ESF?** Esse questionamento traz outros implícitos, relacionados a cada grupo de sujeitos destacados.

Dessa maneira, em relação às equipes da ESF, busquei responder às seguintes questões: Que ações desenvolvidas pelas equipes da ESF estão voltadas para saúde mental? Quais as intenções das equipes em desenvolver essas ações? Que motivações as impulsionam para realizá-las? Essas questões serão dirigidas às equipes da ESF: médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Em relação aos usuários, procurei entender: Que motivos levaram os usuários a buscar atendimento na ESF? E o que eles esperam desse atendimento? Em relação aos familiares, busquei apreender: Como os familiares veem o atendimento da equipe da ESF proporcionado a eles, considerando o seu convívio com o usuário? E o que os familiares esperam desse atendimento?

Considerando a recente discussão sobre a inserção de ações de saúde mental na atenção básica, especialmente na ESF, necessita-se de mais estudos para aprofundar a compreensão dessa interface, que privilegiem a aceção das perspectivas de diferentes atores sociais intimamente envolvidos nesse processo, quais sejam os usuários, os familiares e os profissionais. A maioria dos estudos sobre essa temática ainda aborda, eminentemente, a perspectiva dos profissionais da ESF, ficando a dos usuários e dos familiares, muitas vezes, à margem de investigações.

Tendo por objeto de pesquisa *o significado das ações voltadas para saúde mental na ESF* na perspectiva desses atores sociais – profissionais de saúde, ACS, usuários e familiares –, entendo que este estudo pode enriquecer a compreensão acerca desse objeto e provocar reflexões nas equipes da ESF sobre as práticas assistenciais e a organização do serviço voltado para saúde mental no território, ampliando assim as possibilidades de consolidação dessa atenção no contexto estudado. Tal pesquisa é relevante na medida em que dá voz não somente aos profissionais da ESF, mas também aos usuários e a seus familiares, por meio do relato sobre suas experiências vividas em relação às ações de saúde mental na ESF.

Espero que usuários e familiares, mediante a explicitação de suas expectativas, sejam considerados e reconhecidos em seus anseios para a organização da assistência em saúde mental na ESF. Desejo, ainda, que as suas experiências vividas sirvam de subsídios para a invenção e a criação de estratégias

de cuidados a serem implementadas e articuladas pela equipe da ESF, envolvendo-os mais intimamente nesse processo de construção.

Na tentativa de responder aos questionamentos levantados anteriormente, proponho a utilização do referencial teórico-metodológico da fenomenologia social de Alfred Schutz^b. Trata-se de um referencial inscrito no campo das ciências sociais, fundamentado na sociologia e na fenomenologia.

A escolha desse referencial é pertinente nesta pesquisa, na medida em que permite aos próprios sujeitos que vivem, agem e interpretam o seu cotidiano, descreverem suas experiências vividas e atribuírem significados às suas ações na relação com outros atores sociais. Além disso, tal escolha deveu-se à minha trajetória acadêmica na participação e na publicação de estudos com a utilização desse referencial teórico-metodológico^(7-8,27-29).

Sendo assim, frente às considerações levantadas na introdução, em seguida apresento os objetivos que pretendo alcançar com esta pesquisa, detalhando, a partir do objetivo geral, os específicos. Posteriormente, exponho uma breve contextualização da progressão da atenção em saúde mental no Brasil e tento aprofundar a discussão de alguns aspectos relacionados ao objeto de estudo, por meio da exposição e da discussão de pesquisas sobre ações de saúde mental no contexto da atenção básica, dando especial atenção àqueles que tratam do contexto da ESF.

Para o direcionamento deste estudo e a sustentação científica dos seus achados, explico em tópico específico as bases teórico-metodológicas do referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz. Na sequência, discorro sobre a trajetória metodológica percorrida na construção deste estudo, ressaltando os aspectos concernentes ao tipo de estudo, ao cenário, à coleta de informações, aos sujeitos envolvidos, bem como aos aspectos éticos e ao tipo de análise a ser empregada.

^b Alfred Schutz fundamentou a estrutura de uma fenomenologia social, também denominada de sociologia fenomenológica, fenomenologia sociológica ou sociologia compreensiva de Alfred Schutz. Neste estudo, optei por utilizar o termo *fenomenologia social* para referir-me ao referencial adotado.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

Compreender o significado das ações voltadas para saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva de equipes, usuários e familiares.

2.2 Específicos:

a) Identificar as ações voltadas para saúde mental que são desenvolvidas por equipes da ESF – médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde;

b) Analisar as ações voltadas para saúde mental na ESF em relação às intenções de equipes e às expectativas de usuários e familiares;

c) Compreender as convergências entre as intenções de equipes da ESF e as expectativas de usuários e familiares em relação às ações voltadas para saúde mental na ESF.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

3.1 Contextualização geral

A atenção em saúde mental no sistema de saúde brasileiro, tradicionalmente, foi marcada pela institucionalização do louco (sujeito em sofrimento psíquico) em hospitais psiquiátricos, levando ao seu afastamento do convívio com a família e com a comunidade à qual pertencia. Esse modelo, denominado psiquiátrico, surgiu na França no século XVIII e desde então vem obtendo alguns avanços ao longo das décadas (produção de novos psicotrópicos, descobertas sobre o funcionamento de áreas cerebrais, a utilização da neuroimagem), embora ainda mantenha seu foco de assistência principalmente voltado para a doença, no reconhecimento dos hospitais psiquiátricos como locais privilegiados de intervenção sobre a *doença* e tendo a *cura do doente* como perspectiva.

O modelo psiquiátrico tem seus alicerces no pensamento científico moderno, tido como forma legitimada de método de construção de conhecimento, de onde os discursos científicos são produzidos. Assim, a psiquiatria e a medicina enquadraram-se nesse modelo de racionalidade do pensamento científico moderno, o qual se caracteriza pelo modelo lógico matemático, de causalidade, previsibilidade, neutralidade, determinista, evolucionista e objetivo⁽³⁰⁾.

Tal modelo levou à exclusão do sujeito em sofrimento psíquico por meio do isolamento social em instituições psiquiátricas. Esses espaços, além de uma medida de suposta proteção da sociedade, serviam também como áreas de observação e conhecimento, com o intuito de construir classificações e intervenções sobre as diferentes manifestações da loucura. Contudo esses espaços foram, e talvez ainda sejam, locais onde prevalecem os maus-tratos, o desrespeito, a violência física e simbólica, a negação do sujeito e de sua subjetividade, a clínica do sintoma descomprometido com a vida cotidiana do sujeito. Servem, muitas vezes, a interesses corporativistas que visam ao lucro e à manutenção do paradigma psiquiátrico instituído, e de seus saberes e suas práticas relacionadas.

A história das políticas de saúde mental no Brasil remonta à vinda da família real portuguesa ao Brasil em 1808. Esse acontecimento desencadeou transformações políticas, econômicas, culturais e sociais na colônia, gerando

importantes mudanças no espaço urbano, com o aumento da população das cidades e consequentemente da população marginalizada – mendigos e loucos.

Após a independência do Brasil em 1822, iniciou-se no país o movimento de médicos reivindicando um asilo de alienados, nos moldes do que vinha acontecendo na Europa naquele período. Essa reivindicação foi atribuída à identificação das precárias condições dos loucos na cidade (ruas, prisões e hospitais), contudo seguia as concepções políticas e teóricas do movimento higienista europeu do século XVIII, pelas quais trazia implícita a necessidade de organização dos espaços públicos da cidade^(31,32).

Dessa maneira, o primeiro hospício brasileiro foi inaugurado no Rio de Janeiro em 1852. Entretanto, oficialmente, a história das políticas de saúde mental no Brasil tem início no começo do século XIX (República Velha), com a aprovação da Lei n. 1.132/1903 de assistência psiquiátrica brasileira, conhecida como a lei de assistência aos alienados⁽³³⁾.

Nesse ínterim, vale destacar que a assistência ofertada no hospício era especialmente desenvolvida por irmãs de caridade, as quais dificultavam o trabalho dos médicos alienistas e obtinham resultados insuficientes. Essa situação gerou críticas ao hospício pela falta de um trabalho científico, em que o médico tivesse maior poder decisório⁽³²⁾.

A partir da proclamação da República, em 1888, por compartilhar os ideais positivistas e republicanos, os médicos obtiveram autonomia e poder efetivos para realizar diagnósticos, internações, tratamentos e altas nos hospícios, como vinham reivindicando. Essa situação possibilitou a ampliação e a consolidação das demandas da psiquiatria brasileira⁽³²⁾.

Com a lei de assistência aos alienados, os hospitais-colônia^c foram adotados como modelo de atenção psiquiátrica a ser seguido pelas unidades da federação, levando paulatinamente ao aumento do número de leitos psiquiátricos. Esse

^c Hospitais-colônia (colônias de alienados) eram instituições características do modelo europeu de assistência ao *doente mental* que tinham como principal proposta terapêutica o trabalho agrícola e em pequenas oficinas. No Brasil, em 1890, foram criadas as duas primeiras colônias de alienados no Rio de Janeiro, sendo as primeiras da América Latina, e outra, no ano seguinte, em São Paulo. A partir desse período, houve a criação de várias colônias em todo o país até meados da década de 1950. (Amarante P. Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Amarante P, organizador. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiotec; 2003).

aumento acompanhava a política de saúde do país, em que se privilegiava o modelo de atenção em saúde individual, curativista, assistencialista e privatista^d.

O número de leitos psiquiátricos tomou proporções absurdas, chegando, por exemplo, a 15 mil internos no Hospital Colônia Juquery (RJ), a oito mil internos na Colônia de Alienados Jacarepaguá (RJ) e três mil internos na Colônia de Alienados de Barbacena (MG) e no Hospital São Pedro (RS)⁽³²⁾.

Contudo os questionamentos desse modelo, iniciados desde o seu surgimento⁽³⁴⁾, se intensificaram a partir da II Guerra Mundial nos países do mundo ocidental, culminando com experiências^e, elaboradas a partir do modelo vigente,

^d Em 1890 foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, segundo o modelo francês, o qual foi estabelecido inicialmente dentro do hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. Nesse modelo, o enfermeiro possuía estudos insuficientes de psiquiatria e psicologia, e tinha um papel custodial e executor da prescrição médica. Em 1923 foi fundada a Escola de Enfermagem Anna Nery sob influência do modelo norte-americano, considerado por suas fundadoras a primeira escola de enfermagem no Brasil. (Arantes EC, Stefanelli MC, Fukuda IMK. Evolução histórica da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, organizadores. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Barueri: Manole; 2008. p. 16-26).

^e Essas experiências têm sido temas de discussão de vários autores, mas ressalto aqui as principais características de cada uma delas, segundo as bibliografias consultadas e listadas no final desta nota:

Comunidade Terapêutica - Inglaterra (Maxwel Jones, década de 50) e EUA. 1) Democracia das relações (participação de todos na organização das atividades, na administração do hospital e nos aspectos terapêuticos); 2) Todos têm uma função terapêutica (técnicos, internos, familiares e a própria comunidade); 3) O trabalho é valorizado (reaprendizagem social).

Psiquiatria de Setor - França (anterior à psiquiatria institucional). 1) Objetiva recuperar a função terapêutica da psiquiatria, porém fora da instituição hospitalar; 2) Isso foi motivado também pelo alto custo do tratamento tradicional; 3) O paciente passa a ser tratado no seu meio social, sendo a internação uma etapa do processo; 4) A comunidade e o hospital seriam divididos em setores com a atuação de uma equipe multiprofissional específica para o atendimento dos indivíduos de uma área geográfica específica.

Psiquiatria Institucional - França (Tosquelles). 1) Objetiva transformar o hospital psiquiátrico em um espaço terapêutico, por perceber que este produzia doentes e afetava a todos que trabalhavam na instituição; 2) Insere a atuação dos conhecimentos da psicologia e da sociologia no asilo, multiplicando as atividades de grupo; 3) Outros profissionais passam a ter um papel terapêutico; 4) Com a proposta de ressocialização do paciente, surge a terapia de família.

Psiquiatria Comunitária (ou preventiva) - EUA (influenciada por Caplan, década de 1960). 1) Busca aproximação da psiquiatria com a saúde pública; 2) Considera importante o conceito de crise (devido ao ciclo vital ou a processos eventuais); 3) Introdução do termo saúde mental; 4) A saúde mental é considerada como sinônimo de boa adaptação (capacidade de o indivíduo integrar-se em um grupo); 5) Criam-se instrumentos para rastrear pessoas com potencialidade de desenvolver alguma doença mental; 6) Montam-se serviços nos EUA para evitar e/ou tratar precocemente a doença mental; 7) É criticada por "psiquiatizar" a vida social.

Antipsiquiatria - Inglaterra (Laing e Cooper, década de 1960) e EUA. 1) Questiona a psiquiatria e a doença mental; 2) Demonstra que a psiquiatria não consegue responder aos problemas relacionados à doença mental; 3) Denuncia a violência sofrida pelos internos; 4) Considera a loucura um fato social, político e de libertação (nega a doença mental); 5) A loucura é considerada uma reação a um desequilíbrio familiar, portanto deve ser acompanhada e não tratada.

Psiquiatria Democrática Italiana (ou Psiquiatria de Basaglia) - Itália (Franco Basaglia, fim da década de 1960). 1) Movimento de caráter político iniciado na Itália; 2) Tenta recuperar a complexidade da loucura, pois esta diz respeito ao homem, à sociedade e à família; 3) Não nega a existência da doença mental, mas propõe uma forma mais ampla de lidar com a loucura; 4) Resgata

com a manutenção de alguns de seus pressupostos – como as experiências de Comunidade Terapêutica, Psiquiatria de Setor, Psicoterapia Institucional e Psiquiatria Comunitária –, ora inovadoras e operadas de maneira radical, que rompiam com o modelo psiquiátrico instituído – como propunham a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana (Psiquiatria de Basaglia).

Essas experiências serviram para problematizar a atenção psiquiátrica tradicional, no entanto, ainda na década de 1960, se intensificava no Brasil a criação de leitos psiquiátricos, principalmente aqueles oriundos da compra de serviços psiquiátricos do setor privado⁽³²⁾. Esse período foi marcado pelo golpe militar e pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social, o qual reforçava o modelo de atenção em saúde vigente – individual, curativista, assistencialista e privatista.

Essa situação reafirmava a dicotomia ideológica das políticas de saúde do país, desde a década de 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, em que, de um lado havia o discurso *sanitarista-campanhista* e de outro o *curativista-privatista*, ambos de origem médica. O primeiro envolve uma abordagem coletiva, geográfica, ambiental da doença e tem características autoritárias e intervencionistas. O segundo privilegia uma abordagem individualista dos problemas de saúde, da doença e da cura, desconsidera a relação da doença com as condições de vida dos indivíduos, sendo estes objetos de intervenção, passivo e submisso, ao ato médico⁽³⁵⁾.

Mesmo com a criação do Ministério da Saúde em 1953, a dicotomia entre saúde pública e atenção médica individual permanecia operante, pois, enquanto o Ministério da Saúde se responsabilizava pela saúde pública, o Ministério da Previdência e Assistência Social se dedicava à atenção médica individual. Esse modelo de assistência manteve-se vigente na década de 1970, incentivado pelo Plano de Pronta Ação de 1974, que levou ao aumento descontrolado da privatização da assistência médica no país. Previa o atendimento da população não contribuinte da previdência em casos de emergência e através de convênios com hospitais universitários⁽³²⁾, pois tal população não estava contemplada pelo modelo excludente

a cidadania do sujeito em “sofrimento mental”; 5) Influenciou a reforma psiquiátrica brasileira. Essas duas últimas correntes propunham a desconstrução do aparato psiquiátrico em todos os âmbitos – institucional, das práticas e dos saberes.

→ Bibliografias consultadas: **Rocha** RM. Enfermagem Psiquiátrica: que papel é este? Rio de Janeiro: Te Corá; 1994. **Amarante** P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. **Belmonte** PR, Reis VLM, Pereira RC, Pereira MFM, Jorge MAS, Costa AL. Temas de Saúde Mental: textos básicos do Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. **Desviat** M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

de atenção à saúde; somente aqueles que eram trabalhadores formais estavam assegurados à assistência médica, ao passo que os demais segmentos populares eram excluídos.

Conseqüentemente, esse modelo, sustentado durante muitas décadas, entrou em crise ainda no final da década de 1970 devido à sua insustentabilidade e às inúmeras fraudes no setor público de assistência à saúde, subordinado nesse período ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Percebe-se que as transformações das políticas de saúde mental sofriam impacto direto do contexto político do país e das deliberações das políticas de saúde de forma geral.

No setor da psiquiatria e saúde mental, a previdência social chegou a destinar, no final dessa década, 97% dos recursos da assistência psiquiátrica para o pagamento de internações na rede hospitalar conveniada e contratada. Por outro lado, as propostas inovadoras – alternativas ao manicômio – eram experiências localizadas, subsidiadas com ínfimos recursos financeiros e de pessoal, como experiências de psiquiatria preventiva, comunidades terapêuticas e projetos de saúde mental na rede básica⁽³²⁾.

Tais fatos permitem afirmar que o processo de privatização da assistência continuava a ser hegemônico, na medida em que o Estado mantinha-se indiferente às tentativas de implantação de planos de psiquiatria comunitária ou de atenção à saúde mental no âmbito das políticas públicas⁽³²⁾. Observa-se que, somente nesse período, pela primeira vez as políticas de saúde fazem menção à atenção básica como cenário de ações de atenção em saúde mental no país, apesar de as iniciativas não terem recebido os investimentos necessários.

Vale destacar que, em 1973, o Manual de Serviços para Assistência Psiquiátrica do governo federal, elaborado por Luiz Cerqueira, enfatizou a importância da assistência extra-hospitalar, da readaptação do sujeito e do trabalho em equipes multidisciplinares. Esse manual teve grande influência no pensamento nacional sobre a assistência psiquiátrica, mas sua aplicação efetiva não aconteceu em razão da falta de investimentos⁽³²⁾.

Em 1975, no entanto, observa-se que se concretiza pela primeira vez uma política de saúde mental de caráter preventivista, o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), que visava à qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento em nível primário (centros de saúde e unidades básicas

de saúde)⁽³²⁾. Tal modalidade de atenção foi inspirada em experiências concretas, como foi o caso do trabalho desenvolvido no Centro Médico Social São José do Murialdo (CMSSJM), em Porto Alegre/RS, em 1971, momento no qual a psiquiatria preventiva (comunitária) chegava ao Brasil⁽³⁶⁾.

Com a experiência do CMSSJM, efetivou-se a implantação de um sistema de saúde mental comunitária, no qual uma equipe multiprofissional articulava estratégias de participação da população, com práticas de prevenção e tratamento à saúde, apoiada na Medicina e na Psiquiatria Comunitária. Assim, essa e outras experiências tinham em comum a adoção de práticas participativas que refletiam a insatisfação de profissionais com o trabalho convencional⁽³⁷⁾.

No estado do Rio Grande do Sul, durante a década de 1970, foram instalados serviços de saúde mental junto a centros de saúde e às unidades sanitárias de Porto Alegre e de algumas cidades do interior do estado, ao mesmo tempo em que houve a contratação de profissionais para atuarem nesses locais⁽³⁸⁾. Concomitantemente a esta ação, houve a setorização do Hospital São Pedro, através do qual os sujeitos em sofrimento psíquico eram atendidos, tendo por referência a área geográfica de origem, buscando a diminuição da população assistida nesse hospital, ocasião em que muitos *internos* foram levados para seus locais de origem (contando também com a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais-gerais) ou para a Colônia Agrícola de Itapoã^f, em Porto Alegre^(37,38).

Embora tenha havido esforços para promoção de uma atenção psiquiátrica e em saúde mental de racionalização de programas pautados na lógica dos cuidados primários, os serviços de saúde mental mantiveram-se pautados na prática psiquiátrica, evidenciando um fazer tecnocrático, desconsiderando os aspectos humanos e sociais presentes no sofrimento psíquico⁽³⁷⁾. Assim, os resultados dessas e de outras experiências foram questionados devido ao pequeno impacto na atenção aos problemas de saúde mental e pela ausência de respostas aos egressos da rede hospitalar, sendo desativado em seguida⁽³²⁾.

As experiências citadas demonstram que houve ideias e tentativas de ampliação da perspectiva de atuação no campo psiquiátrico e da saúde mental, almejando mudanças no modelo tradicional (hospitalocêntrico), porém a falta de

^f A colônia Agrícola de Itapoã era um serviço de saúde mental que trabalhava na perspectiva de comunidade terapêutica.

investimentos financeiros e de força política levou essas iniciativas inovadoras a não atingirem seus objetivos pretendidos.

Outro aspecto relevante desse período diz respeito à incorporação de princípios da psiquiatria preventiva e comunitária pelos serviços privados, como aconteceu em 1980, em que a Clínica Pinel de Porto Alegre/RS (clínica psiquiátrica privada) inaugurou uma unidade ambulatorial conveniada ao INAMPS, implantada na comunidade com programas de atenção primária, secundária e terciária⁽³⁶⁾. Na realidade, o que ocorreu concretamente foi uma drenagem da população que estava internada no Hospital Psiquiátrico São Pedro para outros serviços, de caráter privado⁽³⁸⁾.

Observa-se que o final da década de 1970 e o início da década de 1980 foram marcados pelas denúncias de violação de direitos humanos de *internos* e profissionais de hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro, por agressão, estupro, trabalho escravo e mortes suspeitas que ocorriam nessas instituições. Esse fato foi conhecido como a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), o qual contribuiu, entre outros aspectos, para o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978: um grupo de profissionais que mantinha uma postura crítica frente às políticas de saúde mental e à assistência psiquiátrica⁽³²⁾.

O período também se distingue por importantes eventos⁹ técnico-científicos que influenciaram a posição ideológica do MTSM, dentre os quais participaram, em alguns desses eventos, críticos do modelo psiquiátrico hegemônico, tais como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman. Embora esses profissionais reivindicassem melhores condições de trabalho e de assistência nesses serviços, logo as exigências tomaram proporções radicais, a partir de 1987, no encontro dos profissionais de saúde mental em Bauru, São Paulo. A partir desse encontro, o objetivo dos profissionais de saúde mental deixou de ser a transformação tecno-científica do modelo assistencial, dando espaço para a busca da construção de um novo lugar social para o sofrimento psíquico, o que impulsionou a criação de novas formas sociais para lidar com as pessoas “com problemas mentais”⁽³²⁾.

⁹ Em 1978, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú/SC e o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro/RJ; em 1979, o I Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em São Paulo/SP e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte/MG.

Inspirado na Psiquiatria de Basaglia, o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica conquistou espaço legítimo, desde a década de 1970, como movimento social na luta por um modelo de atenção em saúde mental pautado eminentemente nos direitos humanos e na cidadania. O principal pressuposto de reforma da Psiquiatria Basagliana é a desinstitucionalização, compreendida não como *desospitalização* ou *desassistência*, mas como uma crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, suas práticas e instituições, intentando defender e resgatar os direitos dos cidadãos⁽³⁹⁾.

A intervenção na *Casa de Saúde Anchieta* (um hospital psiquiátrico privado, em Santos/SP), em 1989, certamente foi um marco importante para a implantação de um sistema psiquiátrico completamente substitutivo ao modelo manicomial, pois redefiniu o espaço do antigo hospício com a municipalidade por meio da criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), associações, cooperativas, residenciais terapêuticos, centros de convivência, dentre outros dispositivos^(32,40). No entanto é importante registrar que experiências anteriores a esse fato também são marcantes para a construção de uma atenção em saúde mental de caráter extra-hospitalar, em que a comunidade é o lócus privilegiado de atuação das equipes multiprofissionais, como foram a experiência de criação do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987, em São Paulo⁽⁴⁰⁾, e do Centro Comunitário de Saúde Mental, conhecido como *Nossa casa*, em 1988, em São Lourenço do Sul/RS⁽⁴¹⁾.

Essas e outras experiências assistenciais foram emblemáticas para a criação de uma diversidade de serviços e modalidades de atenção e cuidados em saúde mental, ampliando as opções terapêuticas e assistenciais do processo de reforma psiquiátrica no país. Elas ilustram concretamente que é possível pensar e fazer de fato uma atenção em saúde mental inovadora, transformando, mesmo que paulatinamente (pois esta transformação ainda está em curso), a relação da sociedade com o louco e a loucura.

A década de 1980 foi um período de importantes transformações no cenário político-social brasileiro, marcada por grandes lutas sociais por melhores condições de vida da sociedade em meio ao processo de redemocratização do país. Foi nesse período que ocorreram a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987. Ambas constituem-se como importantes marcos no campo das políticas de saúde mental nesse período. Cabe ressaltar que o relatório final da VIII CNS serviu de principal referência para a

configuração do sistema nacional de saúde brasileiro – o atual Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto à I CNSM, naquele momento, o foco das discussões estava voltado para a consolidação das propostas do movimento da reforma sanitária no campo da saúde mental, reiterando, assim, a organização do sistema de saúde a partir dos princípios e diretrizes estabelecidos na VIII CNS, tais como universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização, entre outros, tendo em vista a mudança do modelo de atenção em saúde. Essa conferência recomendou a reversão do modelo assistencial vigente, de tendência *hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica*, para outro que priorizasse o sistema extra-hospitalar (atendimento ambulatorial especializado e o da rede básica de saúde), a atuação de equipes multiprofissionais, a capacitação de equipes de trabalho, sobretudo da rede básica de atenção, incluindo estratégia de desospitalização em todas as instâncias assistenciais⁽⁴²⁾.

A II CNSM, realizada em 1992, destacou que a atenção em saúde mental propõe “um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação)”⁽⁴³⁾, configurando-se numa rede de equipamentos sociais, envolvendo diferentes setores – serviços de saúde, assistência social, cultura, justiça, habitação, entre outros. Nesse sentido, a rede de atenção em saúde mental deve ser constituída por serviços diversificados, qualificados e articulados, e que atendam a diferentes necessidades de saúde em distintos espaços de cuidado, como em unidades e leitos psiquiátricos em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, hospital-dia, CAPS, pensões protegidas, serviços residenciais terapêuticos, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e serviços da atenção básica.

Vale ressaltar que os serviços da atenção básica foram apontados pela I CNSM como importantes espaços de cuidado por estarem distribuídos amplamente pelo país – unidades básicas de saúde (postos de saúde) e centros de saúde – podendo, assim, compor a nova rede de atenção em saúde mental extra-hospitalar que se pretendia alcançar⁽⁴²⁾. No entanto, foi na III CNSM, realizada em 2001, que a atenção básica ganhou destaque no contexto das políticas de saúde mental, especialmente com os avanços da implantação da ESF, desde 1994.

Considerando as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde – a qual, dentre outras deliberações, indicava que a atenção básica deveria responder a pelo menos 80% das necessidades de saúde da população, incluindo a atenção em saúde mental – e o princípio da integralidade, o relatório final da III CNSM sustentou enfaticamente o argumento da necessidade em incluir a atenção aos *sujeitos em sofrimento psíquico* nas ações básicas de saúde e, também, em incorporar as ações de saúde mental na ESF⁽⁴⁴⁾.

Essa contextualização das CNSM sobre a integração da atenção básica, e especialmente da ESF, como cenários importantes para a atenção em saúde mental, serve para demarcar sua relevância para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. Tal integração, ainda em curso, apresenta avanços em experiências pontuais, contudo carece de estudos para melhor compreendê-la. Vale destacar que as CNSM são encontros fundamentais para o processo de reforma psiquiátrica brasileira, pois agregam diferentes atores sociais (movimentos sociais, usuários, familiares, profissionais, prestadores de serviço e representantes do governo, entre outros) para discutir, avaliar e fazer recomendações para a construção de políticas de saúde mental.

Outro aspecto que julgo importante destacar diz respeito à advertência da II CNSM no que se refere às recomendações às universidades e aos demais órgãos formadores para a adoção da perspectiva da saúde coletiva na discussão de temas da saúde mental e para a formação de alunos de graduação e pós-graduação⁽⁴³⁾.

A saúde coletiva pode ser considerada, na perspectiva técnico-científica, como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar, sustentado pela epidemiologia, por planejamento/administração de saúde e pelas ciências sociais em saúde. No âmbito de práticas, a saúde coletiva envolve determinadas práticas que tomam como *objeto* as necessidades sociais de saúde, como *instrumentos de trabalho* os distintos saberes, disciplinas e tecnologias materiais e não materiais, e como *atividades* as intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente⁽⁴⁵⁾.

Analisar a *saúde mental* pela ótica da saúde coletiva implica necessariamente a ampliação da percepção do objeto *saúde/saúde mental*, levando em consideração os determinantes sociais, bem como permite o aprofundamento da compreensão de sua historicidade – seus atravessamentos políticos, econômicos, ideológicos, sociais e culturais. Essa postura possibilita a compreensão das ações de saúde como

práticas sociais em que estão implícitas as relações humanas, articulando, assim, as dimensões objetiva e subjetiva no campo social da saúde.

A superação do *biologismo* dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da dependência ao modelo médico hegemônico representa elementos conceituais marcantes para a saúde coletiva. Além disso, a valorização da dimensão subjetiva das práticas de saúde, das vivências de usuários e profissionais do setor tem proporcionado espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e outras práticas, abrindo novas perspectivas de reflexão e ação⁽⁴⁵⁾. Essas têm sido algumas contribuições da saúde coletiva para pensar e agir acerca da *saúde mental* no contexto das práticas de saúde, da organização dos serviços de saúde e das políticas de saúde.

No campo das políticas sociais, a principal conquista da sociedade brasileira foi a aprovação da Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual assegura, legal e legitimamente, a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]”⁽⁴⁶⁾. Essa assertiva mudou o rumo das políticas de saúde, levando a um período de transformações significativas nas legislações no campo da saúde como um todo, especialmente na atenção básica e na saúde mental.

No campo da atenção básica, a Política Nacional (Portaria 648/2006) declara que esse nível de atenção em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, de prevenção de agravos, de promoção e proteção da saúde, envolvendo diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde; as ações são desenvolvidas mediante o trabalho em equipe, utilizando-se de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, junto à população de territórios delimitados; as equipes devem resolver problemas de maior frequência e relevância no território e ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde⁽⁴⁷⁾.

Para a reorganização atenção básica, o Ministério da Saúde vem utilizando como eixo (re)orientador do modelo de atenção em saúde, entre outras ações, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994. Dada sua relevância para a reorientação do modelo de atenção em saúde, atualmente o PSF é denominado como uma estratégia – a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Além dos princípios gerais da atenção básica, a ESF deve: assumir caráter substitutivo em relação à rede tradicional de atenção básica; desenvolver atividades

de acordo com o planejamento e a programação realizados no diagnóstico situacional tendo por foco a família e a comunidade; enfrentar os problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando a continuidade do cuidado dos indivíduos e das famílias; buscar parcerias com instituições e organizações sociais principalmente na área de abrangência; e ser um espaço de construção de cidadania⁽⁴⁷⁾.

A necessidade de reorganização da atenção básica pela ESF deve-se, entre outros aspectos, ao grande distanciamento entre as equipes de saúde e a população, gerado pelo modelo tradicional – hospitalocêntrico, individual e curativista –, o que eximia os serviços de saúde deste modelo de adotar um olhar ampliado sobre o processo saúde-doença das pessoas. Além disso, comumente, os serviços de saúde não resolviam os problemas de saúde mais comuns da comunidade, não estabeleciam vínculo com a população e nem propiciavam a criação de articulação entre a rede básica e outros serviços de saúde⁽⁴⁸⁾.

Para romper essa lógica, as atribuições fundamentais dos profissionais da ESF devem se pautar no planejamento das ações subsidiadas pelo diagnóstico situacional, na promoção e na vigilância em saúde (territorialização, intersetorialidade e participação social), no trabalho interdisciplinar em equipe e na abordagem integral da família⁽⁴⁸⁾.

A equipe mínima de trabalho da ESF deve ser constituída por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, devendo todos ter uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. Cada equipe é responsável por no máximo quatro mil habitantes, sendo recomendável até três mil, e cada ACS deve acompanhar até 750 habitantes cadastrados, podendo cada equipe da ESF ter até 12 ACS vinculados⁽⁴⁸⁾.

Embora a ESF seja inovadora, ela tem enfrentado dificuldades estruturais e políticas, incorrendo na sua lenta implantação no país. Além disso, o discurso oficial tem sido considerado acrítico, na medida em que atribui enquanto problema da ESF, quase que exclusivamente, apenas a sua falta de serviços⁽⁴⁹⁾.

Entretanto o caráter prescritivo exagerado na formatação da ESF tem sido o principal alvo de críticas, pois, entre outros aspectos, os locais de atendimento são definidos *a priori*, a população deve ser adscrita ao serviço e há exigência do cumprimento de uma lista de atividades. Observa-se, ainda, que a ESF tem tido dificuldades de absorver a demanda espontânea e aquelas caracterizadas como

urgências, o que tem gerado descontentamento entre as pessoas que utilizam os serviços⁽⁵⁰⁾.

Portanto a implantação da ESF no município não significa a modificação do modelo assistencial, visto que nela pode haver a manutenção de um processo de trabalho médico-centrado, característico do trabalho nas unidades básicas de saúde, ao invés de usuário-centrado. Dessa maneira, a transformação do modelo assistencial depende da reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde, operando eminentemente com tecnologias relacionais – acolhimento, escuta qualificada, responsabilização, vínculo e produção de autonomia – entre o trabalhador e o usuário⁽⁵⁰⁾.

Por sua vez, o campo da saúde mental vem sofrendo importantes transformações na legislação brasileira em favor da reforma psiquiátrica. As portarias nº. 189/1991 e nº. 224/1992, que regulamentaram a Política Nacional de Saúde Mental no país, são contribuições importantes na substituição da lógica hospitalocêntrica pela extra-hospitalar⁽⁵¹⁾. A primeira alterou o financiamento das ações e dos serviços de saúde mental, e a segunda estabeleceu as diretrizes para a assistência em saúde mental, em âmbito ambulatorial e hospitalar, entre os quais se destaca o atendimento realizado em unidades básicas de saúde, CAPS, hospital-dia, leitos em hospitais gerais, entre outros. Vale destacar que, posteriormente, esta última portaria foi atualizada pela de número 336/2002, acrescentando novos parâmetros e ampliando a abrangência de serviços substitutivos de atenção diária, como os CAPS.

Essas portarias são relevantes para o processo de reforma psiquiátrica, pois tratam de dois pontos delicados, sendo eles o financiamento de ações e serviços até então inexistentes e a criação de serviços comunitários de saúde mental, bem como a normatização sobre o atendimento em saúde mental, inclusive destacando a atenção básica como cenário dessas ações. A portaria nº. 224/1992 traz que esse atendimento compreende um conjunto diversificado de atividades – como atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros), atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde), visitas domiciliares e atividades comunitárias – que deve ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional⁽⁵¹⁾.

Após a aprovação de leis estaduais de reforma psiquiátrica ao longo da década de 1990, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2001 foi aprovada a Lei nº. 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa lei marca definitivamente o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental em âmbito nacional e assegura os direitos das pessoas portadoras de “transtornos mentais”⁽⁵¹⁾.

Vale destacar que, nessa lei, a pessoa deve ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, em ambientes terapêuticos pelos meios menos invasivos possíveis visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Cabe ainda ressaltar que tal lei define que *estabelecimentos de saúde mental* são todas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde às pessoas “com transtornos mentais”.

No âmbito internacional, é importante mencionar a publicação, em 1990, do relatório final da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde na região das Américas⁽⁵¹⁾. Esse documento solicitou, aos países, às instituições governamentais e não governamentais e à sociedade, apoio na reestruturação da assistência psiquiátrica na região, representando um marco nos processos de reforma da assistência psiquiátrica e em saúde mental nas Américas por mobilizar e fortalecer ainda mais a concretização de discussões e reformas em curso.

Além desse documento, a Organização Mundial da Saúde publicou em 2001 um relatório sobre a situação da assistência psiquiátrica e em saúde mental no mundo, fazendo recomendações para orientar as ações de atenção nesse campo, de acordo com as necessidades e os recursos de cada país⁽⁵²⁾. Dessa maneira, as dez recomendações foram: 1) proporcionar tratamento na atenção primária; 2) disponibilizar medicamentos psicotrópicos; 3) proporcionar atenção na comunidade; 4) educar o público; 5) envolver comunidades, famílias e usuários; 6) estabelecer políticas, programas e legislações nacionais; 7) preparar recursos humanos; 8) formar vínculos com outros serviços; 9) monitorar a saúde mental na comunidade; 10) dar mais apoio à pesquisa. Observa-se que a maioria das recomendações se relaciona diretamente com o cotidiano da vida das pessoas, pois são ações que envolvem a atuação de profissionais de saúde e de outros setores com a comunidade, junto às famílias e em diversos espaços sociais, como igrejas, escolas, centros comunitários, entre outros.

Esse relatório reafirma os princípios da Organização das Nações Unidas sobre os direitos de proteção e assistência às pessoas com transtornos mentais, destacando, enfaticamente, a abolição da discriminação, o direito de ser cuidado na sua própria comunidade, quando possível, em um ambiente o menos limitativo possível⁽⁵²⁾. Tais considerações ressaltam a importância de desenvolver uma atenção em saúde mental mais próxima das pessoas, em sua comunidade, potencializando a sua efetiva (re)inserção social.

Esses documentos internacionais servem como importantes relatórios que subsidiam a discussão das reformas dos modelos de atenção em saúde mental no mundo, e proporcionaram, em alguma medida, o amadurecimento do processo de reforma brasileiro.

Os avanços políticos e legislativos no campo da saúde mental e na atenção básica buscam a consolidação de um modelo de atenção em saúde que rompa com o modelo tradicional das instituições de prestação de serviços e também que (re)signifique os conhecimentos e as práticas dos profissionais de saúde.

Um dos esforços mais recentes do Ministério da Saúde em relação à efetiva articulação entre a saúde mental e a atenção básica trata da publicação, em 2003, do documento intitulado *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*⁽¹²⁾. Esse documento, elaborado pela coordenação geral da saúde mental e pela coordenação de gestão da atenção básica, estabelece três diretrizes para essa articulação: 1) apoio matricial de saúde mental às equipes da ESF; 2) a formação como prioridade na inclusão da saúde mental na atenção básica; 3) inclusão de indicadores da saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Nessa situação, o apoio matricial serve como um tipo de arranjo organizacional que dá suporte técnico na área de saúde mental às equipes responsáveis pelas ações básicas de saúde, participando de discussões e acompanhamento de casos. A formação de profissionais, especialmente da rede básica, deve estar de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e ser desenvolvida de maneira contínua, tendo em vista a promoção da autonomia dos usuários e a participação da família. Por fim, a inclusão de indicadores de saúde mental no SIAB serve para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde mental no território⁽¹²⁾.

Embora esse documento tenha recomendado a inserção de sete indicadores para compor o SIAB (como a atenção a pessoas com problemas de uso prejudicial de álcool, de outras drogas e drogas ilícitas, a atenção a pessoas com transtorno mental grave e persistente, entre outros), ainda não se observa mudanças efetivas nesse sistema de informação. No entanto, apesar de a Política Nacional da Atenção Básica de 2006 não fazer referência às ações de saúde mental e nem de indicadores relativos a essas ações por equipes da ESF no SIAB, observa-se que a portaria nº. 325/2008⁽⁵³⁾, em consonância com a de número 399/2006⁽⁵⁴⁾ (Pacto pela Saúde^h), estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida (um dos eixos estruturantes do Pacto pela Saúde) para o ano de 2008, dentro dos quais a saúde mental foi contemplada. Assim, foram elencados dois indicadores, sendo um principal (taxa de cobertura de CAPS/100.000 habitantes) e outro complementar (taxa de cobertura do Programa *De Volta para Casa*)ⁱ.

Observa-se, portanto, que os avanços na construção de políticas sociais, como a de saúde mental, ora se mostram promissores, ora se mostram resistentes às mudanças, revelando os conflitos de chegar a um consenso entre os atores políticos sobre sua formatação. Contudo o fortalecimento do controle social formal (conselhos e conferências) e informal (conscientização e participação das pessoas em movimentos sociais) pode servir de importante recurso estratégico para provocar e catalisar o processo de produção dessas políticas.

Vê-se que, desde 2003, o Ministério da Saúde coloca que as ações de saúde mental na atenção básica devem buscar o estabelecimento de vínculos e o acolhimento entre a equipe de saúde/serviços e as pessoas, obedecendo ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e de atuação com outras políticas específicas. Essas ações devem fundamentar-se nos princípios e nas diretrizes do SUS e nos pressupostos da reforma psiquiátrica, tendo enquanto elementos fundamentais: 1) noção de território; 2) organização da atenção à saúde mental em rede; 3) intersetorialidade; 4) reabilitação psicossocial; 5) multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; 6) desinstitucionalização; 7) promoção da

^h O Pacto pela Saúde (portaria nº. 399/2006), composto por três eixos (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS), visa, entre outros aspectos, a redefinir responsabilidades coletivas (compromissos, metas e prioridades) em função das necessidades de saúde da população, respeitar as diferenças loco-regionais e fortalecer os espaços e mecanismos de controle social.

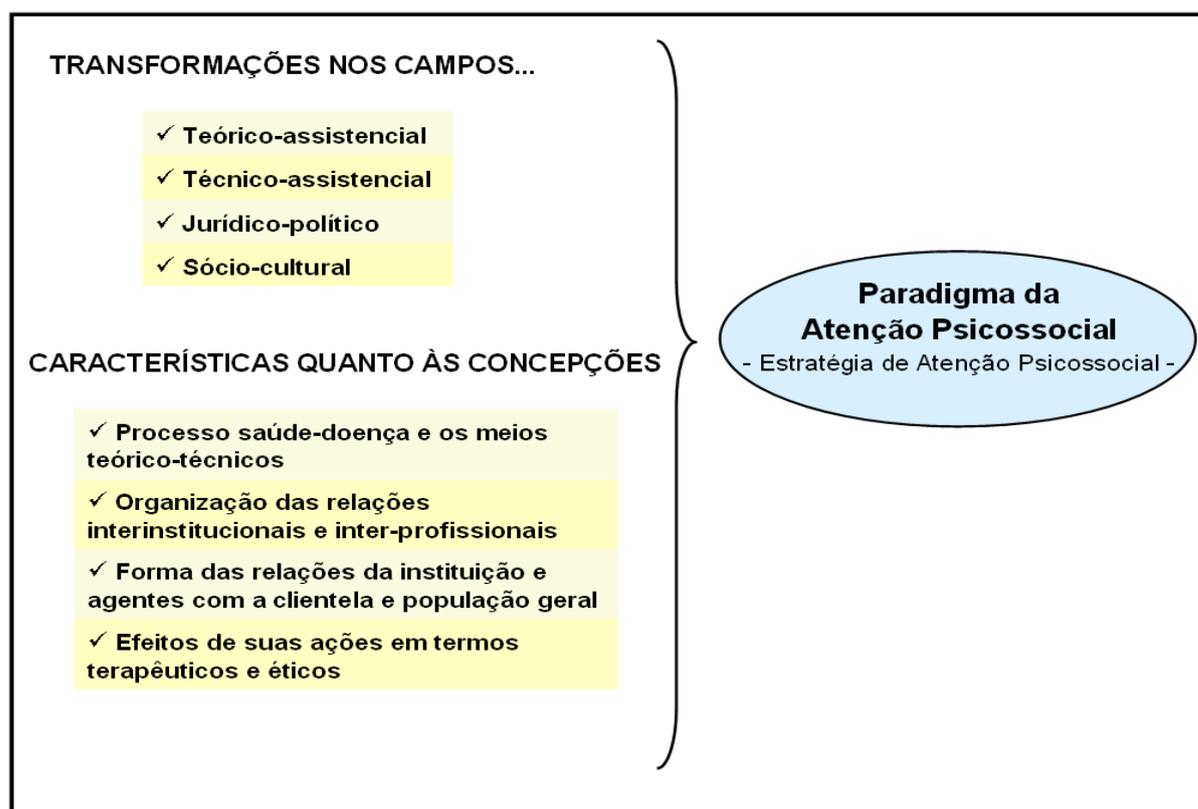
ⁱ Programa que institui auxílio-reabilitação psicossocial para egressos de longa permanência em hospital psiquiátrico.

cidadania dos usuários; 8) construção da autonomia possível de usuários e familiares⁽¹²⁾.

Há produções técnico-científicas que descrevem e propõem operacionalizar o trabalho em saúde mental no contexto da atenção básica, considerando, em certa medida, os princípios orientadores citados anteriormente. Tem-se, por exemplo, o manual de saúde mental para equipes de trabalho na atenção básica, produzido a partir da experiência exitosa da Nicarágua⁽⁵⁵⁾; a experiência do Núcleo de Estudos em Saúde Mental da Universidade Federal de Mato Grosso, o qual propõe a tecnologia de “avaliação clínica dialógica” para servir de guia para as ações dos profissionais da ESF e da atenção básica, em situações concretas de trabalho⁽¹³⁾; e ainda o protocolo assistencial produzido por profissionais de saúde da rede básica e da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG, o qual tem por objetivo facilitar o trabalho de profissionais que atuam na atenção básica em relação à saúde mental⁽⁵⁶⁾.

Dessa maneira, observa-se que o campo da saúde mental brasileiro vem, desde o final do século XX, sofrendo importantes transformações nas políticas, na organização dos serviços e nas práticas de saúde, devido à construção e à difusão de um novo paradigma para a atenção em saúde mental, pautado nos direitos humanos e na defesa e no exercício da cidadania – o paradigma da Atenção Psicossocial.

Também denominado paradigma das práticas da *Saúde Mental Coletiva*⁽¹⁴⁾ ou como *Estratégia de Atenção Psicossocial*⁽⁵⁷⁾, o paradigma da Atenção Psicossocial está sustentado na discussão proposta por Amarante^(2,39) e Costa-Rosa⁽⁵⁸⁾. O primeiro autor designa quatro campos de transformações operadas pelas práticas da reforma psiquiátrica, e o segundo concebe quatro parâmetros básicos do Modo Psicossocial, descrevendo as características dos dispositivos institucionais da Atenção Psicossocial⁽¹⁴⁾, como ilustrados na figura 1.



Fonte: adaptado a partir dos conceitos de Amarante^(2,39) e Costa-Rosa^(14,58).

Figura 1 - Fundamentos teórico-práticos da atenção psicossocial

As transformações nesses campos abarcam, entre outras mudanças, a construção de conceitos como “existência-sofrimento” em relação ao corpo social, a loucura como fenômeno, o acolhimento e emancipação do sujeito (campo teórico-assistencial); construção de novos serviços, proporcionando espaços de sociabilidade, de trocas, com ênfase na produção de saúde e de subjetividades (campo técnico-assistencial); aprovação de legislações em favor da reforma sanitária e psiquiátrica (campo jurídico-político); construção de práticas sociais para transformar o imaginário social relacionado à loucura, à doença mental, à anormalidade em favor do reconhecimento do sujeito como cidadão (campo sociocultural)^(2,39).

Em relação aos parâmetros concebidos para o Modo Psicossocial, ilustrado pelas características quanto às concepções nos quatro eixos mostrados na figura, é importante ressaltar que a descrição dessas características obedece a uma lógica de correlação entre o Modo Psicossocial e o Modo Asilar. Essa correlação exige que

a Atenção Psicossocial seja capaz de configurar-se como uma alteridade radical do Modo Asilar (Paradigma Psiquiátrico), configurando-se no seu devir⁽¹⁴⁾.

Assim, a superação do Modo Asilar em prol do Modo Psicossocial deve atender às exigências de diversos parâmetros⁽¹⁴⁾, dentre os quais se destacam:

- 1) Quanto às concepções do *Processo saúde-doença e os meios teórico-técnicos* sustentados para lidar com esse processo, as exigências necessárias são: desospitalização e não hospitalização; desmedicalização e não medicalização; implicação subjetiva e sociocultural e não objetificação; “existência-sofrimento” e não “doença-cura” como paradigma de abordagem dos problemas; clínica ampliada e transdisciplinar e não clínica das especialidades.
- 2) Quanto às concepções da *Organização das relações institucionais*, inclusive da *divisão do trabalho profissional*, as exigências são: horizontalização e não verticalização das relações intrainstitucionais; participação e não exclusão; autogestão e co-gestão e não gestão por delegação; interprofissionalidade integradora do processo de produção e do “produto”, e não interprofissionalidade fragmentadora, segundo a lógica do modo capitalista de produção; transdisciplinaridade.
- 3) Quanto às concepções da *Forma das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral*, exige-se: interlocução e não relação entre loucos e sãos; livre trânsito e não interdição e clausura; atenção integral e territorializada e não estratificada por níveis; desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico e sua substituição pelo paradigma psicossocial.
- 4) Quanto às concepções dos *Efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos*, as exigências necessárias são: relação sujeito-desejo e carecimento-ideais, e não ego-realidade ou carência-suprimento; implicação subjetiva e sociocultural (singularização) e não adaptação.

Portanto a Atenção Psicossocial reconhece o sujeito em sofrimento psíquico como cidadão, cuja loucura e cujo sofrimento são concebidos como fenômenos constitutivos da “existência-sofrimento”, e não como “doença-cura”, apregoados pelo paradigma psiquiátrico. Diante disso, exige-se dos serviços e dos profissionais de saúde uma atuação numa perspectiva interdisciplinar com vistas a uma prática

voltada para a *clínica ampliada*, ou seja, que suas ações sejam integradas e ultrapassem as dimensões fisiopatológicas, tradicionalmente focadas no campo da saúde, buscando agregar outros setores para imprimir de fato um cuidado ao outro.

A Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituir o Modo Asilar pelo Modo Psicossocial⁽¹⁴⁾. Dessa maneira, pode-se dizer que esse paradigma busca a superação do Modo Asilar, o qual em síntese se caracteriza por ter como objeto a doença mental, o hospital psiquiátrico como meio e a cura como finalidade. O Modo Psicossocial, por outro lado, tem por objeto a existência-sofrimento, diversos dispositivos sociais como meios e por finalidade a reabilitação psicossocial e a reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico.

A Atenção Psicossocial tem se mostrado como paradigma desencadeador de tensões na operacionalização das práticas nos serviços de saúde, contudo é justamente nesse campo de tensão entre o novo e o velho, do conflito entre a atenção psicossocial e o modelo psiquiátrico tradicional, que surge a possibilidade de ruptura da ideologia do tradicional⁽⁵⁹⁾.

Entendo que os valores e as práticas defendidos pela Atenção Psicossocial estão voltados para a construção de um novo modo de cuidar em saúde mental, e que em seus pressupostos residem, ao mesmo tempo, o potencial e o desafio dessa proposta.

3.2 Problematização do objeto de pesquisa

Para melhor compreensão do objeto de pesquisa, neste tópico apresento resultados de relatórios de pesquisa e relatos de experiências que tratam de aspectos relacionados ao que é proposto nesta tese. Início esta seção com a apresentação de estudos realizados no contexto geral da atenção básica e com a descrição de algumas experiências de municípios do país que buscaram inserir ações de saúde mental na atenção básica.

Considerando que o contexto desta tese é a ESF, mediante um levantamento bibliográfico não sistemático, privilegiou-se a discussão de pesquisas realizadas nesse contexto. Frente a essas pesquisas, apresento inicialmente aquelas que tratam da perspectiva exclusivamente dos profissionais, dando posterior enfoque a

algumas categorias – médicos, enfermeiros e ACS. Em seguida, apresento resultados de pesquisas que agregam a perspectiva dos profissionais à de usuários e familiares.

Cabe ressaltar que a maioria dos estudos investigou diferentes aspectos relacionados às *ações de saúde mental*, termo o qual busquei preservar no decorrer dessa apresentação, em respeito aos estudos. Contudo o objeto que pretendo delimitar se refere às “ações voltadas para saúde mental na ESF”.

Em um estudo sobre os avanços da reforma psiquiátrica em dois municípios, de pequeno e médio portes, localizados no oeste do estado de São Paulo, verificou-se que as ações de saúde mental estão predominantemente pautadas na consulta clínico-psiquiátrica e na prescrição de medicações, seguidas de ações tidas como complementares, tais como psicoterapia individual e grupal, oficinas terapêuticas (consolidada em apenas um dos municípios), intervenções na família (pontuais e esporádicas) e a criação de uma associação de usuários, familiares e trabalhadores e amigos da saúde mental⁽⁶⁰⁾.

Embora os vários segmentos envolvidos na saúde mental desses municípios (usuários, familiares, profissionais e gestores) conheçam os princípios e as propostas da reforma psiquiátrica, observou-se que os gestores municipais não assumiram integralmente as propostas do Ministério da Saúde para o campo da saúde mental, sob o argumento da falta de recursos financeiros. Por outro lado, notou-se que usuários e familiares têm aos poucos assumido as novas propostas de intervenção, mas os mecanismos de participação e organização popular ainda são incipientes⁽⁶⁰⁾.

Uma pesquisa sobre as características dos cuidados em saúde mental desenvolvidas em 31 municípios da região conhecida como Alto Uruguai, Rio Grande do Sul, encontrou que a municipalização da saúde mental nesta região está em início de desenvolvimento, prevalecendo, ainda, a lógica das internações em hospitais psiquiátricos como principal intervenção em saúde mental⁽⁶¹⁾.

Dessa maneira, entre as características centrais dos cuidados em saúde mental nesses municípios, destacaram-se: a) a centralização das ações no modelo de atendimento clínico-psiquiátrico e a medicalização dos sintomas, embora todos os municípios dispusessem da ESF; b) a inexistência de uma rede de serviços de saúde mental nos municípios; c) o encaminhamento indiscriminado de casos agudos e crônicos para hospitais psiquiátricos; d) a inexistência de programas de saúde

mental inseridos nos Planos Municipais de Saúde e a inexpressiva representatividade de profissionais nos Conselhos de Saúde; e) a ausência de acompanhamento das equipes de saúde da atenção básica após a internação de usuários em hospitais psiquiátricos⁽⁶¹⁾.

Esse último aspecto está intimamente relacionado ao fenômeno de *porta giratória*, pois a descontinuidade (ou a falta) de suporte e apoio dos serviços de saúde em relação aos cuidados em saúde mental aos usuários e a seus familiares no território em que vivem frequentemente contribui para uma nova internação desse usuário.

Tanto os municípios do oeste de São Paulo quanto os do norte do Rio Grande do Sul compartilham uma lógica de organização da atenção em saúde mental pautada no modelo psiquiátrico tradicional. Enquanto agravante dessa constatação, observo que o conhecimento dos princípios da reforma psiquiátrica não assegura necessariamente a implicação dos atores sociais para a sua consolidação, uma vez que espaços de decisão política (conselhos municipais) não têm sido ocupados por esses atores e, quando ocupados (gestão municipal), a saúde mental não tem ganhado visibilidade para compor a agenda de saúde do município.

Além desses fatos, parece que a ESF não tem cumprido com seu propósito de trabalhar na comunidade com a *saúde das famílias*, uma vez que o modelo vigente de ação de saúde mental ainda permanece na lógica manicomial – internação psiquiátrica, medicalização da vida das pessoas, ações voltadas para atender exclusivamente a manifestação da doença. Somando-se a isso, a descontinuidade da atenção em saúde após a alta do usuário da internação certamente compromete a desinstitucionalização almejada pela reforma psiquiátrica.

Embora haja essas limitações, observo que despontam, mesmo que timidamente, ações de fortalecimento do modo de atenção psicossocial, com a ampliação de mecanismos de participação popular (associações) e a implementação de oficinas terapêuticas e atividades em grupo. Contudo vale o alerta para que esses mecanismos e essas ações tenham incorporados visivelmente os princípios do modo de atenção psicossocial.

Um estudo descritivo-exploratório sobre a abordagem dos problemas de saúde mental no atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de São Paulo identificou que as demandas desse tipo de atendimento revelam as deficiências dos serviços, relativas à carência de instrumentos e apoio

organizacional para a resolução e/ou o encaminhamento dos problemas identificados e/ou demandados pelos usuários. Essas dificuldades são potencializadas pela sensação de incapacidade técnica de intervenção dos profissionais de saúde, principalmente pelos médicos generalistas⁽⁶²⁾.

Frente a essas e outras dificuldades, enquanto uma estratégia de ampliação da capacidade resolutiva das equipes da atenção básica, o Ministério da Saúde tem estimulado a estruturação de equipes de *Apoio matricial* nos municípios em diferentes áreas de conhecimento do campo da saúde – saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde mental, entre outras –, respeitando o contexto sociocultural em que as equipes da atenção básica atuam.

Mesmo que não seja a única estratégia de estruturação e operacionalização da atenção em saúde mental no município, o *apoio matricial* tem sido utilizado para a melhoria desta atenção. Assim, um estudo de abordagem hermenêutica crítica sobre o funcionamento do *apoio matricial* da saúde mental para a atenção básica de Campinas, São Paulo, evidenciou um contraste na maneira de as equipes de trabalho conduzirem suas práticas no cotidiano das unidades básicas de saúde, na medida em que algumas destas haviam alocado profissionais de saúde mental, enquanto outras não os possuíam⁽⁶³⁾.

Dessa maneira, as equipes de UBS onde estavam sediados os profissionais de saúde mental apresentavam maior dificuldade em modificar a maneira automática de encaminhar os usuários, devido ao acesso facilitado a esses profissionais. Nessa situação, era marcante a angústia que a equipe da UBS sentia quando entravam em contato com o sofrimento psíquico das pessoas. Esse fato poderia ser atribuído, talvez, ao costume dos profissionais da unidade em delegar à equipe especializada a responsabilidade por essa demanda⁽⁶³⁾.

Por outro lado, as equipes que recebiam *apoio matricial* de outros serviços possuíam critérios mais apurados de avaliação de risco, bem como tinham uma maior autonomia no acompanhamento dos usuários. Essas equipes costumavam buscar o referido apoio quando esgotavam as discussões sobre o caso no serviço, o que legitimava a necessidade de atendimento especializado⁽⁶³⁾.

Esses resultados demonstram a relevância da implicação dos profissionais de saúde como um aspecto fundamental para a consolidação de uma atenção em saúde mental no território, desde que esta implicação tenha em vista a superação da concepção de que a *saúde mental* seja objeto exclusivo das disciplinas do campo

psi (psiquiatria e psicologia), e que o hospital psiquiátrico seja um espaço de produção de cuidado e de saúde mental.

O apoio matricial em saúde mental deve operar na lógica de co-responsabilização dos cuidados, potencializando a capacidade das equipes da atenção básica em conduzir os enfrentamentos exigidos pelo sofrimento das pessoas, não necessariamente para uma resolução definitiva, mas certamente caminhando para a produção de subjetividades, ampliando e reinventando os significados da vida das pessoas.

Observa-se que a inserção de ações de saúde mental na atenção básica no país tem sido experienciada de diferentes maneiras, sem necessariamente atender ao arranjo do apoio matricial. Contudo isso não invalida a relevância deste arranjo para a consolidação de tal inserção, uma vez que atende a uma orientação da política nacional de saúde, desde que permaneça fiel aos princípios de sua construção – avanços da reforma sanitária brasileira e fortalecimento da atenção básica.

Algumas experiências exitosas em diversas regiões do país têm contribuído para a organização de uma rede de saúde mental voltada para a construção de uma atenção no território. O relato dessas experiências é importante para ilustrar as diferentes iniciativas para promover a implementação de um cuidado em saúde mental no território geográfico e existencial das pessoas.

Os municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, buscaram estabelecer uma parceria celebrada por meio de Consórcio Intermunicipal de Saúde, para juntos implementar serviços especializados nas áreas de saúde, entre elas a saúde mental. Esse recurso político-administrativo tem propiciado a superação do modelo tradicional (consultas psiquiátricas em ambulatórios, prescrição de medicamentos e encaminhamentos para internação psiquiátrica) por um modo de cuidar compartilhado em equipe multiprofissional, voltado para o atendimento de demandas sociais e de saúde. Vale ressaltar que o trabalho tem avançado no sentido de capacitação dos recursos humanos para atuar em saúde mental, propiciando o surgimento de acompanhantes terapêuticos, a melhoria da sede do serviço de saúde mental, bem como a realização de busca ativa, pronto-atendimento psiquiátrico, criação de oficinas, de moradia assistida e cuidado a moradores de rua⁽⁶⁴⁾.

A parceria entre os municípios, por meio do consórcio, tem permitido a organização de serviço básico de saúde mental nos municípios parceiros. Porém

esse é apenas um recurso que pode potencializar a superação do modo tradicional em prol da atenção psicossocial. Assim, entre outros aspectos, a consolidação dessas conquistas deve ir em direção ao fortalecimento da atenção básica e, principalmente, da ESF para a condução e o acompanhamento das situações que envolvam a saúde mental das pessoas no território.

A experiência de Camaragibe/PE retrata a organização da rede de saúde mental iniciada pela parceria entre a equipe de saúde mental e as equipes do PACS e da ESF. Nesse percurso, foram realizadas oficinas de trabalho com as equipes: 1) sensibilização; 2) desmistificação da loucura; 3) capacitação técnica e acompanhamento; 4) proposta de trabalho municipal⁽⁶⁵⁾.

Nessa experiência houve boa receptividade das equipes, o que aumentou o reconhecimento das necessidades de atenção em saúde mental nas ações básicas de saúde. A partir desses encontros, surgiram os primeiros serviços especializados de saúde mental no município (ambulatório e Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS), foram realizadas capacitações dos profissionais da emergência do hospital geral e houve a manutenção de contatos sistemáticos entre os serviços para o compartilhamento de experiências dos profissionais. Isso permitiu que a saúde mental, aos poucos, se tornasse pauta na cidade⁽⁶⁵⁾.

As oficinas de saúde mental desdobraram-se na monitorização das atividades, mediante a parceria de trabalho conjunto com as equipes da ESF, em que profissionais da equipe de saúde mental se deslocavam às USF para discussões acerca da saúde mental – estudos de caso, interconsultas, orientação para a formação/condução de grupos na comunidade, discussões mediante filmes e vídeos, visita domiciliar, capacitação sobre psicofármacos, palestras abertas à comunidade. Esses encontros despertaram na equipe e na comunidade a construção de novos grupos, além daqueles constituídos tradicionalmente (hipertensão, diabetes, gestantes), com a inclusão de familiares dos usuários⁽⁶⁵⁾.

Foi uma experiência que proporcionou: a ampliação da rede de comunicação das equipes da ESF e de saúde mental; a superação de respostas simplificadas, como o recurso da internação psiquiátrica para todos os casos de crise; a continência da crise mediante parceria com equipe do NAPS; a diminuição de atendimentos de casos de saúde mental na emergência do hospital geral; o acompanhamento de alguns casos de internação fora do município, envolvendo ACS, líder comunitário e/ou vizinhança; a intervenção em casos de saúde mental

pela equipe da ESF; maior aceitação desses usuários na comunidade; motivação das equipes da ESF e comunidade para constituir grupos de encontro sobre vários temas; maior conhecimento da comunidade sobre serviços de saúde e de saúde mental⁽⁶⁵⁾.

Na experiência de Cabo de Santo Agostinho/PE, tem-se como ideia central a possibilidade de estruturar relações de convivência com as diferenças no âmbito social. Por meio de um projeto de integração de diversos recursos no território buscou-se a organização do fluxo de atendimento e a articulação política na atenção em saúde mental⁽⁶⁶⁾.

Na ESF desse município, a integração iniciou-se pela sensibilização, pela capacitação e pelo vínculo da equipe de saúde mental com as equipes da ESF. Num segundo momento, por meio de encontros sistemáticos, promoveu-se a integração entre as equipes, planejando e estruturando ações de saúde mental em cada área da ESF⁽⁶⁶⁾.

Vale destacar que, nessa experiência, a ideia de *agentes cuidadores* em vez de *curadores* parecia ser mais bem absorvida pelos ACS, em relação aos outros profissionais da ESF, embora os ACS tenham relatado medo em lidar com o usuário em crise (periculosidade associada à loucura). Os médicos e os enfermeiros, além dessa preocupação, apresentavam marcadamente a lógica do especialista, mostrando-se mais resistentes em assumir esse cuidado⁽⁶⁶⁾.

As visitas e as discussões de caso foram algumas das estratégias que possibilitaram a mudança de postura diante desse projeto, levando-os a investir mais nesse trabalho e tornando-os mais flexíveis para a realização de outras ações. Além disso, identificou-se a necessidade de construir instrumentos de notificação de saúde mental que permitissem delinear o perfil epidemiológico e diagnóstico de cada área, para melhor planejamento das ações⁽⁶⁶⁾.

A necessidade de uma atitude epidemiológica, de identificação, registro e descrição das informações clínicas, para planejar e implementar ações de saúde mental, também se mostrou um importante aspecto em uma experiência de trabalho de uma equipe da ESF de Cuiabá/MT⁽⁶⁷⁾, em que se buscou apresentar uma alternativa de trabalho que desse visibilidade aos usuários na ESF.

A partir da ficha A (cadastro das famílias na ESF preenchidos pelos ACS) e do levantamento de casos suspeitos informados pela equipe, principalmente pelos ACS, fez-se busca ativa de casos. De 19 casos iniciais, passou-se para 43, dos

quais 39 foram confirmados diagnósticos psiquiátricos com especialista. Essas ações permitiram incluir esses usuários no cuidado desenvolvido pela equipe da ESF⁽⁶⁷⁾.

Observa-se que a visibilidade das manifestações de sofrimento psíquico da clientela na ESF depende da sensibilidade, da postura e da atitude dos profissionais em reconhecer essas manifestações como objetos de seu trabalho na atenção básica.

A experiência de Rio Pomba/MG demonstra a importância da participação intensa da equipe da ESF junto à equipe de saúde mental. As parcerias do programa de saúde mental ocorrem com CAPS (esquema de co-responsabilização), com a Ação Social (interlocução e ação conjunta – usuários colaboram na horta comunitária), igrejas (cedem locais para acontecer os grupos e as oficinas, além do trabalho com as pastorais) e comunidade (participação de moradores da comunidade com alguma habilidade – artesanato, horta, para compor o trabalho)⁽⁶⁸⁾.

É importante destacar que as parcerias citadas anteriormente contam com a participação das equipes da ESF. Quanto a essas equipes, as ações desenvolvidas por elas são diversificadas, tais como avaliação clínica, visita domiciliar, intervenções na crise, monitoramento da terapêutica medicamentosa, agendamentos de consultas e visitas domiciliares, encaminhamentos, intervenção psicossocial, oficinas terapêuticas, suporte familiar, busca ativa, entre outras⁽⁶⁸⁾. A construção dessas ações tem se pautado numa relação democrática e participativa de todos – profissionais, usuários, familiares –, considerando o contexto social ao qual cada serviço está inserido⁽⁶⁸⁾.

Essas experiências retratam a diversidade de estratégias e recursos que os profissionais e gestores lançam mão para viabilizar a implementação de uma proposta de trabalho de atenção em saúde mental no território, que busque romper com o modelo tradicional. Certamente elas apresentam contradições em sua operacionalização, sobretudo na convivência de saberes e práticas do velho e do novo modelo, mas cabe a todos os envolvidos, especialmente a profissionais e gestores, a reflexão contínua sobre os pressupostos da reforma psiquiátrica para nortear a organização dos serviços e as ações dos profissionais, sem eximir a necessária participação de usuários e familiares.

Um estudo realizado numa UBS mista, no município do Rio de Janeiro, mapeou as modalidades de cuidado na atenção em saúde mental desenvolvidas

naquela unidade. Por meio de um estudo de caso, os achados foram agrupados em três modalidades de cuidado no agir dos profissionais na rede básica. A primeira diz respeito à realização de atendimentos psicológicos (de orientação psicanalítica) e psiquiátricos tradicionais (avaliação do estado mental, prescrição e manutenção de medicações psicoativas). A segunda modalidade trata-se de atividades coletivas de prevenção de doenças e promoção da saúde, realizadas semanalmente no espaço da unidade de saúde por profissionais de enfermagem, serviço social e psicologia, mediante grupos temáticos e não temáticos. Por fim, a terceira modalidade envolve ações de cuidado a dependentes químicos, realizadas por equipe específica, mediante aconselhamento individual e/ou em grupo, em articulação com a equipe do ESF⁽⁶⁹⁾.

Observa-se que, embora a equipe tradicional da UBS e a da ESF compartilhassem o mesmo espaço físico e os problemas relacionados à atenção em saúde mental das pessoas sob responsabilidade das equipes da atenção básica, essa proximidade não garantiu o entrosamento no trabalho dos profissionais, situação demonstrada pela articulação pontual entre as equipes em algumas ações relacionadas à dependência química.

A desarticulação das ações de saúde mental produzidas na ESF e na UBS favorece a produção de ações isoladas, em que o acolhimento e a escuta dos usuários são pouco explorados pelas equipes, expressando assim a reprodução do modelo tradicional de atenção em saúde⁽⁶⁹⁾. Tal desarticulação dilui o potencial dos profissionais da atenção básica, fragilizando a construção de uma atenção em saúde mental verdadeiramente comprometida com a desinstitucionalização e a valorização do território como *lócus* de cuidado e como dimensão existencial das pessoas.

Considerando a substituição gradual esperada para os estabelecimentos de saúde da atenção básica pelo modelo de atenção em saúde da ESF, os estudos que se seguem exploram diversos aspectos relacionados à inserção de ações de saúde mental no cenário da ESF.

Um estudo exploratório descritivo sobre a organização e as práticas de assistência em saúde mental de equipes da ESF de Cuiabá/MT entrevistou 63 profissionais e realizou observação do trabalho das equipes. Para análise das informações, foi utilizado o referencial teórico-metodológico da dialética marxista⁽⁷⁰⁾.

Esse estudo considerou que os profissionais da ESF reconhecem a demanda da população em relação à saúde mental, no entanto não consideram a saúde

mental como objeto de trabalho das equipes da ESF, prevalecendo a ideia de que assumir o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico *umenta* o serviço da equipe⁽⁷⁰⁾.

Esses achados remetem ao problema da exigência de produtividade das equipes da ESF como sinônimo de uma atenção básica de qualidade, pois ainda se privilegiam os boletins de produtividade para avaliar o trabalho das equipes. Somados a esse problema, podem-se agregar a precariedade dos vínculos trabalhistas desses profissionais (nomeações, contratos, cooperativas) e das condições de trabalho (infraestrutura, acesso a procedimentos de diagnose, medicamentos, outros serviços), o contexto da comunidade (frequentemente de muita pobreza e violência), o próprio trabalho em equipe, entre outros.

Cuidar dos sujeitos em sofrimento psíquico, entretanto, é uma atribuição inerente aos profissionais da ESF, pois nesse modelo de atenção em saúde a unidade de cuidado é a família (e conseqüentemente seus membros) residente na área de adscrição do serviço de saúde onde a equipe atua. Portanto a equipe deve se responsabilizar pelos cuidados básicos de saúde das pessoas enquanto elas residirem na sua área de atuação.

O reconhecimento da saúde mental como objeto de trabalho das equipes da ESF é um importante passo para que os profissionais se sensibilizem com a inserção de ações voltadas para o cuidado da população em geral e dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Observou-se, ainda nesse estudo, que a atuação profissional é improvisada (não planejada e nem criativa) e exige paciência e tempo. Essas ações possuem um caráter ao mesmo tempo medicalizante (consultas clínicas e medicação) e fundamentadas em concepções místicas ou leigas, mobilizando nos profissionais um fazer, algumas vezes empírico, outras, clínico-assistencial. No entanto, ainda que timidamente, identificaram-se concepções e discursos voltados para a responsabilização, o acompanhamento e o tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico pelas equipes da ESF⁽⁷⁰⁾.

Penso que um dado importante para o desenvolvimento de ações de saúde mental na ESF diz respeito à concepção de saúde mental adotada (não como doença, mas como produção de vida) e ao planejamento das ações. Quanto a esse aspecto, é fundamental que cada membro da equipe se envolva na construção coletiva de ações, tendo em vista os recursos comunitários (pessoas e instituições) e

as parcerias interinstitucionais e intersetoriais. A articulação eficiente entre profissionais e serviços e o compartilhamento de responsabilidades podem propiciar a construção de estratégias efetivamente de saúde mental na comunidade, minimizando a sobrecarga no trabalho sentida pelos profissionais.

Criar espaços de escuta, individual ou coletiva, na unidade de saúde ou nos diferentes espaços da comunidade (centros comunitários, igrejas, escolas, entre outros), grupos de convivência, de produção de objetos artesanais ou artísticos (pintura, música, dança), de voluntariado, de oração – enfim, de pertencimento – podem ampliar os pontos de ancoragem para produção de subjetividades.

Utilizando o marco teórico de “sistema de signos, significados e práticas”, um estudo buscou compreender como os profissionais da ESF de uma USF localizada em Salvador/BA interpretam o sofrimento mental. Os sujeitos entrevistados atribuíram como causalidade do sofrimento mental o sofrimento social (questões sociais e econômicas), a fragilização ou mesmo a dissolução dos vínculos familiares, a história de vida dos sujeitos marcada por experiências traumáticas como violência e estupro, os valores da sociedade capitalista, entre outros⁽⁷¹⁾.

O reconhecimento das situações de vida das pessoas, como um aspecto importante para o desencadeamento de sofrimento psíquico, foi um traço relevante nesse estudo, uma vez que elas são atravessamentos que interferem na maneira como as pessoas conduzem suas vidas. Assim, as condições de moradia, emprego, educação, alimentação, lazer, as relações familiares, os valores e as crenças são considerados aspectos que contribuem para aumentar ou diminuir o sofrimento. Essa percepção amplia a visão dos profissionais da ESF acerca do processo saúde-doença, o que pode repercutir positivamente no significado de suas práticas de cuidado.

As ações dos profissionais devem ser intencionais, na medida em que suas consciências evidenciem aquilo que se busca alcançar. Considerar outros aspectos, que não sejam somente os da dimensão biológica dos usuários, permite aos profissionais um primeiro movimento de rompimento com o modelo da clínica tradicional.

A ressignificação das ações costumeiras dos profissionais aponta para o sentido da ampliação da clínica⁽⁷²⁾, na medida em que a dimensão biológica é reconhecida como um aspecto da vida do usuário, bem como o seu contexto, e antes de tudo o próprio usuário (sujeito). Ao considerar esses elementos – sujeito,

contexto e doença –, os profissionais da ESF ampliam suas concepções e expandem suas possibilidades de ação frente ao processo saúde-doença-atenção.

Outro achado desse estudo é a pluralidade nas formas de identificação e nomeação do sofrimento mental atribuídas pelos profissionais. O grau de polissemia encontrado em relação à saúde mental faz considerar que os profissionais não compartilham uma linguagem comum, o que dificulta o trabalho em equipe⁽⁷¹⁾.

Contudo vale ressaltar que uma *classificação* sempre incorre ao risco de exclusão de sujeitos, mediante o cumprimento de determinados critérios para atender à *classificação* pretendida. Assim, é importante que haja uma comunicação clara e objetiva dos profissionais sobre a situação clínico-social dos sujeitos, contanto que não desconsidere o que mais importa nesta situação, ou seja, a discussão e a construção de um cuidado na comunidade pautado no modo de atenção psicossocial – almejando a cidadania.

Um estudo sob a perspectiva construcionista social, realizado em Ilhéus/BA, analisou a visão dos profissionais da ESF sobre os limites e as possibilidades do cuidado em saúde mental aos usuários. Entre os resultados, destaca-se que os profissionais apontam os governantes (autoridades locais) e o Ministério da Saúde como os únicos responsáveis pela implementação de ações de saúde mental ao usuário e às famílias na ESF⁽⁷³⁾.

Essa postura mostra o comodismo com que alguns profissionais vêm atuando na ESF, apesar de algumas situações exigirem deles a realização de ações de saúde com os usuários e seus familiares. No entanto estas têm sido empregadas de maneira descontextualizada e limitadas às ações programáticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Assim, tanto usuários quanto seus familiares são cuidados em situações pontuais, numa relação superficial e insuficiente, mediante visitas domiciliares, consultas individuais, orientação medicamentosa, transcrição de receitas e encaminhamento para especialistas⁽⁷³⁾, colaborando para a manutenção do modelo tradicional de atenção em saúde.

Embora os profissionais reconheçam que as ações de saúde mental sejam elementos fundamentais para atender ao princípio da integralidade na ESF, observa-se que todas as ações dirigidas aos usuários estão limitadas a suprir necessidades da clínica tradicional⁽⁷³⁾. Fica evidente, nesse estudo, o relato dos profissionais da ESF, eximindo-se das responsabilidades em atender e cuidar os usuários e os seus familiares, o que se torna contraditório quando esses mesmos dizem reconhecer a

inserção das ações de saúde mental na ESF como importante aspecto para alcançar a integralidade de suas ações.

A integralidade serve como orientador das práticas profissionais, enquanto uma “imagem-objetivo”, ou seja, aquilo que se almeja construir e produzir a partir do que existe⁽⁷⁴⁾. Portanto ela pretende indicar a direção das ações que os profissionais de saúde devem imprimir em suas práticas, tendo em vista a transformação da realidade, ampliando os horizontes de possibilidades sobre o que a realidade *pode* ser, em detrimento de uma visão determinista, sobre como esta *deve* ser.

Dessa maneira, a integralidade deve servir como princípio norteador das ações profissionais na tentativa de pensar e desenvolver um cuidado que capte de maneira ampliada as necessidades das pessoas, bem como adequar as ofertas dos profissionais às diferentes situações e aos contextos em que acontece o encontro entre profissionais e usuários. Nessa relação dialógica, as ações devem ser construídas de modo compartilhado na medida em que sejam preservados os interesses dos sujeitos sociais envolvidos, ou seja, que levem em consideração, sobretudo, as expectativas do usuário e de sua família.

Contudo os profissionais de saúde frequentemente pautam suas práticas na intervenção sobre determinada situação ou, como habitualmente ocorre, sobre a doença. Esse tipo de relação transforma o usuário em objeto de intervenção, passivo, com valorização especialmente da dimensão biológica e anulação de outros aspectos de sua vida. Entretanto, ao trazer para o centro da discussão os interesses e as expectativas dos usuários – quanto ao tipo de atenção que esperam encontrar nos serviços de saúde –, necessariamente a relação entre profissionais e usuários deve se transformar, numa perspectiva de relação interacionista, em que ambos sejam respeitados em suas falas.

Por meio do referencial da psicologia histórico-cultural de Vigotsky, um estudo realizado com uma equipe da ESF de um município de pequeno porte no oeste do estado de São Paulo buscou revelar os sentidos pessoais e as significações sociais das atividades de atenção em saúde mental desenvolvidas pela equipe⁽⁷⁵⁾.

Entre outros achados, os profissionais da ESF: a) possuem uma concepção de que as condições de vida das pessoas são determinantes no processo saúde-doença da população; b) destacam a importância em recorrer a diversas estratégias de cuidado que não estejam restritas à consulta e à prescrição de medicação, tais como atividades de grupo, comunitárias, de educação em saúde e visita domiciliar;

c) enfatizam a necessidade de atenção à saúde mental dos próprios profissionais da equipe da ESF, que muitas vezes se sentem sobrecarregados em escutar e conversar com as pessoas sem necessariamente dar encaminhamento ou solução para algumas demandas, sensibilizando-os com as situações das pessoas; d) sentem dificuldade em trabalhar com as famílias dos usuários, embora reconheçam seu sofrimento; e) reconhecem o acolhimento como recurso terapêutico; f) apontam para a necessidade de constituição de vínculos, responsabilização e continuidade nos cuidados em saúde⁽⁷⁵⁾.

Nesse estudo, vale destacar a repercussão das dificuldades que a população atendida pela equipe vivencia, pois estas experiências são também fonte de sofrimento para os profissionais, refletindo assim na sua saúde mental⁽⁷⁵⁾. As equipes da ESF, frequentemente, se sentem mobilizadas psiquicamente frente ao sofrimento mental e social (precárias condições de vida) das pessoas, levando-os a considerar um estreitamento na relação entre esses dois tipos de sofrimento⁽⁷¹⁾.

Vale ressaltar que os ACS muitas vezes expressam a necessidade de espaços de discussão de casos complexos – como os de saúde mental – fora das atividades administrativas, como maneira de enfrentar as situações de sofrimento no trabalho⁽⁷⁵⁾. Observo que os ACS são os profissionais que vivem na comunidade onde atuam e, portanto, vivenciam cotidianamente a dinâmica do território geográfico e estão continuamente em contato com as pessoas, o que pode potencializar seu sofrimento em lidar com o sofrimento alheio.

A continuidade de cuidados da equipe da ESF com a população da área de abrangência sob sua responsabilidade exige que todos os profissionais lidem com o sofrimento humano, mesmo que não estejam preparados. Para pessoas que sempre viveram em regiões de classe média da cidade, o que ainda é comum observar entre os profissionais de saúde de nível universitário, é um choque cultural a convivência com pessoas da periferia. Essa situação requer dos profissionais um trabalho psíquico e uma capacitação continuada e penosa para suportar o enfrentamento do sofrimento humano⁽⁷⁶⁾.

A família e o usuário do serviço na ESF, por serem residentes da área de abrangência da USF, sempre terão esse serviço e sua equipe como referência de cuidados básicos em saúde. Dessa maneira, mesmo que eventualmente alguém deles seja internado por qualquer situação, tanto o usuário quanto os seus familiares

continuarão sob responsabilidade dessa equipe, a qual deverá se encarregar de dar continuidade aos cuidados ofertados, enquanto residirem na área.

Portanto lidar com o sofrimento das pessoas demanda muito esforço dos profissionais, principalmente quando o contexto de vida é desfavorável, tais como situações de extrema pobreza, fome, desemprego, violência, bem como lidar com pessoas com outros valores, crenças, arranjos familiares, muito diferentes daqueles que os profissionais vivenciam. Dessa maneira, conviver e encarar *os sofrimentos* das pessoas cotidianamente é uma tarefa árdua para os profissionais que atuam na ESF, porque coabitam o cenário onde tais sofrimentos se desdobram, mesmo que por um período de cinco dias na semana (40 horas semanais), como ocorre geralmente.

Essa situação pode gerar nos profissionais insatisfações com o tipo de serviço ofertado e/ou com as características da população atendida; pode levá-los a supervalorizar aspectos biológicos e ignorar outros aspectos da vida do sujeito em seu trabalho; ou mesmo levá-los a se sentirem impotentes e frustrados em lidar com a complexidade que envolve a vida das pessoas – no processo de adoecimento e de saúde.

A incorporação da atenção à saúde mental na atenção básica necessita contar com suporte de equipes atuantes e solidárias, que promovam o intercâmbio de conhecimentos e tecnologias de cuidado nesse nível de atenção para lidar com as dificuldades emocionais que o enfrentamento traz⁽⁶²⁾. Oportunizar aos profissionais da ESF conversar sobre suas angústias poderia servir de importante estratégia de enfrentamento dos seus sofrimentos no trabalho. Além disso, as equipes de saúde mental e de apoio matricial em saúde mental são também importantes recursos para minimizar o sofrimento dos profissionais da ESF.

Um estudo descritivo-exploratório sobre as ações de saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF em um município do estado de Santa Catarina, por meio da utilização de método hermenêutico-dialético, agrupou os resultados dessas ações em dois eixos temáticos. O primeiro refere-se à “assistência ao portador de transtorno mental”, a qual se configurou como ações que privilegiam a tendência terapêutica, especializada, com hegemonia do modelo centrado no médico e na distribuição de medicação. Por outro lado, o segundo eixo, denominado “ações de cuidado”, aponta para a lenta e gradativa mudança no modelo de atenção em saúde mediante a adoção de prática interdisciplinar, de acolhimento e de

vínculo, o que vem possibilitando à equipe um trabalho voltado para a promoção da saúde⁽⁷⁷⁾.

Um estudo avaliativo das ações em saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF de Porto Alegre/RS, com a utilização do referencial de Avaliação de Quarta Geração, revelou que, além das tecnologias leves (acolhimento, escuta e vínculo), essas equipes reconhecem como ações de saúde mental a consulta médica, a visita domiciliar, as discussões sistemáticas de casos nas reuniões de equipe e o grupo terapêutico com usuários e familiares^(78,79).

Nesse estudo, é interessante destacar que, na etapa de devolução da análise prévia das informações coletadas aos sujeitos entrevistados, como previsto no método de pesquisa utilizado, identificou-se, em um primeiro momento, perplexidade das equipes no reconhecimento das tecnologias leves, especialmente a escuta e o acolhimento, como ações fundamentais para a atenção em saúde mental na ESF^(78,79).

Essa perplexidade pode ser atribuída ao fato de que, frequentemente, os profissionais de saúde estão habituados a executar procedimentos técnicos para intervir nas situações de adoecimento em que não raramente se obtém uma resposta em curto prazo. Por exemplo, medir uma pressão arterial, que em situações de hipertensão pode-se diminuir, em poucos minutos, o valor pressórico; ou mesmo em situações de febre, em que se pode baixar a temperatura em pouco tempo. Assim, a *sensação* de resolutividade se dá quase que imediatamente à realização da intervenção.

Os aspectos citados acima são ilustrativos de uma situação em que determinadas condições relacionadas aos aspectos biológicos fogem da normalidade, sendo assim *manipulados* pelos profissionais. Contudo, quando se trata da dimensão subjetiva, penso que os profissionais de saúde, muitas vezes, têm dificuldade em reconhecer que continuamente lançam mão de estratégias para se relacionar com os usuários, sem se dar conta que tais estratégias repercutem na saúde destes.

Nesse sentido, um estudo descritivo-exploratório sobre a visão de profissionais da atenção básica acerca das práticas em saúde mental buscou

analisar as ferramentas (estratégias) utilizadas pelos profissionais médicos e enfermeiros da atenção básica de centros de saúde^j de uma região da Finlândia⁽⁸⁰⁾.

Frente aos achados, as ferramentas de saúde mental na atenção básica foram organizadas em cinco categorias: a) *Colaborativas* (dizem respeito ao compartilhamento de ideias nas consultas e o trabalho orientado para a família); b) *Ideológicas* (tratam do trabalho orientado para o usuário, a sua aceitação e tolerância pelos profissionais, a honestidade e autenticidade destes com os usuários e em estabelecer uma relação que transmita segurança para o usuário); c) *Comunicativas/Interativas* (consiste no encontro individual, na escuta atenta e na observação do usuário e de suas condições de vida, bem como o toque e a utilização do senso de humor, a intuição e a criatividade); d) *Técnicas* (seu uso requer equipamentos médicos para o monitoramento da saúde e do tratamento do usuário); e) *Próprio profissional* (pois ele é ao mesmo tempo *uma pessoa* – indivíduo, singular, com valores e atitudes próprios – e *um cuidador* – profissional de saúde)⁽⁸⁰⁾.

As ferramentas interativas e o próprio profissional são as ferramentas centrais do cuidado em saúde mental na atenção básica. A partir disso, pode-se dizer que os profissionais são o recurso mais importante nos cuidados em saúde mental, sendo reconhecidos como *meta-ferramentas*, porque, mediante conhecimentos, habilidades, valores e atitudes, eles decidem qual, como e quando utilizar as outras ferramentas – colaborativas, ideológicas, interativas e técnicas⁽⁸⁰⁾.

Dessa maneira, torna-se importante aos profissionais de saúde da atenção básica reconhecer as interações humanas como oportunidades de implementação de tecnologias relacionais no âmbito da saúde enquanto um cuidado em saúde mental, pois nessas interações é possível emergir o respeito, a solidariedade e a implicação dos profissionais com os usuários e seus familiares. Assim, a utilização das tecnologias leves e/ou “ferramentas comunicativas/ interativas”, bem como o “próprio profissional” são elementares para o trabalho em saúde mental na atenção básica.

Os encontros entre profissionais e usuários, por meio de uma relação *face a face*, permitem uma maior aproximação da dimensão existencial das pessoas cuidadas, mediante uma interação social em diferentes espaços sociais como o

^j Os estabelecimentos de saúde desse estudo referem-se a um modelo de atenção primária à saúde distinto do modelo brasileiro, todavia os seus resultados contribuem para a discussão desta tese.

serviço, o domicílio e a comunidade, possibilitando o desvelamento de suas necessidades específicas, o maior envolvimento de todos os sujeitos e a construção de projetos terapêuticos mais efetivos. As tecnologias leves dão voz ao usuário dos serviços de saúde, sendo, portanto, ações estratégicas para o cuidado no território e preponderantes para intervenção no campo da saúde mental^(78,79).

Um estudo etnográfico realizado em Salvador/BA buscou compreender como os profissionais de saúde da ESF interpretam o sofrimento mental, planejam suas ações e intervêm no contexto da ESF. Dentre os resultados, destacou-se que, embora as ações sejam escassas neste cenário, muitos relatos foram descritos apontando seus limites, mesmo que, em algumas situações, elas tenham sido bem-sucedidas⁽⁸¹⁾.

Desse modo, a ênfase das ações de saúde mental voltadas para os usuários eram baseadas fundamentalmente em concepções retrógradas ao modo de atenção psicossocial. Essas ações eram excessivamente normatizadoras e apoiadas no modelo biomédico hospitalocêntrico (medicamentação, normatividades dos comportamentos, na expectativa de comportamentos agressivos e na internação como horizonte terapêutico); de cunho discriminatório (recusa de tratamento físico); e de caráter moralista-repressivo (sentimentos de impaciência e temor, e atitudes moralizantes e repressivas)⁽⁸¹⁾.

Esses achados não diferem de vários estudos até aqui levantados, no entanto vale ressaltar o desejo dos profissionais pela qualificação no trabalho, devido tanto ao sentimento de descumprimento da ética do cuidar desses usuários (por não saber fazer) quanto à angústia provocada pelas situações humanamente e afetivamente exigentes, como frequentemente se encontra na história de vida dos usuários e de seus familiares⁽⁸¹⁾.

Frente a essas situações, muitos profissionais da atenção básica sentem-se despreparados para lidar com os usuários, gerando sentimentos de impotência e frustração^(71,81), incapacidade técnica de intervenção⁽⁶²⁾, insegurança⁽⁸²⁾, medo de agressão⁽⁷⁵⁾, fazendo com que os usuários em sofrimento mais intenso sejam tratados de maneira diferente dos demais⁽⁷¹⁾.

Uma queixa recorrente dos profissionais da ESF refere-se à falta de capacitação e treinamento sobre as ações de saúde mental no contexto da atenção básica^(66,73,77,81,82). Entretanto é válido alertar que os profissionais da ESF criticam os

cursos rápidos de capacitação em saúde mental oferecidos para as equipes, pois, na prática, não os preparam para lidar com situações que envolvem o usuário⁽⁸¹⁾.

É importante destacar que a formatação da qualificação de profissionais que estejam atuando em serviços deve superar os modelos tradicionais de *treinamento* e *capacitação*, por uma lógica em que os conhecimentos sejam produzidos cotidianamente nos serviços, mediante a participação da equipe do próprio serviço e de outros profissionais especializados.

Outro aspecto relevante, nesta discussão, diz respeito ao conteúdo da educação em serviço, pois, corre-se o risco de reproduzir o modo manicomial (psiquiátrico) na produção de cuidado em saúde mental no território. De fato, o que se busca é a superação desse modelo, em prol do investimento na produção de cuidados efetivamente de saúde mental.

O enfoque das capacitações em saúde mental na ESF deve buscar desenvolver competências profissionais para abordagem de situações complexas⁽⁷⁰⁾. Assim, o conteúdo da qualificação profissional no campo da saúde mental deve pautar-se nos pressupostos do paradigma da atenção psicossocial.

Proporcionar espaços de discussão e educação em serviço é, indubitavelmente, uma estratégia de sensibilização e de qualificação dos profissionais para lidarem com situações adversas, bem como enfrentarem o sofrimento dos usuários e de seus familiares. Além disso, tais discussões poderiam servir como espaço de promoção de saúde mental do próprio trabalhador. Esses encontros ainda permitiriam, aos profissionais, a problematização de suas ações e de seus contextos de trabalho, com o intuito de potencializar continuamente sua reinvenção.

A seguir apresento alguns estudos que analisam concepções e práticas de profissionais da ESF em relação às ações de saúde mental. Estes estudos são importantes para delinear alguns aspectos que orientam as ações voltadas para a saúde mental.

Um estudo descritivo sobre as práticas do médico e do enfermeiro da ESF quanto à atenção em saúde mental, realizado em Caucaia/CE, revelou que a lógica de trabalho desses profissionais estava pautada no modelo biomédico (curativista e assistencialista) e orientada pelas ações programáticas do Ministério da Saúde⁽⁸²⁾.

Dessa maneira, as ações de saúde mental dos referidos profissionais eram desestruturadas e assistemáticas, levando-os a agir intuitivamente e de maneira

eventual. Quando realizadas, essas ações eram guiadas pelas práticas da psiquiatria tradicional, sendo mais utilizados a medicalização (consulta clínica e prescrição de medicamentos) e o encaminhamento para outros serviços⁽⁸²⁾. A falta de planejamento das ações de saúde mental na atenção básica prejudica a construção de um cuidado integral para o usuário, ainda mais quando este é reconhecido pelos profissionais como um ser estranho e desestabilizador da rotina assistencial do serviço⁽⁶⁹⁾.

É importante observar que nesse estudo os médicos e os enfermeiros da ESF desconsideram a complexidade da assistência em saúde mental proposta pela reforma psiquiátrica, já absorvida em muitos aspectos pela legislação vigente, pois suas práticas estão pautadas na ideologia do modelo psiquiátrico tradicional (modelo manicomial). Essas concepções restringem o potencial dos profissionais em atuar na perspectiva da atenção psicossocial que, conseqüentemente, vem corroborando para a sustentação de práticas psiquiátricas no território, sabidamente limitadas e limitadoras.

Alguns estudos tratam da visão de enfermeiros da ESF sobre as ações de saúde mental desenvolvidas pela equipe da ESF. Uma pesquisa sobre as concepções de enfermeiros da ESF acerca do processo de trabalho em enfermagem, realizada em Cabedelo/PB, destaca em sua discussão alguns aspectos relacionados às ações de saúde mental nesse contexto. Assim, por meio do referencial do materialismo histórico-dialético, em relação às ações de saúde mental na ESF, os enfermeiros consideram como *objeto de trabalho* a doença mental (frequentemente relacionada à periculosidade), os saberes da psiquiatria tradicional como *instrumentos* (consulta médica, prescrição de medicamentos e a visita domiciliar realizada pelos enfermeiros) e a busca pela cura da doença mental como *finalidade*⁽⁸³⁾.

Ao analisar os limites e as possibilidades de implementação de ações de saúde mental nos serviços da rede básica de saúde nesse mesmo município, a partir do processo de trabalho dos enfermeiros da ESF, outro estudo (também utilizando a perspectiva do materialismo histórico-dialético) evidenciou que as dificuldades desses enfermeiros para atuar na saúde mental estão relacionadas à confusão entre os conceitos de *saúde mental* e *doença mental*, levando-os a referir-se à assistência em saúde mental como sinônimo de assistência psiquiátrica⁽⁸⁴⁾.

Embora os enfermeiros descrevam ações de saúde mental quando falam de seus trabalhos, contraditoriamente afirmam não desenvolvê-las, porque não as reconhecem como ações de saúde mental. A escuta, a visita domiciliar e a *conversa* sobre temas de violência, alcoolismo e outras drogas são exemplos de suas práticas⁽⁸⁴⁾.

Um estudo descritivo exploratório, sobre as ações de saúde mental de 134 enfermeiros na ESF de Teresina/PI, revelou que esses profissionais reconhecem a existência de uma população, em sua área de abrangência, com necessidade de atendimento em saúde mental, porém relatam que comumente não exercem atividades específicas voltadas para esse campo de conhecimento. Sendo assim, quando realizadas, as ações em saúde mental voltadas para os usuários em sofrimento psíquico são isoladas e desarticuladas, limitando-se a encaminhamentos, atendimentos individuais (geralmente pelo médico), acompanhamento de casos e administração de medicamentos⁽⁸⁵⁾.

De maneira geral, os enfermeiros relataram que as equipes da ESF desenvolvem ações “gerais” e “específicas” de saúde mental para a população atendida. Assim, enquanto ações gerais foram destacadas: visita domiciliar, consulta, encaminhamento, entrega de medicações, atividades lúdicas e físicas, orientações, grupos e palestras, acolhimento/apoio e aconselhamento. Por outro lado, como ações específicas de saúde mental eles destacaram o atendimento ambulatorial, a terapia comunitária e o levantamento de casos⁽⁸⁵⁾.

Optei por listar as ações citadas pelos enfermeiros em ordem decrescente de frequência para permitir observar a amplitude e a ênfase atribuída a ações que são desenvolvidas e reconhecidas como de saúde mental. Assim, pode-se observar que as ações tradicionais do modelo clínico biomédico são mais frequentes (consulta, visita domiciliar, encaminhamentos, medicação, atendimento ambulatorial) em relação às ações coletivas e àquelas que demandam maior envolvimento entre profissionais e usuários (acolhimento/apoio e aconselhamento).

Os achados relacionados aos enfermeiros da ESF, descritos anteriormente, demonstram a hegemonia do modelo clínico biomédico na orientação das ações de saúde mental das equipes e dos enfermeiros da ESF. Quando realizadas, tais ações se pautam numa concepção de que a saúde mental e a doença mental são o mesmo objeto, o que leva conseqüentemente ao entendimento de que ações de saúde mental são o mesmo que ações de assistência psiquiátrica.

A atitude redutora do paradigma biomédico ignora muitas vezes os determinantes sociais e culturais envolvidos no sofrimento das pessoas, fazendo com que os profissionais de saúde tenham uma perspectiva objetiva do sofrimento humano, desvalorizando a tradução subjetiva pelo sujeito. Dessa maneira, o paradigma biomédico mostra-se insuficiente para responder à complexidade exigida pelo campo da saúde mental⁽⁸⁶⁾.

A dicotomia mente-corpo ainda está muito presente no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. Isso, algumas vezes, leva ao não reconhecimento de determinadas ações, incorporadas pela ESF, como promotoras de saúde/saúde mental das pessoas. Assim, observa-se que os efeitos dessas ações, como a escuta e a participação em conversas e grupos de encontro, produzem a saúde das/nas pessoas.

Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades em delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites⁽²⁾. Delimitar precisamente o que seja *saúde mental* não é tarefa simples. Entendê-la como um objeto cristalizado e igual para todos parece não atender à complexidade da vida humana.

Por analogia, pode-se pensar que definir *saúde* também estaria nessa mesma discussão, na medida em que, para o sujeito se perceber *saudável* ou *não saudável*, remeteria essencialmente ao componente subjetivo. Afinal, independentemente de um dado diagnóstico (médico, psicológico, de enfermagem), a maneira de subjetivar (significar) as experiências vividas é única, singular. Frente a isso, atribuir significados a *ter* saúde/saúde mental e *estar com* saúde/saúde mental passa necessariamente pela subjetividade do sujeito.

A saúde mental é um campo de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde que não se baseia em um tipo único de conhecimento e nem é exercida por apenas um profissional, como pretende a psiquiatria, por exemplo. Portanto a saúde mental é um campo “polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas”⁽²⁾.

Com o paradigma da Atenção Psicossocial, a reforma psiquiátrica brasileira busca alcançar no campo da saúde mental, sobretudo, a inclusão social e a

cidadania das pessoas, principalmente daquelas que foram isoladas em hospitais psiquiátricos, excluídas, por longo período, do convívio familiar e da comunidade.

Penso que as ações de saúde mental não são *ações em si*. O que vai determinar se elas estão relacionadas a esse campo são os significados e os sentidos atribuídos a elas pelos atores de sua ação, bem como os efeitos pretendidos. Assim, a dimensão subjetiva de quem age é importante para essa determinação.

A concepção de que *ações de saúde mental* seja sinônimo de *ações psiquiátricas* é muito comum. A relação entre *doença mental* e *saúde mental* parece indissociável entre os entrevistados de muitos estudos. Essa indissociabilidade entre os termos dificulta a construção de maneiras mais criativas de atenção em saúde mental, potencialmente produtoras de subjetividade, inclusão social, cidadania e vida.

No entanto reconhece-se que ações típicas da psiquiatria podem transformar-se em ações de saúde mental, e vice-versa. As ações voltadas para a saúde mental na comunidade devem voltar-se para a saúde da comunidade (prevenção e promoção da saúde) e o atendimento do sujeito doente (intervenção sobre a doença)⁽¹⁵⁾.

Nessa perspectiva, as ações que caracterizam a saúde mental comunitária incluem ações dirigidas a indivíduos (curar, promover a melhora, evitar recaídas – promover fatores de proteção e governar fatores de risco), a grupos e à comunidade (prevenção da doença e promoção da saúde – identificação de grupos vulneráveis) e às instituições (humanização das práticas de saúde com envolvimento de todos os sujeitos sociais)⁽¹⁵⁾.

Problematizar as concepções e as práticas de saúde realizadas no cotidiano das equipes da ESF é um importante meio para transformar o trabalho desses profissionais, pois tal exercício autorreflexivo, individual e coletivo poderia agregar novos significados às concepções e práticas de saúde, bem como poderia *ressignificá-las*.

Um estudo sobre as representações sociais de ACS sobre o transtorno mental, realizado em um município no interior de São Paulo, revelou que essas representações estão ancoradas, principalmente, em concepções e práticas tradicionais da psiquiatria. Assim, os ACS situam as representações sociais dos transtornos mentais como imutáveis e socialmente excludentes, como loucura ou

estado continuamente irracional, como incapacidade e impossibilidade de autonomia e como sinônimo de deficiência mental. Essas representações dificultam o processo de transformação da assistência, na medida em que não consideram as potencialidades do usuário, eliminando, dessa maneira, qualquer possibilidade de prática reabilitadora⁽⁸⁷⁾.

Todavia, uma das representações voltou-se para o reconhecimento do transtorno mental como *intenso sofrimento psíquico*, o que dá visibilidade ao estado subjetivo do usuário, abrindo possibilidades de ações de uma assistência solidária, pautada na compreensão e na criação de vínculos afetivos⁽⁸⁷⁾.

Um estudo sobre os saberes e as práticas de ACS acerca do campo da saúde mental em Sobral/CE identificou que eles atuam mediante síntese produzida entre o saber científico e o saber popular. O ponto de interseção entre esses saberes tem possibilitado a construção dialética de importantes estratégias de saúde mental no território, transformando-os em atores sociais fundamentais no processo de reorientação da atenção em saúde mental no contexto estudado⁽⁸⁸⁾.

Apesar de algumas ações dos ACS estarem centradas na doença (agendamento de consultas clínicas e orientação sobre medicação), eles consideram importante a participação de usuários e familiares em grupos de convivência social, procuram estabelecer uma relação de proximidade com os usuários mediante visita domiciliar e uma relação dialógica (escuta e fala). Essa proximidade tem permitido a construção de vínculo, configurada numa relação de confiança mútua⁽⁸⁸⁾.

Os ACS são importantes para a consolidação da ESF, pois, entre outras atribuições, têm a responsabilidade de propiciar a criação de vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade. Além disso, vale ressaltar que os ACS devem residir obrigatoriamente na comunidade onde a equipe da ESF atua, o que favorece a construção do elo entre serviço e comunidade, bem como permite aprofundar a compreensão de aspectos culturais relacionados ao processo saúde-doença.

Por pertencerem ao bairro e pela natureza de seu trabalho, os ACS são profissionais que estão mais próximos da população, porém estabelecem uma relação ambígua com a comunidade: ora se sentem valorizados (por estarem zelando pela saúde da comunidade e por servirem como referência para as pessoas), ora reclamam por não serem escutados e acolhidos por algumas famílias, como gostariam⁽⁷¹⁾.

Os ACS destacam-se no campo da saúde mental pela habilidade em identificar os sujeitos e por conhecerem mais de perto os casos de sofrimento psíquico, embora não tenham dado solução adequada. Eles conhecem, ainda, as famílias dos usuários e tentam lidar de modo mais contínuo com esses casos, talvez por residirem no bairro⁽⁸¹⁾ e frequentemente serem inquiridos sobre a resolução das situações.

Esses tensionamentos levam os ACS a agir de maneira intuitiva, muitas vezes movidos pela sensibilidade e pela solidariedade em contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, sendo, na geralmente, desprovidos de uma orientação formal e explícita sobre como lidar com as pessoas de sua comunidade que estão em sofrimento psíquico.

Os ACS, de maneira empírica, intervêm precocemente e são forçados a tomar decisões que envolvem a solicitação de ajuda aos profissionais da equipe, o acompanhamento à internação e o contato com os familiares⁽⁶¹⁾. Além disso, os ACS têm utilizado, em certa medida, as relações interpessoais para guiar as ações de saúde mental, caracterizadas pela aproximação dos usuários, a percepção da singularidade do processo saúde-doença e a disposição em ajudar. Essas ações têm servido paulatinamente para a superação de práticas medicalizantes⁽⁷⁰⁾.

Embora os ACS venham agindo *empiricamente*, cabe ressaltar que esses profissionais, na maioria das vezes, são os que têm menos tempo de estudo em relação ao resto da equipe da ESF. Isso não tem impedido, necessariamente, alguns deles de agirem intencionalmente na promoção da saúde mental das pessoas, mesmo que essas ações não tenham sido pautadas em um conhecimento científico explícito.

O importante dessa discussão é que, mesmo sem um suporte teórico, os ACS agem intencionalmente. Portanto explorar os significados dessas ações seria relevante para refletirmos sobre as intenções e as motivações despertadas no agir social desses profissionais. Essa reflexão estende-se aos outros profissionais da ESF, uma vez que eles também agem movidos por determinados interesses e intenções em alcançar certo objetivo, neste caso, na atenção em saúde mental da população.

Por outro lado, as perspectivas de usuários e familiares têm sido pouco exploradas nos estudos sobre as ações de saúde mental na atenção básica e na ESF, o que se reflete na pequena produção aqui levantada. Assim, seguem alguns

estudos selecionados para discussão, em que foram consideradas e discutidas as perspectivas desses importantes atores sociais – usuários e familiares.

Um estudo descritivo sobre o cuidado prestado por uma equipe da ESF para usuários em Maceió/AL entrevistou usuários, familiares e a equipe da ESF. Em relação à perspectiva da equipe, pode-se considerar que: a dinâmica assistencial é individual, passiva, pouco criativa, centrada na internação psiquiátrica e na medicalização dos sintomas (uso indiscriminado de medicação psicotrópica); a internação psiquiátrica é reforçada pela insuficiente rede de atenção em saúde mental; falta comunicação entre equipe da ESF e os profissionais dos serviços de referência⁽⁸⁹⁾.

Esses achados não diferem dos outros estudos discutidos anteriormente, mas um aspecto relevante nesta equipe diz respeito aos ACS, pois são os únicos que visitam as famílias no domicílio e têm uma postura diferente do restante da equipe, por serem mais cordiais, compreensivos e afetuosos⁽⁸⁹⁾.

Essas características atribuídas aos ACS servem de canal de produção de práticas de saúde mental no território, pois permitem a eles estarem mais abertos ao relacionamento social com as pessoas da comunidade. Isso reforça a relevância desses profissionais para a realização de práticas em saúde mental, em que o território geográfico da comunidade é descoberto e conhecido, principalmente pelas visitas domiciliares e, acima de tudo, pelo desvelamento do território existencial das pessoas mediante a interação *face a face* com as pessoas, quando emergem dessa relação o respeito, a honestidade, a implicação e o interesse pelo usuário e por seus familiares.

É importante destacar outro aspecto encontrado nesse estudo, o qual se refere à exclusividade dos ACS na realização de visita domiciliar. Essa atividade é uma atribuição obrigatória a todos os profissionais da equipe da ESF e serve, em grande medida, para conhecer em profundidade os elementos do contexto das pessoas que possam estar interferindo na sua situação de adoecimento e sofrimento. Assim, a visita domiciliar, realizada pelos outros profissionais da ESF, permite ampliar a apreensão das necessidades das pessoas, em detrimento do atendimento apenas das demandas que chegam ao serviço.

Em relação à perspectiva dos usuários, esse estudo permitiu considerar que: suas histórias de vida favorecem as rupturas na vida psíquica (quebra de vínculos afetivos, abandono na infância e violência familiar); a dificuldade de a família prover

sustento associada ao adoecimento psíquico de um familiar aumenta as dificuldades e o sofrimento de toda família; a falta de independência financeira e o desemprego aumentam ainda mais esse sofrimento⁽⁸⁹⁾.

Em relação aos familiares, observou-se que: a internação psiquiátrica é um recurso muito utilizado para proteger o usuário, para aliviar a sobrecarga de sofrimento da família no cuidado dele, ou ainda como medida de punição pela ocorrência de alguma situação indesejada; o uso de medicação assume uma importância que supera a necessidade de outra forma de cuidado à saúde; as formas de enfrentamento da família configuram-se na violência, no abandono e na aposentadoria em relação ao seu familiar usuário. Além dessas formas de enfrentamento, os familiares apontaram outras maneiras de lidar com os problemas, tais como: amor, amizade, religião, entretenimento (lazer), diálogo (compartilhar sentimentos e ideias com outras pessoas), ficar na companhia de amigos e familiares, ser útil a alguém ou em alguma coisa⁽⁸⁹⁾.

Esses achados mostram que o contexto social tem importante relevância para a potencialização do sofrimento das pessoas, seja este sofrimento social ou mental. Há momentos em que esses sofrimentos são indissociáveis, na medida em que ambos parecem ser ao mesmo tempo causa e consequência um do outro. De qualquer maneira, um dado interessante mostra que o grupo dos familiares recorre a diferentes estratégias para enfrentar o sofrimento advindo da situação de conviver com ele.

Essas estratégias extrapolam os limites da intervenção tradicional dos serviços de saúde, levando-nos a pensar nelas enquanto possíveis recursos que ampliam as perspectivas de atuação dos profissionais de saúde junto às pessoas. Combinar essas estratégias às dos profissionais poderia expandir os benefícios para os sujeitos, desde que a vida social das pessoas não seja *medicalizada*, *psicologizada* ou mesmo *psiquiatrizada*.

Em essência, o que se pretende é proporcionar espaços de encontros entre os profissionais de saúde e as pessoas da comunidade – usuários e familiares – que façam sentido para todos os envolvidos, e que desses encontros se produza saúde.

Em síntese, no estudo descrito anteriormente, os profissionais da ESF e os familiares têm reproduzido a lógica da internação psiquiátrica, reforçada pela insuficiência e pela ineficácia do sistema público local de atenção em saúde mental. Isso permite considerar que a equipe da ESF não tem alcançado mudanças na

lógica da atenção centrada no modelo biomédico, mantendo-se distante de um cuidado pautado nos princípios da reforma sanitária e psiquiátrica⁽⁸⁹⁾. Por sua vez, os usuários quase não têm tido espaço para manifestar seus desejos em relação ao tipo de relação que gostariam de ter com os profissionais e com os serviços de saúde da comunidade, especialmente com a ESF.

Embora a perspectiva de familiares e usuários tenha sido discutida, falta ainda problematizar junto a esses sujeitos suas expectativas e seus interesses em relação ao trabalho da equipe da ESF. A partir da manifestação de desejos e expectativas, as equipes poderiam adequar suas práticas com o intuito de construir um cuidado voltado para as necessidades dos usuários e familiares, sem perder de vista a dimensão singular de cada sujeito.

Um estudo sobre as representações sociais de usuários e familiares sobre a saúde mental na ESF em uma unidade de saúde de Fortaleza/CE entrevistou 58 sujeitos (sendo 30 usuários e 28 familiares). As representações sociais dos familiares, em relação à *saúde mental*, revelaram uma concepção de saúde como ausência de doença e a *promoção da saúde mental* como uma vigilância à saúde, na medida em que as famílias são atendidas e recebem tratamento clínico da equipe, além de considerar o aspecto afetivo e o reconhecimento da escuta e do acolhimento oferecidos aos usuários⁽⁹⁰⁾.

Por sua vez, as representações sociais dos usuários em relação à *saúde mental* remetem a um desequilíbrio do estado mental e à falta de qualidade de vida. A *promoção da saúde mental* foi representada pela solução dos problemas de saúde da população mediante intervenção médica e valorização do contexto hospitalar, os quais buscam proporcionar o bem-estar individual e coletivo da comunidade⁽⁹⁰⁾.

Ambas as representações sociais encontram-se impregnadas de elementos do modelo biomédico tradicional, em que o profissional médico se mostra como único responsável pela atenção à saúde das pessoas e como detentor das respostas aos seus anseios. Além disso, usuários e familiares trazem enquanto representação social o reconhecimento do hospital como lugar privilegiado para solucionar os problemas de saúde da população. Assim, observa-se uma forte reprodução do modelo biomédico na atenção em saúde mental das pessoas atendidas na ESF.

Essas representações reforçam a falta de autonomia de usuários e familiares diante dos profissionais de saúde e da definição de suas próprias necessidades de

saúde, uma vez que dependem de atendimento especializado para alcançar um estado saudável⁽⁹⁰⁾. No entanto uma das representações sociais dos familiares revela a relação interpessoal como um importante mediador da promoção de saúde mental, representado por eles enquanto um componente afetivo, de escuta e acolhimento realizado pela equipe da ESF. Esse achado reforça a importância da relação *face a face* – de proximidade, diálogo e reconhecimento da singularidade – como uma potente estratégia de cuidado e promoção de saúde mental na ESF.

Outro dado que merece destaque, nesse estudo, diz respeito à importância atribuída à *família* para a promoção da saúde dos usuários, uma vez que comporta um conjunto de valores, crenças, sentimentos, conhecimentos e práticas que servem como referência para nortear as ações dos sujeitos⁽⁹⁰⁾. Essa constatação explicita a relevância da ESF em considerar a família, e não simplesmente o indivíduo, como unidade de cuidado.

Dessa forma, a dimensão subjetiva e o contexto cultural das pessoas são elementos que não estão descolados da maneira como elas significam suas vivências e optam em agir, de uma ou de outra maneira, no mundo social. Compreender as motivações e os interesses que levam os usuários e seus familiares a escolherem agir de uma determinada maneira, frente às ações de saúde oferecidas pela ESF, poderia revelar alguns aspectos implícitos à ação externa das pessoas – por exemplo, aderir ou não ao tratamento medicamentoso; consultar com o médico ou com o enfermeiro da USF; consultar com outro profissional ou psiquiatra fora da comunidade; ou ainda buscar respostas na religiosidade, em seitas, entre outras ações.

Desvelar os motivos que impulsionam as ações de usuários e familiares em relação ao atendimento na ESF poderia responder a algumas dessas inquietações, além de servir de objeto de reflexão de profissionais e gestores em saúde para construir ações concretas para consolidar um cuidado em saúde mental no território.

Um estudo descrito com 148 sujeitos (enfermeiros, ACS, usuários e familiares), utilizando a *Escala de Opinião sobre a Atenção à Saúde Mental*, visou a conhecer a atenção em saúde mental desenvolvida no município de Maringá/PR. Entre outros achados, permitiu destacar que os ACS não se sentem preparados para orientar sobre medicações psicotrópicas, enquanto os enfermeiros relatam cumprir parcialmente esse papel; porém os usuários não se sentem devidamente orientados pelos profissionais da ESF⁽⁹¹⁾.

Da mesma maneira, embora os enfermeiros e os ACS tenham mencionado que realizam orientações gerais aos familiares, estes relatam que não se sentem devidamente orientados⁽⁹¹⁾. Isso mostra a necessidade de se intensificar, quantitativamente e qualitativamente, as orientações pela equipe.

Um dado preocupante está relacionado aos enfermeiros, pois a maioria não considera importante outros dispositivos de atenção em saúde mental (CAPS, hospital-dia, ambulatório, hospital geral) que não sejam as internações em hospitais psiquiátricos. Além disso, os enfermeiros não têm observado diminuição no número de internações dos usuários, contudo, tanto estes quanto os familiares referem diminuição do número de internações⁽⁹¹⁾; um dado que parece revelar que os enfermeiros desconhecem essa clientela.

Há um descompasso nas informações entre o grupo de enfermeiros e o grupo de usuários e de familiares, pois o que é feito e percebido pelos profissionais tem repercutido de maneira distinta pelos atendidos. Assim, o que se intenciona com as ações profissionais parece não atender ao objetivo proposto – cuidado em saúde. Por outro lado, as expectativas de usuários e familiares parecem não ser atendidas, na medida em que eles não se sentem devidamente orientados.

O embate entre essas percepções – de um lado, os profissionais e, de outro, os usuários e familiares – revela o quanto é oportuno refletir sobre as possíveis convergências e divergências entre as perspectivas analisadas. Embora essa comparação não tenha sido o objetivo do estudo descrito anteriormente, ele nos permite observar mais divergências do que convergências nos resultados expostos. Dessa maneira, realizar estudos que evidenciem esses aspectos poderia contribuir para a compreensão aprofundada das perspectivas de usuários, familiares e profissionais de saúde.

Em um estudo avaliativo com utilização de análise de estrutura, processo e resultado acerca da integralidade do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico de uma equipe da ESF de Chapecó/SC, foi possível perceber que os usuários realizam permanentemente avaliação do serviço, emitindo juízo de valor (bom ou ruim) ao discutir sobre as condições de ofertas da atenção em saúde e ao apontar potencialidades e limites do serviço. No entanto os achados desse estudo mostraram que alguns usuários projetam que a atenção em saúde na ESF deva ser especializada, caracterizada pela supervalorização da consulta médica, da prescrição de medicamento e da solicitação de exames. Essa projeção dos usuários

limita a ação da equipe da ESF em relação à saúde mental, dificultando a busca da integralidade⁽⁹²⁾.

Cabe ressaltar que esta *projeção* dos usuários reflete a maneira com que, costumeiramente, os profissionais de saúde vêm operando suas práticas, ainda muito pautadas pelo modelo tradicional de assistência à saúde (biomédico, organicista, hospitalocêntrico, curativista, com excesso do uso de procedimentos diagnósticos e de medicações). Assim, observa-se que a dimensão subjetiva do usuário é frequentemente desconsiderada no processo de compreensão da sua situação de saúde, bem como o seu contexto social.

Um estudo sobre os itinerários de usuários de um município do norte do estado do Rio Grande do Sul, por meio do referencial da Cartografia de Magnani, identificou duas modalidades de cartografias percorridas – a das instituições de saúde e a do bairro⁽⁹³⁾. A primeira mostra-se limitada, em que sobressai o hospital como lugar do “fantasma da doença”, da pouca personalização e das incapacidades. Um espaço dotado de rotinas e protocolos, que torna o sujeito *paciente*, passivo e despojado dos seus direitos e investimentos simbólicos. Por outro lado, a segunda cartografia, a do bairro (espaço doméstico e a rua), revelou que, apesar das dificuldades, os sujeitos mantêm relações sociais importantes e encontram saídas mais flexíveis para seus problemas e limitações. Embora tenha regras, a rua permite o exercício da liberdade, da negociação, da convivência, pautando-se mais pela vida do cidadão, na medida em que eles constroem pontos de apoio, desenvolvem sociabilidade, trabalho, negociações e o exercício dos direitos⁽⁹³⁾.

Embora esse estudo não tenha sido realizado com equipes da ESF, um achado marcante traz que cada serviço de saúde contribui, à sua maneira, para que o sujeito chegue ao atendimento nas situações de extrema gravidade, tendo o hospital psiquiátrico como destino. Em outras palavras, pode-se dizer que, na medida em que os serviços de saúde restringem o acesso, não trabalham sua base territorial, desconhecem as pessoas e os problemas de saúde de sua região e não pensam projetos articulados, estão reiterando o sofrimento e a exclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico⁽⁹³⁾.

Esses aspectos promotores da manutenção de sofrimento e exclusão dos usuários foram identificados em vários estudos relatados neste tópico. Contudo é importante demarcar que todos esses aspectos são elementos que o próprio modelo da ESF busca superar, ou seja, garantir a universalidade de acesso, proporcionar

cuidados de saúde às pessoas residentes na área adscrita do serviço, criar vínculos com a população e estabelecer relações com outros setores da sociedade para promover a saúde das pessoas. Enfim, operar sobre a realidade social considerando os princípios e as diretrizes do SUS.

Outro aspecto interessante revelado no estudo citado diz que, em liberdade, ainda que sejam reconhecidos em suas diferenças, os usuários preservam seus desejos e criam possibilidades de viver à sua maneira, mostrando que, mesmo em presença do sofrimento, a produção de novos mapas existenciais é sempre plausível⁽⁹³⁾. Esse achado revela que o sofrimento psíquico dos sujeitos faz parte da história de vida de cada um, e não é propriamente a sua história da vida, porque desejos, projetos e expectativas não se anulam frente ao sofrimento. Portanto é necessário que os serviços e os profissionais da ESF aprimorem a capacidade de escutar os usuários e considerem suas falas na tomada de decisão⁽⁹²⁾, para que haja um planejamento das ações de maneira que o usuário esteja de fato implicado no processo de produção de saúde.

Por fim, vale destacar que a captação dos desejos e das necessidades de usuários e familiares é propiciada em sua maioria por ações de acolhimento, escuta e vínculo^(78,79), ou seja, o encontro *face a face* – a relação intersubjetiva e dialógica – é estratégia essencial para a apreensão e a compreensão dos interesses e das expectativas das pessoas.

Os estudos destacados nesta sessão revelam, em diferentes proporções, a tensão entre o modelo biomédico e o modelo de atenção psicossocial no campo da saúde mental no território. Essa constatação emerge de diversos estudos realizados em diferentes municípios do país, revelando fatores facilitadores, favorecedores e, sobretudo, desafiadores para a efetivação da atenção em saúde mental na atenção básica, principalmente na ESF.

A análise de estudos e experiências apresentados permitiu observar a preocupação dos pesquisadores sobre a inserção de ações de saúde mental na atenção básica e na ESF. Todavia fica evidente que essas pesquisas têm se voltado predominantemente para a análise da perspectiva de profissionais de saúde, o que revela a insuficiência de estudos que agreguem a perspectiva de outros sujeitos, tais como usuários, familiares, gestores e outros segmentos da população. Além disso, nesse levantamento, não observei estudos que utilizassem a epistemologia

compreensiva como referencial teórico-metodológico para o estudo de ações voltadas para a saúde mental na ESF.

Somados ao recente reconhecimento da importância da inserção de ações de saúde mental na atenção básica (e na ESF), os aspectos destacados anteriormente apontam para a necessidade de estudos para aprofundar os conhecimentos sobre essa temática, bem como de trabalhos que utilizem o referencial fenomenológico e que oportunizem diferentes sujeitos sociais a opinar sobre o tema.

Assim sendo, o referencial da fenomenologia social, proposto neste estudo, vem ao encontro da necessidade de suprir uma lacuna de produção de conhecimento acerca de ações voltadas para saúde mental na ESF, incluindo a perspectiva de importantes atores sociais – profissionais de saúde, ACS, usuários e familiares.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA FENOMENOLOGIA SOCIAL

O referencial teórico-metodológico, proposto para a sustentação teórica e científica desta tese, é o da fenomenologia social de Alfred Schutz (1899-1959). Insere-se no campo das teorias compreensivas, especificamente da sociologia compreensiva, a qual se caracteriza pelos princípios da filosofia alemã e pelo seu caráter antipositivista⁽⁹⁴⁾.

Enquanto sociólogo, Schutz utilizou-se dos conhecimentos da área da sociologia – com enfoque especial nos estudos da sociologia compreensiva de Max Weber (1864-1920) e também do referencial da fenomenologia de Edmund Husserl (1859-1938) – para desenvolver sua sociologia fenomenológica, ou fenomenologia social.

Max Weber foi quem estabeleceu as bases teórico-metodológicas da sociologia compreensiva no campo das ciências sociais. Schutz, por sua vez, foi reconhecido como o representante mais significativo do pensamento fenomenológico neste campo de conhecimento, pois ele deu consistência sociológica aos princípios filosóficos de Husserl, criando teoria e método para a abordagem da realidade social⁽⁹⁵⁾.

Assim, partindo dos pressupostos estabelecidos nos conceitos elementares da fenomenologia de Husserl e nos estudos da sociologia compreensiva de Max Weber, Schutz fundamentou a estrutura de uma fenomenologia social, também denominada sociologia fenomenológica, fenomenologia sociológica ou sociologia compreensiva de Alfred Schutz. Embora esse referencial tenha influências weberianas, é na filosofia de Husserl que a sociológica fenomenológica de Schutz busca fundamentação metodológica⁽⁹⁵⁾. Neste estudo, as terminologias referentes ao referencial de Alfred Schutz serão reportadas ao termo *fenomenologia social*. Sem a pretensão de esgotar a discussão, destaco em seguida alguns elementos do referencial de Weber e Husserl para a constituição da fenomenologia social.

Weber desenvolve em sua sociologia compreensiva as temáticas referentes ao caráter social da ação humana (ação individual e a interdependência dos indivíduos), à relação social (compartilhamento de objetivos entre sujeitos de uma interação social), aos sentidos da ação (como expressão da motivação individual), entre outros⁽⁹⁶⁾. Sua contribuição está na proposição de seu método compreensivo enquanto esforço interpretativo do passado e de sua repercussão nas características

peculiares das sociedades contemporâneas. Ele considera que a análise do social não se limita aos aspectos quantificáveis, pois sempre envolve uma questão de qualidade, interpretação, subjetividade e compreensão. Assim, em seus estudos, Weber combina a perspectiva histórica (respeitando as particularidades de cada sociedade) e sociológica (ressaltando os elementos mais gerais de cada fase do processo histórico)⁽⁹⁶⁾.

Os conceitos citados anteriormente foram importantes para o pensamento da fenomenologia social, contudo vale ressaltar que o conceito do *tipo ideal* foi outra contribuição de Weber para o referencial de Schutz⁽⁹⁵⁾, embora este delimite tal conceito de maneira peculiar, como veremos adiante, quando retomarmos a discussão sobre as tipificações e o tipo ideal em Schutz. De momento, é importante destacar que, em Weber, o tipo ideal trata-se de uma construção teórica abstrata a partir dos casos particulares analisados. Constitui-se de um trabalho teórico indutivo, com objetivo de sintetizar aquilo que é essencial na diversidade das manifestações da vida social, permitindo a identificação de exemplares (tipos) em diferentes tempos e lugares⁽⁹⁶⁾.

A intenção de Weber, ao propor o tipo ideal, é tornar as ciências sociais rigorosas e fidedignas, a partir de uma perspectiva diferente da abordagem positivista⁽⁹⁴⁾. No entanto é válido o alerta de que nenhum dos casos particulares analisados representará de forma perfeita e acabada o tipo ideal, mas manterá com ele grande semelhança e afinidade, permitindo comparações e a percepção de semelhanças e diferenças⁽⁹⁶⁾.

Além da influência de Weber, Schutz também utilizou o pensamento fenomenológico de Husserl. Entendo que a fenomenologia seja, mais do que um método de investigação científica, uma atitude ou modo de pesquisar, pois refere-se a um pensamento impreterivelmente filosófico diante dos eventos da vida mundana. Em outras palavras, isso significa que pensar por meio dessa vertente implica uma atitude fundamentalmente reflexiva, de profundidade filosófica.

A proposta de Husserl era construir uma disciplina psicológica de peso e estabelecer uma filosofia universal, capaz de atingir o início de todo pensamento filosófico, chegando onde todas as filosofias tradicionais começam⁽⁹⁷⁾, almejando, portanto, “voltar às coisas mesmas”, à raiz do pensamento humano (intencionalidade da consciência). Assim, a fenomenologia propõe mostrar como chegar à essência da

vivência da realidade por meio da descrição do fenômeno que a experiência nos oferece.

Na fenomenologia de Husserl, os conceitos de consciência, intencionalidade, atitude natural, redução fenomenológica, redução eidética e essência são elementares nesse referencial. Sendo assim, para ilustrar alguns de seus aspectos, sintetizei a principal ideia referente a cada um desses termos: consciência (ato de significação das coisas), intencionalidade (consciência dirigida para um objeto – é sempre “consciência de alguma coisa”), atitude natural (atitude ingênua, pré-filosófica), redução fenomenológica ou *epochè* (suspensão do juízo em relação à existência do mundo exterior, revelando apenas o mundo como se apresenta na consciência), redução eidética (descrição da estrutura do fenômeno, de sua essência) e essência (significação ou sentido que apreendemos de um ser)⁽⁹⁸⁻¹⁰⁰⁾.

Considerando a relevância de tais conceitos, Schutz apropria-se ainda dos conceitos husserlianos de intencionalidade, intersubjetividade e mundo vivido (*Lebenswelt*) para aplicá-los ao método sociológico compreensivo de modo sistemático. A partir disso, Schutz tinha por objetivo fundamentar filosoficamente as ciências sociais, procurando saber o que é a sociologia nela mesma. Buscava compreender o sentido das ciências sociais, voltando-se para sua fonte originária na vida da consciência⁽¹⁰¹⁾.

O conceito de intencionalidade de Schutz equivale ao sentido utilizado por Husserl, entretanto é o conceito de intersubjetividade que ocupa lugar central no desenvolvimento do pensamento de Schutz. Para ele, a intersubjetividade é uma categoria ontológica da existência humana, pois é algo já dado aos sujeitos que vivenciam o mundo da vida⁽¹⁰¹⁾. Tal intersubjetividade está evidenciada no pensamento de Schutz quando um *eu* reconhece a existência de outro *eu* como semelhante; ambos dotados de consciência similar. Nessa condição, o *eu* percebe que tanto ele quanto o outro fazem parte de um mundo exterior, o mundo da vida, reconhecendo-o como eminentemente social, pois desde o início vivencia-o com outros semelhantes. O mundo da vida, portanto, é tido para Schutz como um mundo social.

A partir dessas influências, Schutz desenvolve teoria e método de compreensão da realidade social, voltando seu olhar para o ator social em sua vida cotidiana – os significados de suas ações, seus interesses, projetos, intenções e expectativas. Essas características permitem afirmar que, no campo das ciências

sociais, a fenomenologia é considerada a sociologia da vida cotidiana⁽⁹⁵⁾. Essa abordagem busca compreender o ser humano situado no seu mundo da vida, partindo da realidade concreta, ou seja, das suas experiências vivenciadas, em busca da essência do vivido⁽¹⁰²⁾.

Esse mundo da vida cotidiana é o mundo social, que se configura em um mundo intersubjetivo que é compartilhado, vivenciado e interpretado pelo sujeito e por outros semelhantes. Sendo o mundo da vida cotidiana um mundo intersubjetivo desde o começo (desde o nascimento o sujeito), implica dizer que ele não é unicamente o seu mundo privado, mas comum a todos, pois é nele que co-existem semelhantes com quem se estabelecem diferentes relações sociais.

Para Schutz, um relacionamento social ocorre quando um sujeito compartilha, com um semelhante, um ambiente espaço-temporal comum ou quando esse sujeito está orientado para outros semelhantes que co-habitam o mundo (contemporâneo). A figura 2 ilustra as características dessas relações no mundo social, que para Schutz são tidas enquanto relação social direta e indireta⁽⁶⁾.

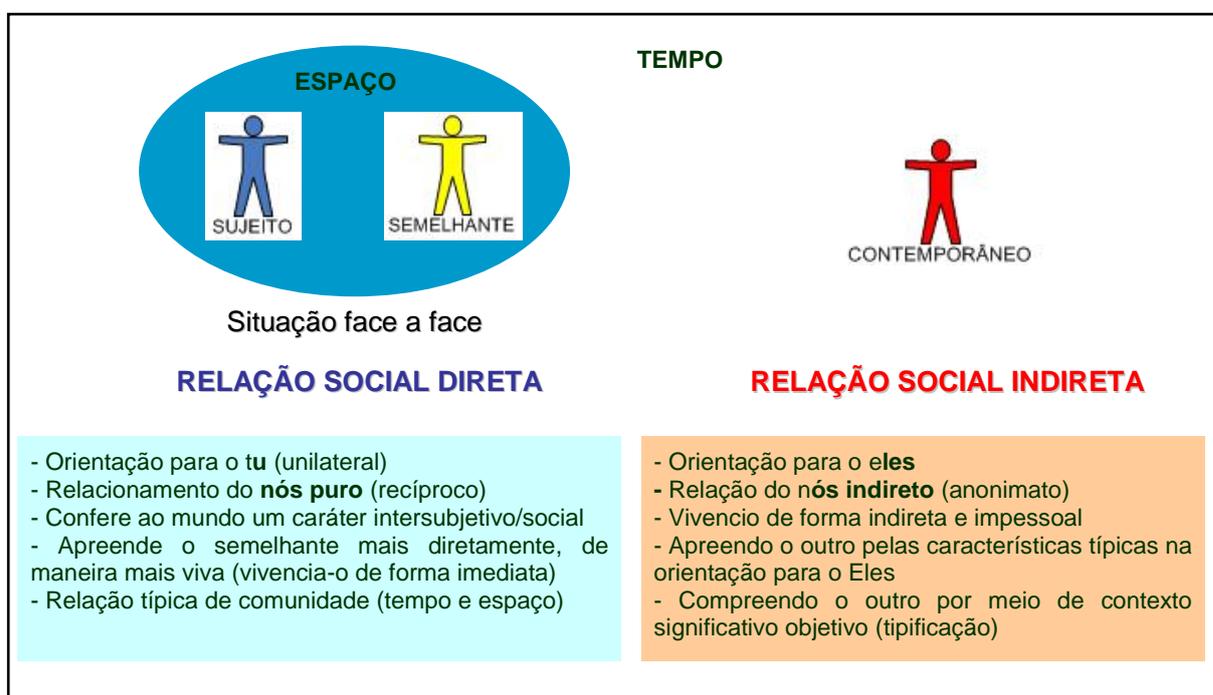


Figura 2 - As relações sociais segundo a fenomenologia social de Alfred Schutz

Mediante o relacionamento social, é possível experienciar o outro de forma direta, numa situação denominada *face a face*, ou indireta, quando na relação o

sujeito se volta para um contemporâneo. Na figura 2 é importante observar as características que compõem a situação *face a face*, pois ela acontece quando um participante torna-se intencionalmente consciente da pessoa que o confronta e ambos compartilham o mesmo tempo e espaço.

A situação *face a face* permite a apreensão do outro em sua individualidade, caracterizando uma relação de familiaridade entre os sujeitos, vivenciada sob a forma de um relacionamento do *nós*⁽¹⁰¹⁾. Nessa relação, a apreensão do outro se dá de maneira vívida, em que as lembranças que o sujeito tem da outra pessoa trazem todas as marcas da vivência direta, do período em que suas consciências fluíam juntas num período de tempo, ou seja, resultado de um relacionamento do *nós*⁽⁹⁷⁾.

De outro lado, essa relação social pode ocorrer em diferentes graus de anonimato, ou seja, na forma de relação *tipo* – entre sujeito e contemporâneo⁽¹⁰¹⁾. Nesta, mesmo sendo um semelhante, o contemporâneo está fora da vivência direta do sujeito social, ou seja, é alguém que meramente co-habita com o sujeito e com os outros o mesmo planeta⁽⁹⁷⁾.

Esse tipo de relação fica evidente quando Schutz⁽⁹⁷⁾ descreve exemplos em que o sujeito social não precisa necessariamente conhecer intimamente os outros (contemporâneos) com quem se relaciona no mundo social. Um desses exemplos trata dos “empregados do correio”, os quais nunca aparecem, para os sujeitos sociais, como pessoas reais, pois são simplesmente entidades anônimas, cuja definição se esgota em suas funções. Dessa maneira, o grau máximo de anonimato atribuído ao outro caracteriza-o por um número ou como alguém que ocupa o lugar de “qualquer um”, pois sempre terá que agir de uma mesma maneira⁽¹⁰¹⁾. Somente como encarregados dessas funções é que eles têm qualquer relevância para minha ação social, visto que, simplesmente suponho que existem “certas pessoas” que “fazem essas coisas”⁽⁹⁷⁾.

Essa discussão mostra que o mundo intersubjetivo só pode ser constituído a partir do relacionamento *face a face*, da experiência comum do mundo do *nós*⁽⁹⁷⁾, porque é a partir dessa relação social direta, de uma relação típica de compartilhamento de um ambiente comum e de tempo, que é possível ao sujeito social (por exemplo, o pesquisador) apreender o outro mais diretamente, de maneira mais vívida⁽¹⁰³⁾.

O relacionamento social sofre interferência do *sistema de relevâncias intrínseco e imposto*. Também é influenciado pelo estoque de conhecimento à mão,

que é dado pela *situação biográfica* do sujeito. Ambos, o *sistema de relevâncias* e o *estoque de conhecimento à mão*, vão definir os *interesses à mão* do sujeito, e isso o motivará a uma determinada ação social⁽¹⁰³⁾.

A captação das motivações dos atores sociais permitirá a compreensão dessa ação social, conduzindo para a revelação dos motivos típicos e, por conseguinte, a construção do *tipo ideal*, que nesse referencial se configura como *típico da ação*.

A figura 3 busca demonstrar como esses conceitos fundamentam e se articulam no referencial da fenomenologia social de Schutz.

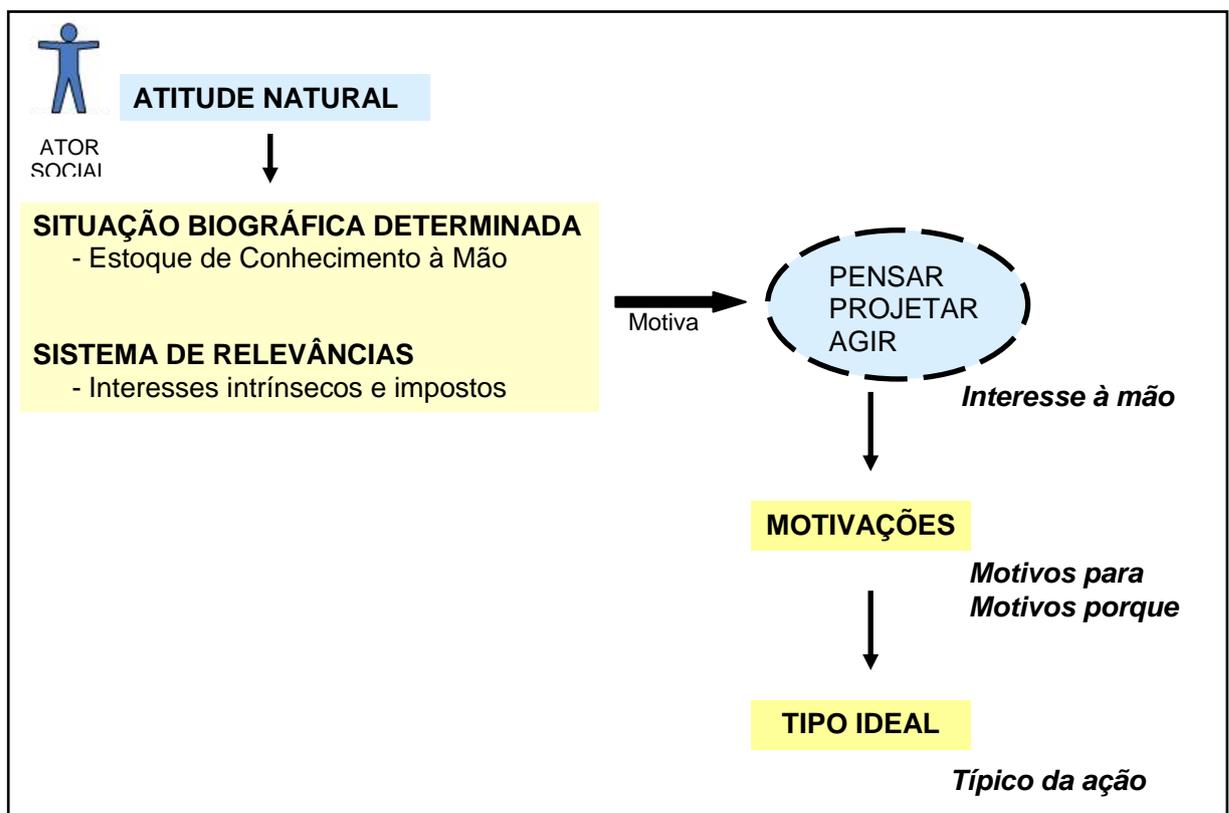


Figura 3 – Elementos conceituais do referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz

A atitude natural é a maneira pela qual o ator social atua no mundo cotidiano sem questionar a sua existência. O ser humano tem um interesse prático, sem se preocupar com formulações teóricas sobre o mundo. Portanto, na atitude natural ou pré-reflexiva, Schutz diz que o ator social está totalmente orientado para a finalidade da ação⁽¹⁰¹⁾.

O autor descreve o mundo social tal como é considerado por aqueles que nele vivem, reconhecendo-o como um dado objetivo, preexistente ao seu

nascimento e sobrevivendo à sua morte⁽¹⁰⁴⁾. Na atitude natural, as pessoas não questionam as coisas e os acontecimentos, simplesmente vivem-nas como estruturas significativas que atribuem sentido às suas existências⁽⁹⁵⁾.

Na atitude natural, emergem os *interesses à mão* e as intenções dos atores sociais, levando-os a agir socialmente. Essas manifestações estão fundamentadas, na fenomenologia social, nos conceitos de *estoque de conhecimento* e no *sistema de relevâncias*.

O *estoque de conhecimento à mão* refere-se à biografia do sujeito, ou seja, ao estoque de conhecimento adquirido ao longo de sua vida, por meio das suas vivências no mundo social. Segundo Schutz⁽¹⁰³⁾, trata-se da *situação biográfica determinada* do sujeito que representa a sedimentação das suas experiências ao longo do tempo, que funciona como um esquema de referência para interpretação do mundo.

Penso que a *situação biográfica determinada* pode ser explicada de maneira mais detalhada da seguinte forma. O termo *situação* diz respeito ao espaço social que o sujeito ocupa no mundo social, isto é, o seu papel social neste mundo. O termo *biográfica* evoca a história de vida, as vivências do sujeito, pois sua trajetória vivida vai moldar seu estoque de conhecimento à mão. E o termo *determinada* vai imprimir a esta *situação biográfica* o seu caráter dinâmico, pois é determinada por estar circunscrita àquele exato momento em que é observada.

O ser humano nascido em um mundo social, e que nele vive sua existência cotidiana, experimenta-o como construído em volta do lugar que ocupa, aberto à sua interpretação e à sua ação, mas sempre com referência à *situação biográfica determinada*⁽¹⁰³⁾.

O *sistema de relevância intrínseco* diz respeito aos próprios interesses; já o *sistema de relevância imposto* diz respeito aos interesses de outros. Nessa situação, o outro está parcialmente sob meu controle, assim como eu estou sob o dele. Ao voltarmos espontaneamente um para o outro, emergem as relevâncias intrínsecas em comum. Contudo uma parte do sistema de relevâncias intrínsecas de cada um permanecerá não compartilhada⁽¹⁰³⁾.

Dessa maneira, os sistemas de relevâncias em Schutz referem-se à importância que os objetos e os contextos possuem para o ator social, o que se relaciona, por sua vez, com seu *estoque de conhecimento à mão* (*sua situação biográfica*), seus desejos e seus projetos de vida⁽⁹⁵⁾.

Então, de acordo com esse referencial, o *interesse à mão* motiva todo o pensar, projetar, agir e também estabelece os problemas a serem solucionados pelo pensamento e os objetivos a serem atingidos pelas ações.

O estudo da ação social tem sido tema das discussões no âmbito da sociologia há muitas décadas, entretanto, por meio dos conhecimentos acumulados como sociólogo, Schutz aproxima essa temática aos conhecimentos desenvolvidos na fenomenologia. O diálogo entre as disciplinas sociologia e fenomenologia tem permitido a compreensão das ações humanas por outras perspectivas, contribuindo para a construção do conhecimento na área das ciências humanas e sociais.

Na dicotomia entre a utilização dos métodos científicos das ciências sociais e naturais, Schutz afirma que, no campo das ciências sociais, a filosofia fenomenológica pode mostrar os dispositivos metodológicos particulares desenvolvidos por estas ciências de forma mais adequada para a captação da realidade social⁽⁹⁷⁾.

Diante disso, o referencial da fenomenologia social propõe que o mundo social não deva ser aceito de forma ingênua, com idealizações e formalizações prontas, mas ser reconhecido como ambiente complexo de atividades humanas. Estas, para serem compreendidas, requerem que o pesquisador social se volte ao ator de tais ações⁽⁹⁷⁾.

O autor ressalta ainda que o pesquisador que estuda os fenômenos sociais necessita estudar o processo de idealização e formalização, a gênese do significado que os fenômenos sociais têm para ele e para os atores, e o mecanismo da atividade por meio da qual os seres humanos compreendem uns aos outros e a si próprios.

Assim, a abordagem teórico-metodológica de Schutz fundamenta-se na concepção de motivo⁽¹⁰⁵⁾, entendido como o estado de coisas em função do qual a ação foi levada ao fim, podendo ter um significado subjetivo e outro objetivo. Nesse referencial, as ações humanas só podem ser compreendidas por meio das motivações dos atores sociais, pois toda ação humana é um comportamento motivado^(97,103).

Dessa maneira, os motivos que conduzem à ação do ator social podem ter um significado subjetivo (*motivos para*) e outro objetivo (*motivos porque*), os quais servem como meio de interpretação das ações sociais dos atores no mundo social^(97,103).

Os *motivos para* referem-se a uma categoria subjetiva, em que a atitude do ator social é projetada, portanto numa perspectiva de futuro, sendo idêntica ao propósito cuja realização da ação é um meio. Por ser subjetiva, essa categoria de motivos só é revelada ao pesquisador social se ele perguntar ao ator da ação qual o significado que ele atribui a ela⁽¹⁰³⁾.

Já os *motivos porque* são de uma categoria objetiva, na qual a atitude do ator está concluída, numa perspectiva de passado, podendo ser denominada também de razão ou causa. Essa categoria de motivos é acessível ao pesquisador quando reconstrói, a partir do ato realizado – ou, mais precisamente, a partir do estado de coisas provocado no mundo exterior pela ação do ator –, a atitude do ator em sua ação⁽¹⁰³⁾.

Assim sendo, para o pesquisador compreender o agir do outro é necessário conhecer o *motivo para* ou *motivo porque* de seu ato, reconhecendo, no entanto, que uma ação social envolve atitudes e ações de pessoas entre si, orientadas para o ato do outro⁽¹⁰⁵⁾.

Isso ilustra que não atuamos somente sobre coisas inanimadas, mas também com nossos semelhantes, que nos induzem a atuar; em contrapartida, nós os induzimos à reação. Empreendemos nosso interrogatório ao outro, por exemplo, com a intenção de provocar sua resposta, que é motivada por nossa pergunta. Esse é um dos muitos tipos de ações sociais, no qual os *motivos para* de minha ação se convertem nos *motivos porque* da reação do co-partícipe. Então, cabe ao pesquisador social tentar compreender a ação do ator social, do sentimento e do estado de espírito que o induziram a adotar determinadas atitudes com relação ao seu ambiente social⁽⁹⁷⁾.

A partir da identificação dos significados singulares dos motivos, será possível revelar as características típicas de uma dada ação social, identificando sua estrutura comum⁽¹⁰⁵⁾, visto que as ações humanas só se tornam compreensíveis pelas motivações, mesmo que se reduza o ato do outro em motivos típicos⁽⁹⁷⁾. A configuração dessa estrutura comum de motivos típicos permitirá a construção do *tipo ideal* (típico da ação) dos atores sociais em estudo.

Cabe agora retomar um esclarecimento sobre a diferenciação acerca do *tipo ideal* na concepção de Weber e de Schutz. Para o primeiro, o conceito de *tipo ideal* é um trabalho científico e não um processo corriqueiro e cotidiano, como expressa Schutz⁽¹⁰⁴⁾. Em outras palavras, pode-se dizer que esta é uma diferença radical entre

eles, na medida em que Weber entende o *tipo ideal* como uma construção analítica criada pelo cientista para se aproximar do real, e Schutz, por outro lado, refere que tal recurso metodológico diz respeito à construção do ser humano na atitude natural, quando busca compreender a realidade em que vive e se comunicar com seus semelhantes⁽⁹⁵⁾.

O *tipo ideal*, em Schutz, é um esquema interpretativo do mundo social que tem um valor de significação do qual os sujeitos fazem uso nas relações sociais, mediante a utilização do seu *estoque de conhecimento à mão*⁽¹⁰⁶⁾. Assim, na vida cotidiana, os encontros com os outros são típicos, pois apreendemos o outro como um *tipo* e interagimos com ele numa situação que é por si mesma típica⁽¹⁰³⁾.

A tipificação é a forma de “abstração que leva à conceituação mais ou menos padronizada, embora mais ou menos vaga, do pensamento do senso comum porque nossa experiência, [...] é organizada, desde o princípio, a partir de certos tipos”⁽⁹⁷⁾. A *tipificação* é uma expressão da atitude natural do ser humano no mundo social antes de ser uma metodologia científica, pois nossa vida cotidiana já implica, constantemente, “tipificações leigas”⁽¹⁰⁴⁾. Assim, as tipificações do mundo físico e sociocultural são vivenciadas desde o início como experiências da vida cotidiana, no qual o grupo social as possui como pressupostos, sem qualquer formulação de julgamentos.

Na investigação das características típicas de uma determinada ação social, objetivando a construção do *tipo ideal* dessa ação, o pesquisador elabora uma *síntese de reconhecimento* a qual emerge de sua vivência do ator da ação. Nessa construção, o contexto de significado subjetivo é substituído por uma série de contextos objetivos, altamente complexos e inter-relacionados, tratando-se de nenhuma pessoa em particular, mas de uma idealização que emerge da descrição vivida da ação social⁽⁹⁷⁾.

Por serem tratadas como experiência consciente – típicas de alguém, homogêneas e passíveis de repetição, graças à abstração do contexto subjetivo de significado –, é possível acessar seu caráter repetitivo. Sendo assim, a tipificação não é uma média estatística dos fenômenos sociais, mas sintetiza os traços típicos de um fenômeno social, já que consiste em colocar em evidência o que há de original, específico e típico no fenômeno⁽¹⁰⁷⁾.

A realidade social tem um significado específico e uma estrutura de relevância para os seres humanos que vivem, agem e pensam dentro dela. Dessa maneira, as

informações que são coletadas pelo pesquisador social no trabalho de campo já são estruturadas e interpretadas pelas pessoas e pelos grupos que ele pretende compreender, pois a realidade social possui sentido para os que vivem nela⁽⁹⁵⁾.

Por meio de uma série de construções do senso comum, os seres humanos interpretam a realidade social que vivenciam como a realidade de suas vidas diárias, classificada por Schutz como *construtos de primeiro grau*. São esses os objetos de pensamento que determinam suas ações no mundo social, motivando-as⁽⁹⁷⁾. Os construtos produzidos nas ciências sociais são de *segundo grau*, na medida em que são produzidos a partir da experiência vivida dos atores sociais em seu cotidiano, cujas ações sociais o pesquisador social precisa investigar de acordo com as regras de procedimentos da sua ciência⁽⁹⁷⁾.

Em outras palavras, podemos afirmar que os significados atribuídos pelos atores do mundo social são reconhecidos pelo pesquisador como *construtos de primeiro grau*. Contudo, quando esses significados são interpretados e compreendidos pelos pesquisadores do mundo social, esses significados são tidos como *construtos de segundo grau*.

Outro conceito importante da fenomenologia social diz respeito ao da *reciprocidade de perspectiva*. Nesse referencial, tal conceito pode ajudar ao pesquisador a transpor do contexto das entrevistas individuais para a compreensão do grupo e da comunidade onde vivem os informantes⁽⁹⁵⁾. Isso ocorre porque a reciprocidade de perspectiva reafirma a intersubjetividade no mundo social, visto que os objetos do mundo são acessíveis, tanto para o ator social quanto para seu semelhante.

A *tese geral de reciprocidade de perspectiva* pressupõe que tais objetos significam algo diferente para cada um deles (devido à situação biográfica determinada, aos interesses à mão e ao sistema de relevâncias particulares a cada um deles). Entretanto essa diferenciação deve diferir até certo ponto, por causa das construções tipificadas de objetos do mundo social – que é intersubjetivo⁽⁹⁷⁾.

Dessa maneira, na *reciprocidade de perspectivas*, os participantes de uma interação social devem pressupor que cada um se expressará por meio de palavras identificáveis e inteligíveis, necessárias ao desenrolar da interação. Em tal condição, os dois integrantes acreditam que sua experiência no cenário de suas interações é a mesma, o que implica que cada um reage de maneira semelhante⁽¹⁰⁴⁾.

A contribuição da fenomenologia social está na apresentação de um saber social que está fundado sobre um interesse prático e concreto pelo mundo, socialmente distribuído e tácito⁽¹⁰⁴⁾. No campo da saúde, a utilização de referências das teorias compreensivas, como a fenomenologia social, tem sido fundamental para a promoção das interações entre os atores sociais desse setor, para a compreensão de fenômenos focalizados – locais e específicos – e para a humanização dos sistemas de saúde⁽⁹⁴⁾.

Esses aspectos são importantes para a aproximação e para a compreensão da população assistida, por exemplo, como propõe a ESF. Essa iniciativa inovadora aposta em serviços mais pessoais, compreensivos, interativos, de cumplicidade e responsabilização entre os sujeitos, sem eximir as responsabilidades do Estado⁽⁹⁴⁾.

Os pesquisadores que conduzem estudos neste referencial devem, antes de qualquer coisa, buscar ter acesso às significações dadas pelos membros aos acontecimentos sociais, pois as significações sociais não são inerentes às instituições ou aos objetos sociais em si; ao contrário, são atribuídas aos acontecimentos sociais pelos indivíduos no cotidiano e nas relações sociais⁽¹⁰⁴⁾.

Entende-se, portanto, que a compreensão pretendida no referencial da fenomenologia social se volta para as intenções que orientam a ação, bem como para as suas significações⁽¹⁰¹⁾, também expressas como expectativas. Desse modo, com o intuito de revelar as intenções de equipes e as expectativas de usuários e familiares, esta pesquisa buscou compreender os significados das ações dos sujeitos citados relacionadas a esses aspectos.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 Tipo de pesquisa

Considerando o referencial da fenomenologia social como referencial teórico que deu sustentação a esta pesquisa, coerentemente, a abordagem utilizada foi qualitativa. Ela se mostra mais adequada tendo em vista que se busca trabalhar com os significados que determinados grupos sociais atribuem às suas ações.

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador estuda as coisas em seus cenários naturais, e tenta interpretar os fenômenos por meio dos significados que as pessoas conferem a eles⁽¹⁰⁸⁾. Sendo assim, a modalidade fenomenológica é adequada para os propósitos deste estudo, pois visa à descrição da experiência vivida e os significados atribuídos a ela pelos sujeitos que a vivenciam como fenômeno⁽¹⁰⁹⁾.

Dessa maneira, a pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo, sendo uma atividade situada que localiza o observador nesse mundo⁽¹⁰⁸⁾. Como pressupõe Schutz, as relações do pesquisador no mundo social são mediadas por sua *situação biográfica*, influenciando assim sua compreensão e interpretação desse mundo social⁽⁹⁷⁾.

Nesta pesquisa, a apreensão da realidade social deu-se pela caracterização da tipificação das ações dos atores sociais, sujeitos do estudo, mediante suas relações e ações no mundo social frente ao fenômeno *significado das ações voltadas para saúde mental na ESF* – intenções da equipe e expectativas de usuários e familiares.

Nesse sentido, busquei revelar os motivos que impulsionam a ação dos profissionais e guiam os interesses de usuários e familiares. Dessa maneira, foi possível configurar o *típico da ação* de cada grupo social – partindo da descrição da experiência vivida de cada participante, portanto de um contexto de significados subjetivos para um contexto de significados objetivos – e apontar as aproximações e os distanciamentos do pressuposto da *reciprocidade de perspectivas* das ações típicas de cada grupo.

5.2 Campo de pesquisa

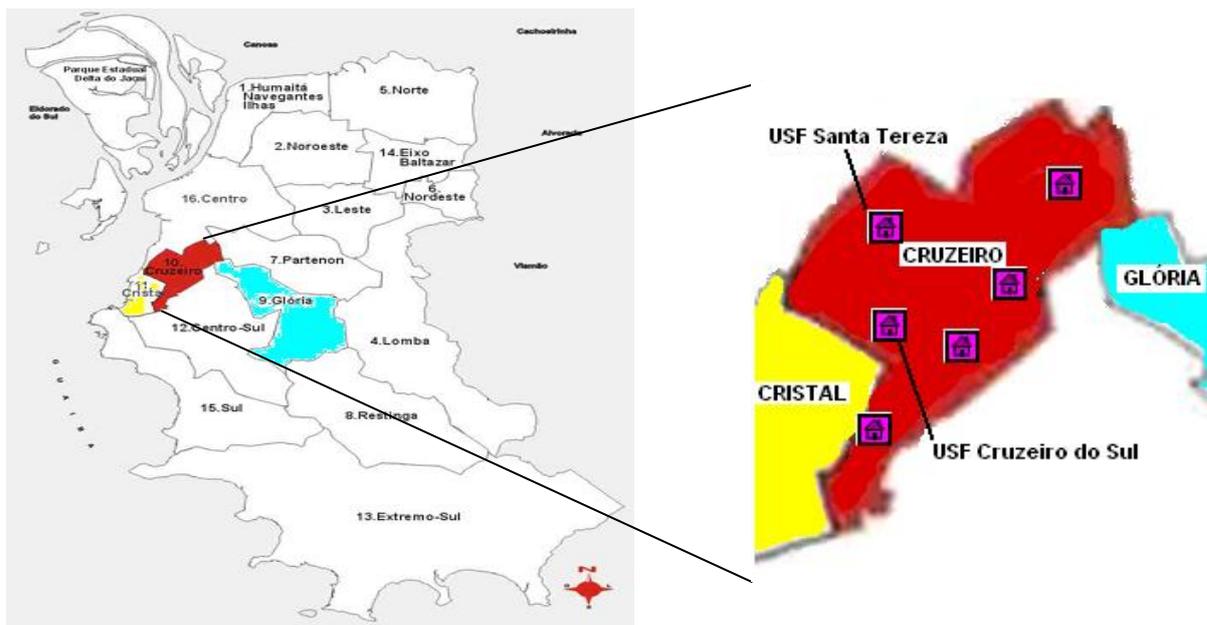
Este estudo foi desenvolvido em duas USF do bairro Santa Tereza, localizadas no município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. O município está dividido em oito regiões administrativas (gerências distritais) que contam com 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 72 USF, 101 equipes da ESF, seis centros de saúde, quatro pronto-atendimentos, dois hospitais próprios e 22 conveniados⁽¹¹⁰⁾.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Porto Alegre possui uma população estimada de 1.436.124 habitantes para o ano de 2009⁽¹¹¹⁾ e uma cobertura de 20% da população pela ESF⁽¹¹⁰⁾.

O bairro Santa Tereza está situado na região do Cruzeiro do Sul, pertencente à Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal. Esta gerência é uma referência do Hospital de Clínicas da UFRGS e conta com nove UBS, 14 USF onde atuam 19 equipes da ESF e um centro de saúde de nível secundário de assistência – o Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC)⁽¹¹⁰⁾.

O CSVC está situado no bairro Santa Tereza e oferece os serviços de: pronto-atendimento clínico e psiquiátrico, ambulatório de clínicas básicas e especializadas, serviços de odontologia, fonoaudiologia, de atendimento especializado em doenças sexualmente transmissíveis e de assistência domiciliar terapêutica. Além desses serviços, conta ainda com: Centro de Reabilitação, Centro de Orientação e Apoio Sorológico, CAPS II, Laboratório Municipal de Saúde Pública, Farmácia Distrital, Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente e Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas Portadoras de Deficiências e de Altas Habilidades do Rio Grande do Sul⁽¹¹⁰⁾.

Esse bairro encerra três UBS e quatro USF onde atuam seis equipes da ESF, além do CSVC citado anteriormente. Dentre as quatro USF, foram escolhidas para compor este estudo a USF Cruzeiro do Sul (uma equipe) e a USF Santa Tereza (duas equipes), apresentadas na figura 4.



Fonte: Relatório da gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal

Figura 4 - Unidades de saúde da família Cruzeiro do Sul e Santa Tereza localizadas no bairro Santa Tereza, região do distrito Cruzeiro, da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal de Porto Alegre/RS, 2009

A escolha do campo de estudo foi intencional, tendo em vista que essas USF servem como campo de estágio de disciplinas do curso de graduação da EE/UFRGS, como *Enfermagem em Saúde Mental II*, na qual venho atuando como bolsista de doutorado REUNI. Além disso, os estabelecimentos de saúde pública desse distrito fazem parte de convênio entre a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e a UFRGS na criação do Distrito Docente-Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal, inserido na proposta do Programa PRÓ-SAÚDE^k, visando à otimização das interfaces e dos fluxos entre vários níveis de complexidade do sistema de saúde – atenção primária, secundária e terciária.

De acordo com o relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica de outubro de 2008, essas duas USF possuem aproximadamente 2.625 famílias cadastradas, representando uma população de 9.287 pessoas⁽¹¹²⁾. É importante destacar que a origem dessas informações provém de dados da ficha de

^k O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) tem como objetivo a construção ou o aprofundamento da integração ensino-serviço, almejando a reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população. Esse programa está sob coordenação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a qual aprovou a proposta de adesão da UFRGS no Edital de convocação n.º 13/2007, contemplando os cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Medicina e Psicologia.

cadastramento da família junto à USF, conhecida como Ficha A, a qual é preenchida pelos ACS durante visita domiciliar às pessoas da comunidade, sendo portanto um dado dinâmico, que se altera continuamente.

Segundo o relatório do SIAB sobre o “consolidado das famílias cadastradas”, a população cadastrada pelas equipes está constituída por 43% de crianças e adolescentes (4.033 pessoas), 32% de adultos jovens (2.937 pessoas de 20 a 39 anos), 18% de adultos maduros (1.702 pessoas de 40 a 59 anos) e 7% de pessoas idosas (615 pessoas com 60 anos ou mais). Do total geral de pessoas cadastradas nessas áreas, 52% (4.802) são mulheres. Além dessas características, é importante destacar que quase toda a população adscrita a essas USF depende exclusivamente dos serviços públicos de saúde⁽¹¹²⁾.

As USF estudadas oferecem atendimento à população da respectiva área de abrangência, mediante consultas médicas e de enfermagem, bem como grupos de educação em saúde (hipertensão, diabetes, gestante, entre outros) e atividades relacionadas principalmente aos programas de saúde da mulher e da criança. São oferecidos ainda serviços como vacinação, curativo, nebulização, aplicação de medicação, medida de pressão arterial e dispensação de medicamentos.

A USF Cruzeiro do Sul possui uma equipe da ESF atuando em um estabelecimento de saúde próprio, de um pavimento, localizado à margem de uma avenida importante que atravessa o bairro Santa Tereza. Uma peculiaridade desta USF diz respeito ao horto ecológico *Cruzeiro do Sul cultivando vidas*, localizado na parte posterior da construção da USF, criado por uma professora da área de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da UFRGS. Esse espaço serve de cenário para atividades da equipe, como grupo de crianças e espaço de visitação de pessoas que frequentam a USF.

A USF Santa Tereza possui duas equipes da ESF atuando em um estabelecimento de saúde próprio, de dois pavimentos, localizado no final de uma lomba íngreme do bairro Santa Tereza. O atendimento ao público ocorre no pavimento térreo, ficando o segundo para atividades internas da equipe, como reuniões.

Ambas as USF contam com a participação de alunos da graduação de cursos da área de saúde da UFRGS (enfermagem, medicina e psicologia), sejam para cumprir atividade de determinada disciplina da graduação, sejam para cumprir estágio curricular final ou internato. Além disso, alguns deles estão vinculados a

essas USF de acordo com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)¹.

De forma geral, do ponto de vista socioeconômico, a comunidade é marcada por características comuns às periferias de grandes centros do país, em que a violência, o tráfico de drogas, o desemprego, as condições precárias de vida e a pobreza são emblemáticas.

É importante destacar que as equipes de saúde mental do município dão suporte às ações em saúde mental na atenção básica, realizando atendimento direto aos usuários e auxiliando os profissionais da rede básica por meio da efetivação de encontros para discussão e avaliação de casos (interconsultas)⁽¹¹⁰⁾.

A rede de saúde mental do município conta com nove CAPS, sendo dois CAPSad, três CAPSi e quatro CAPS II, representando uma taxa de cobertura de 0,63 CAPS por mil habitantes, no ano de 2008. É considerada uma cobertura de *regular a boa*, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde⁽¹¹³⁾, embora no dia a dia se observe a insuficiência dessas modalidades de serviços distribuídos em todas gerências distritais.

O município ainda possui equipes de saúde mental em quase todas as gerências distritais, um serviço residencial terapêutico, uma oficina de geração de renda, uma casa de apoio a mulheres vítimas de violência doméstica, entre outros⁽¹¹⁰⁾. É importante mencionar que há outros serviços sob gestão estadual e federal e mesmo de natureza privada, contudo ressalta-se que há no município 1.016 leitos psiquiátricos dos quais 453 são do SUS e 563 não o são. Os leitos psiquiátricos públicos estão distribuídos em um hospital psiquiátrico com 100 leitos e o restante está em alas e unidades em outros tipos de hospitais. Além disso, há 31 leitos de *saúde mental* na modalidade de hospital-dia no município⁽¹¹⁴⁾.

¹ Aprovada pela Portaria Interministerial nº 1.507/2007 o Programa PET-SAÚDE tem como objetivo potencializar a integração ensino-serviço e a produção de conhecimento a partir das necessidades do serviço. Desde a aprovação do seu projeto de trabalho em janeiro de 2009, a UFRGS vem inserindo discentes dos cursos de Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia em estabelecimentos de saúde públicos municipais, buscando estabelecer um distrito docente assistencial constituído de unidades da Estratégia da Saúde da Família. Esse projeto tem por objetivo capacitar profissionais da rede e agregar ao curso de graduação conhecimentos sobre o modelo de atenção, as necessidades de aprendizagem, a solução de problemas e a produção de conhecimento emanados do serviço. Além disso, a partir das vivências de um trabalho interdisciplinar, espera-se que os alunos desenvolvam habilidades e atitudes para trabalhar em equipes multiprofissionais.

5.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais de saúde membros da equipe mínima da ESF, definida pelo Ministério da Saúde – médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde –, bem como usuários e seus familiares residentes nas áreas de abrangência das USF, campos deste estudo, que atenderam aos critérios de inclusão e que se disponibilizaram em participar.

Os profissionais da equipe da ESF foram agrupados em duas categorias distintas, sendo uma composta de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem – denominada *profissionais de saúde* – e outra composta pelos ACS.

Embora todas essas categorias profissionais sejam de profissionais de saúde e reconhecidas como membros da *equipe mínima* de uma equipe da ESF, optei neste estudo por separá-las em grupos distintos, por entender que seus processos de formação profissional são diferentes. Assim, enquanto o grupo dos profissionais de saúde cumpre formalmente um curso profissionalizante em uma instituição de ensino para serem habilitados legitimamente para exercer sua profissão, o grupo de ACS não cumpre necessariamente essa prerrogativa. Via de regra, os ACS possuem pelo menos ensino fundamental e/ou médio completo, estão formalmente subordinados a outra categoria profissional – ao enfermeiro – e são capacitados ou *treinados* em serviço.

Considerando os interesses desta pesquisa em revelar as intenções dos sujeitos em relação às ações voltadas para saúde mental na ESF, para efeito de melhor compreensão desse fenômeno, optei por separar de antemão a produção de informações para serem analisadas.

Em relação aos membros da equipe mínima, para a inclusão dos sujeitos no estudo (*profissionais de saúde* e ACS), foram utilizados os seguintes critérios: 1) Fazer parte do quadro funcional do serviço; 2) Estar atuando no serviço há pelo menos seis meses.

No entanto, dos 12 profissionais de saúde esperados para serem entrevistados, dois estavam em processo de contratação e um não atendia ao critério de tempo de atuação junto ao serviço da ESF, sendo, portanto, desconsiderados neste estudo. Assim, foram entrevistados **nove profissionais**, sendo quatro da USF Cruzeiro do Sul e cinco da USF Santa Tereza.

O tempo total de duração das entrevistas com os profissionais de saúde foi de aproximadamente duas horas e 17 minutos, com duração mínima e máxima de três minutos e 31 minutos, respectivamente. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 15 minutos.

Em relação aos ACS, considerando que cada equipe conta com a participação de quatro profissionais dessa categoria, dos 12 esperados para serem entrevistados, houve a recusa de um, alegando problemas pessoais. Além disso, devido à saída recente de um deles, havia uma vaga de ACS a ser preenchida. Sendo assim, entre os sujeitos previstos, foram realizadas entrevistas com **10 ACS**, sendo três da USF Cruzeiro do Sul e sete da USF Santa Tereza.

O tempo total de duração das entrevistas com os ACS foi de aproximadamente uma hora e 21 minutos, com duração mínima e máxima de três minutos e 19 minutos, respectivamente. O tempo médio de duração das entrevistas foi de oito minutos.

Quanto aos usuários, para sua inclusão na pesquisa, foram considerados os seguintes critérios: 1) Ter 18 anos ou mais e estar em acompanhamento pela equipe da ESF nas USF selecionadas; 2) Ser identificado pela equipe como uma *pessoa com diagnóstico de doença mental*; 3) Ter condições de comunicação verbal.

É importante ressaltar que a resolução nº. 196/96⁽¹¹⁵⁾ explicita que pesquisas com grupos vulneráveis, dentre os quais destaca os “portadores de perturbação ou doença mental”, devem ser respeitados em sua dignidade e obter formalmente sua anuência em participar da pesquisa mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Essa resolução enfatiza ainda que pesquisas que envolvam grupos vulneráveis devem justificar claramente a escolha de tais sujeitos de pesquisa⁽¹¹⁵⁾.

Por esta se tratar de uma pesquisa fenomenológica, as informações fundamentais emergem das experiências vividas dos sujeitos. Nessa perspectiva, as descrições são realizadas, necessariamente, por aqueles que vivenciam e experienciam determinada situação em estudo. Portanto os usuários entrevistados foram fundamentais para desvelar a essência de seus interesses e suas expectativas frente ao fenômeno em estudo.

Considerando os critérios de inclusão descritos anteriormente, foram entrevistados **16 usuários**, sendo sete da área de abrangência da USF Cruzeiro do Sul e nove da USF Santa Tereza.

O tempo total de duração das entrevistas com os usuários foi de aproximadamente 52 minutos, com duração mínima e máxima de dois minutos e seis minutos, respectivamente. O tempo médio de duração das entrevistas foi de três minutos.

Em relação aos familiares, é importante mencionar que neste estudo se entende que família é uma rede de pessoas que derivam de um sistema social amplo que interagem por diversos motivos, unidas por diferentes vínculos, afinidade, consanguinidade ou descendência, e que ocupam o mesmo ambiente⁽¹¹⁶⁾.

Frente a isso, os critérios de inclusão dos familiares foram: 1) Ser preferencialmente uma pessoa *referida* pelo usuário ou pela equipe da ESF como *familiar*; 2) Residir nas áreas de abrangência das USF estudadas; 3) Ser a pessoa mais envolvida com os cuidados do usuário.

Dessa maneira, segundo os critérios de inclusão, foram entrevistados **12 familiares**, sendo cinco da área de abrangência da USF Cruzeiro do Sul e sete da USF Santa Tereza.

O tempo total de duração das entrevistas com os familiares foi de aproximadamente uma hora e cinco minutos, com duração mínima e máxima de dois minutos e 13 minutos, respectivamente. O tempo médio de duração das entrevistas foi de seis minutos.

5.4 Coleta das informações

O período de coleta das informações ocorreu nos meses de maio e junho de 2010. Nas USF estudadas, tal período foi caracterizado pela realização das campanhas de vacinação contra a gripe A, para diferentes faixas etárias da população, e da campanha de vacinação contra a influenza, para os idosos. Além disso, no período referido aconteceu a Copa do Mundo de futebol da África do Sul, fato relevante na medida em que o funcionamento da USF e os agendamentos de encontros com usuários, familiares, ACS e profissionais estavam condicionados aos resultados dos jogos da seleção brasileira.

Entende-se que a ação humana só se torna compreensível ao revelar seus *motivos para*, ou seja, ao revelar as motivações dos atores da ação, especialmente quando o pesquisador se volta para esse ator social e pergunta os seus motivos

mediante uma relação *face a face*⁽⁹⁷⁾. Sendo assim, neste estudo foi utilizada a entrevista como técnica de coleta de informações por considerá-la pertinente e coerente com o referencial adotado. Ademais a entrevista é um recurso fundamental para os estudos que pretendem desvelar a essência de fenômenos mediante as descrições genuínas das experiências vividas de cada indivíduo.

Em consonância com o referencial, esta escolha se deve ao entendimento de que a compreensão subjetiva genuína do outro exige descobrir a constituição daquilo que tem significado para o outro – o que, na fenomenologia social, só é possível ser feito fenomenologicamente⁽⁹⁷⁾. Diante disso, os significados das ações sociais dos sujeitos pertencem unicamente a eles, na categoria de *motivos para*, pois cada sujeito vivencia o seu cotidiano de maneira única, dada a situação biográfica de cada um⁽¹⁰³⁾.

Para acessar essa categoria subjetiva da ação, torna-se imprescindível voltar-se ao sujeito que a realiza, o que torna a entrevista a técnica de coleta de informações adequada neste estudo. Houve o cuidado em conduzi-la na instância fenomenológica, proporcionando privacidade e escuta aos sujeitos, sem senso crítico de julgamento, numa interação dentro de uma abordagem compreensiva.

Na entrevista fenomenológica, o objeto de pesquisa deve estar suficientemente definido e consistente para propiciar as descrições singulares dos sujeitos, desvelando facetas do fenômeno aos olhos de quem o vivencia, conduzindo a um novo conhecimento. Cabe, portanto, ao pesquisador, buscar a melhor forma de aproximação dos sujeitos do estudo, levando em consideração os objetivos propostos e os aspectos relacionados ao ambiente físico propício ao encontro social, as particularidades dos sujeitos escolhidos, bem como a adequação, quando pertinente, da questão norteadora⁽¹¹⁷⁾.

Desse modo, para atender aos objetivos desta pesquisa, foi empregada entrevista semiestruturada, contendo duas questões orientadoras para os sujeitos entrevistados – profissionais de saúde, ACS e usuários – e três questões orientadoras para os familiares. Para os grupos de *profissionais de saúde* e de *ACS* foram empregadas questões idênticas; já para os grupos de *usuários* e de *familiares* foram empregadas questões diferentes dos primeiros mas semelhantes entre si (APÊNDICE A).

Essas questões foram orientadoras da coleta das informações durante o encontro do pesquisador com cada sujeito de pesquisa, considerando o objeto em

estudo e os objetivos almejados. Tais questões foram construídas com o intuito de proporcionar a cada sujeito expressar suas experiências vividas e suas motivações subjetivas em relação às ações voltadas para saúde mental desenvolvidas na ESF. No entanto vale ressaltar que as duas primeiras questões referentes aos familiares foram construídas com a finalidade de proporcionar uma aproximação inicial do mundo vivido dos sujeitos (*rapport*).

Aos *profissionais de saúde* e aos ACS foram dirigidas as seguintes questões:

1) *Que ações voltadas para saúde mental você vem desenvolvendo na ESF?* 2) *O que tem em vista com essas ações?* Aos usuários foram realizadas as seguintes questões: 1) *Por que você procurou a equipe da ESF?* 2) *O que você espera da equipe?* E para os familiares, as seguintes questões: 1) *Como a equipe da ESF tem contribuído com seu familiar usuário?* 2) *Como a equipe da ESF tem contribuído para você, familiar do usuário?* 3) *O que você espera da equipe da ESF?*

As entrevistas foram realizadas por mim com apoio de dois bolsistas de iniciação científica da UFRGS, sendo armazenadas em um gravador digital e transcritas posteriormente na íntegra para serem submetidas à análise do pesquisador.

Na pesquisa qualitativa, embora a interrupção da coleta de dados decorra de um juízo consciente do pesquisador, o momento da sua definição está sujeita a imprecisões. Contudo, para preservar o rigor científico e a transparência dos passos da pesquisa, é importante definir o momento de encerramento da coleta de informações⁽¹¹⁸⁾. O encerramento da realização de entrevistas se deu no momento em que, mediante análise preliminar de cada uma delas, observei o não aparecimento de conteúdo substancialmente novo. Esse procedimento metodológico leva em consideração que os conhecimentos produzidos acerca do objeto de estudo terão sempre um caráter aproximativo do real e nunca alcançado em sua totalidade. Dessa maneira, ressalto que o encerramento da realização de entrevistas não significou a explicitação total do fenômeno, e sim a revelação de algumas de suas facetas.

Anteriormente ao trabalho de campo, o acesso aos cenários do estudo foi negociado pelo pesquisador, pois a garantia deste acesso não estava restrita apenas à permissão formal, mas também envolvia a conquista da confiança dos sujeitos da pesquisa⁽¹⁰⁴⁾. Assim, a entrada no campo de coleta foi mediada pelo contato do pesquisador com os coordenadores das USF do estudo. O contato com

eles ocorreu anteriormente à aprovação desta pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com o *Termo de ciência* (ANEXO A), o qual trata do conhecimento dos coordenadores sobre a utilização dessas unidades como campo de investigação.

Em relação à confiança, o direito de entrada na ESF Cruzeiro do Sul foi mais rápido devido à minha participação junto a esse serviço ao longo de um ano (semestres letivos de 2009/1 e 2009/2), no período em que eu, enquanto bolsista de doutorado REUNI, supervisionava estágios de alunos da graduação de enfermagem nessa unidade. Assim, dada a minha convivência com os profissionais dessa USF e também com alguns usuários e familiares, foi possível estabelecer uma relação de confiança com os sujeitos do estudo.

Por outro lado, a conquista do direito de entrada em relação à ESF Santa Tereza exigiu-me maior empenho, porque, embora tivesse o aceite e a colaboração da coordenadora do serviço, eu não conhecia nem os profissionais que lá atuavam, muito menos os usuários e os familiares atendidos.

A partir do aceite oficial da coordenadora, iniciei a conquista do direito de entrada na USF Santa Tereza apresentando minha proposta de pesquisa em uma reunião de equipe. Nessa ocasião, fui acompanhado por um dos bolsistas de iniciação científica, que participaria mais intensamente do trabalho de campo. Após apresentação da proposta e de fazer esclarecimentos aos profissionais, ficamos surpreendidos com a recusa imediata de quatro ACS dos oito que lá atuavam naquele momento.

Reconhecendo que o direito de acesso ao campo deve ser constantemente negociado ao longo da pesquisa e não apenas uma vez – visto que nada é conseguido de forma definitiva e global⁽¹⁰⁴⁾ –, ao longo do trabalho de campo, convivendo algumas tardes com a equipe dessa USF, mostrei-me aberto e solícito aos mesmos, colocando-me à disposição para eventuais esclarecimentos. Esses contatos ocorriam em diferentes espaços da USF: nos consultórios, na recepção, na sala de reunião, na cozinha, durante o cafezinho e o chimarrão.

Ao longo desse convívio, após mais explicações acerca do interesse da minha pesquisa e sobre o tipo de participação dos ACS, dois deles aceitaram colaborar com a mesma. Por fim, no penúltimo dia de trabalho de campo, fui procurado por um ACS, que inicialmente havia recusado participar do estudo, mostrando-se interessado. Tal fato ilustra a conquista do direito de entrada em

campo como reflexo dos encontros no cotidiano do serviço e da relação de confiança e credibilidade estabelecida entre pesquisador e sujeitos da pesquisa.

Em ambas as USF as entrevistas com os profissionais de saúde e os ACS foram realizadas na medida em que, nos encontros entre pesquisador e membros das equipes, estes se mostraram disponíveis em falar sobre o objeto de pesquisa, em ambiente e período oportuno no cotidiano de trabalho. Assim, todas as entrevistas desses dois grupos – profissionais de saúde e ACS – foram conduzidas no serviço, em sala reservada para tal encontro durante expediente de trabalho, exceto para dois profissionais que, mediante a indisponibilidade de serem entrevistados durante o expediente, combinaram um encontro para depois do encerramento da jornada.

A coleta das informações foi iniciada junto aos grupos de profissionais de saúde e ACS da ESF Cruzeiro do Sul, dada a minha maior inserção nesse serviço. Após a conclusão dessa primeira parte, seguiram-se as entrevistas junto a esses grupos na USF Santa Tereza.

Paralelamente às entrevistas de profissionais de saúde e ACS na USF Santa Tereza, iniciaram-se as entrevistas junto ao grupo de usuários e familiares na USF Cruzeiro do Sul devido ao meu conhecimento prévio de alguns desses sujeitos de estudo. Porém o contato com usuários e familiares, nas duas USF, foi mediado pela equipe do serviço, na medida em que compunham uma listagem de *pessoas com diagnóstico de doença mental* que eram acompanhadas pela equipe da ESF no momento da coleta das informações.

Após a realização da entrevista com os usuários contatados que atenderam aos critérios de inclusão e que aceitaram participar da pesquisa, foi solicitado a cada um que indicasse um familiar que mais se envolvia ativamente nas situações relacionadas à sua saúde. Além dessa possibilidade, as equipes da USF poderiam fazer tal indicação a partir do conhecimento deles sobre a família do usuário.

Assim, dos 16 usuários entrevistados, 14 indicaram familiares enquanto pessoas que mais se envolviam em seus cuidados. Com quatro familiares não foi possível agendar encontro, mesmo após várias tentativas por telefone, visita domiciliar e recados via ACS. Por fim, duas indicações de familiares foram feitas pelas equipes da USF Santa Tereza, tendo em vista o conhecimento sobre as famílias e pela facilidade de acesso aos mesmos, pois no período do trabalho de campo uma equipe da ESF Santa Tereza estava organizando a demanda de

usuários e familiares por receitas médicas de medicações psicotrópicas, destinando as tardes de quarta-feira para tal atendimento. Portanto, como mencionado anteriormente, o grupo de usuários e o grupo de familiares ficaram constituídos de 16 e 12 entrevistados, respectivamente.

O local da realização das entrevistas com usuários e familiares foi o mais conveniente para os próprios sujeitos do estudo. Dos 16 usuários entrevistados, nove foram ouvidos no domicílio e sete na USF; e dos 12 familiares entrevistados, sete foram visitados no domicílio e cinco compareceram à USF.

Nas entrevistas realizadas nos domicílios, os ACS foram fundamentais para conduzir-nos até os usuários e familiares, por causa da dificuldade de acesso às residências, mas principalmente pela periculosidade em andar pelo bairro sem a companhia de alguém que residisse na região e que fosse conhecido pelos demais moradores. Assim, enquanto ocorria o encontro entre pesquisadores e usuários e/ou familiares, o ACS realizava outras atividades próximas à residência em que estávamos, a fim de cumprir suas atribuições e permitir-nos privacidade.

Vale ressaltar que, em uma família visitada, tanto o usuário quanto o seu familiar recusaram-se em participar da pesquisa, mesmo após explicação detalhada do estudo e de sua relevância para a assistência em saúde mental na ESF, bem como pelo fato de eles me conhecerem há pelo menos um ano – o que gerou frustração inicial por não tê-los convencido. Posteriormente, refletindo sobre esse fato, fiquei contente em saber que eles, mesmo sabendo da importância do estudo, negaram-se educadamente, demonstrando em certa medida o exercício de seu direito de tomar suas próprias decisões – liberdade e autonomia.

Por ocasião das entrevistas com cada indivíduo em todos os grupos – profissionais de saúde, ACS, usuários e familiares –, além da apresentação e da assinatura do TCLE, foi realizado um levantamento de dados sociodemográficos para caracterização dos sujeitos do estudo (APÊNDICE B), apresentados na etapa de descrição dos resultados da pesquisa.

5.5 Análise das informações

Para atender aos objetivos deste estudo, trabalhei com as convergências das informações da categoria dos *motivos para* dos sujeitos entrevistados. Tais

descrições foram submetidas à análise fenomenológica em consonância com o referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz.

Para organização e categorização dos resultados, foram empregados passos que vêm sendo utilizado por pesquisadores da área de enfermagem^(27,105,119-121) que utilizam o referencial da fenomenologia social. Dessa maneira, foram seguidas as seguintes etapas:

- 1) Leitura atenta das falas para captar a situação vivenciada e os *motivos para* dos sujeitos;
- 2) Identificação de categorias concretas que abrigam os atos dos sujeitos;
- 3) Releitura das falas para selecionar e agrupar trechos que contivessem aspectos significativos semelhantes das ações dos sujeitos;
- 4) A partir das características típicas das falas, estabelecer o significado das ações dos sujeitos, buscando descrever o típico da ação de cada grupo social – profissionais de saúde, ACS, usuários e familiares.

Para produzir descrições da vida social, a partir do ponto de vista dos atores, são necessárias aptidões e atitudes do pesquisador, tais como a empatia e a tentativa de colocar-se no lugar do outro para olhar a sociedade como se dela fizesse parte desde sempre. No entanto “essas são qualidades difíceis de padronizar, que não podem, facilmente, tornar-se rotinas de trabalho”⁽¹⁰⁴⁾.

O método qualitativo em sociologia comporta constantemente uma parte de invenção e de improvisação para adaptar-se às diferentes situações, propiciando a realização da pesquisa⁽¹⁰⁴⁾. Entretanto a condução de estudos nesta perspectiva deve preservar seu rigor advindo das regras do referencial utilizado.

Frente a isso, o referencial da fenomenologia social alega que os construtos das ciências sociais são interpretações que o pesquisador realiza a partir dos construtos feitos pelos atores no cenário social, cuja ação social o pesquisador precisa investigar de acordo com as regras de procedimentos da sua ciência⁽⁹⁷⁾.

Desse modo, segui os passos de análise, descritos anteriormente, com o intuito de sustentar o rigor da minha reflexão de *voltar às coisas mesmas*, ou seja, à fala originária das experiências vividas dos sujeitos em relação ao fenômeno em estudo – o significado das ações voltadas para saúde mental na ESF.

Na redação das falas, cada grupo de sujeitos entrevistados foi representado por uma letra maiúscula, seguida do número correspondente à ordem com que a entrevista foi realizada. Assim, os profissionais de saúde foram representados pela

letra *P*, os ACS pela letra *A*, os usuários pela letra *U* e os familiares pela letra *F*. Nessa lógica, P7 representa o sétimo profissional entrevistado, A2 o segundo ACS entrevistado, U10 o décimo usuário entrevistado, F5 o quinto familiar entrevistado, e assim por diante. Com isso, busquei preservar o anonimato dos sujeitos do estudo.

Apresento ainda alguns símbolos para facilitar o entendimento do texto, os quais estão classificados a seguir:

... – utilizo reticências no fim de uma frase quando o entrevistado não conclui a mesma, sem comprometer o sentido daquilo que é expresso por ele.

[] – utilizo colchetes quando for necessário fazer alguma supressão de parte do texto, ou explicitar alguma palavra ou mesmo uma ideia que esteja implícita no recorte da fala, mas que está mencionada claramente na entrevista descrita na íntegra.

(K, W, X, Y, Z) – utilizo letras maiúsculas para garantir o anonimato das pessoas que foram mencionadas nas falas, sejam elas profissionais de saúde, ACS, usuários ou familiares.

Para facilitar a leitura dos depoimentos, algumas palavras e expressões foram suprimidas do corpo do texto, como *né*, *sabe*, *aham*, *hum*, entre outras, sem alterar o seu sentido. Além disso, preservei nos depoimentos a linguagem coloquial utilizada pelos entrevistados.

5.6 Considerações éticas

Para a execução deste estudo, foram cumpridas as exigências legais e éticas. Esta pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, mediante parecer consubstanciado sob número 001.015735.10.9 (ANEXO B), sendo também registrada e aprovada pela Comissão de Pesquisa da EE/UFRGS (ANEXO C).

Nos encontros com cada sujeito deste estudo, foram apresentados o objetivo, a relevância e o método de coleta de informações. Cada um ainda foi informado sobre a garantia de sigilo e confidencialidade quanto às informações prestadas, e foi assegurado o direito de ser esclarecido ou de abandonar o estudo em qualquer etapa do processo, sem danos à sua integridade.

A partir do aceite de participação voluntária dos sujeitos, foi assinado o TCLE contendo as informações citadas anteriormente, sendo esse documento assinado pelo pesquisador e por cada sujeito de pesquisa, ficando uma cópia para cada um deles (APÊNDICE C).

Esta tese cumpriu as exigências estabelecidas pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁵⁾, que trata sobre os aspectos éticos com pesquisa envolvendo seres humanos. Além disso, foi solicitado aos coordenadores dos estabelecimentos de saúde, cenários deste estudo, o *Termo de ciência* (ANEXO A) sobre a utilização das unidades como campo de investigação.

As entrevistas com os sujeitos do estudo foram gravadas por meio da utilização de gravador digital e registradas em *compact disc* (CD). Este será preservado sob a minha guarda por cinco anos a contar da data de publicação dos resultados deste estudo junto à UFRGS. Após esse período, o material será inutilizado, conforme as recomendações da Lei de Direitos Autorais nº. 9.610/98⁽¹²²⁾.

Outro aspecto ético importante a ser considerado, previsto nesta pesquisa, diz respeito à garantia de devolução dos resultados do estudo aos sujeitos envolvidos. Esta devolução é uma responsabilidade social do pesquisador, o qual deve fornecer aos envolvidos o relatório de pesquisa impresso, bem como propiciar espaço de discussão acerca dos achados junto aos participantes, contribuindo assim para a reflexão e construção de conhecimento coletivo⁽¹²³⁾, potencializando as possibilidades de transformação dos campos desta pesquisa e de espaços semelhante a esses.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a compreensão do *significado das ações voltadas para saúde mental na ESF* foi construída a partir da análise das falas dos sujeitos entrevistados contendo suas experiências vividas em relação ao fenômeno em estudo. Dessa maneira, parti de um contexto de descrições subjetivas singulares de cada sujeito para a construção de um contexto de significado objetivo (tipificado da ação), característico de cada grupo de sujeitos – profissionais de saúde, ACS, usuários e familiares.

Os resultados aqui apresentados foram constituídos mediante idas e vindas às falas dos sujeitos, em um processo de desvelamento do fenômeno que se deu na medida em que lia e relia o material empírico. Tendo como referência os passos de análise descritos anteriormente, iniciei esta etapa analisando as entrevistas dos profissionais de saúde e, somente quando tal grupo foi concluído, segui à análise do grupo de ACS.

Em ambos os grupos realizei a leitura de todas as entrevistas com intuito de ter uma noção geral sobre as experiências vividas dos entrevistados. Nessa aproximação inicial das falas, bem como ao longo do processo de análise, reportava-me continuamente à questão de pesquisa da tese e aos seus objetivos.

Para atender ao primeiro objetivo específico desta pesquisa, iniciei a identificação das ações voltadas para a saúde mental na concepção dos sujeitos – profissionais de saúde e ACS. Tendo em vista que o foco central desta tese é o significado dessas ações, tornou-se fundamental identificá-las previamente, para, a partir delas e das falas dos sujeitos sobre elas, compreendê-las fenomenologicamente.

Cumprida essa etapa, com intuito de preservar o rigor fenomenológico de minhas reflexões, segui minuciosamente os passos de análise. Assim, por meio da leitura atenta das entrevistas dos sujeitos busquei captar os *motivos para* frente às situações vivenciadas, ou seja, procurei apreender suas intenções quando realizavam ações voltadas para saúde mental na ESF.

Posteriormente, por meio da leitura seletiva dos *motivos para* destacados, procurei identificar categorias concretas que abarcassem as ações dos sujeitos, ou seja, categorias que revelassem o significado das ações voltadas para saúde mental na perspectiva dos sujeitos entrevistados. Essa categorização foi ilustrada pela

seleção de fragmentos das falas dos sujeitos que comportavam o significado das ações, de acordo com cada categoria concreta construída.

Nos fragmentos das falas selecionadas, há situações vivenciadas que compõem a essência do fenômeno. Desse modo, meu interesse frente a ele foi de explicitá-lo em variação e amplitude, apreendendo-o da maneira mais abrangente possível, mas preservando sua ideia central, sua essência. É importante destacar ainda que alguns trechos de falas não são necessariamente excludentes, pois frases e períodos aparecem, eventualmente, em mais de uma categoria.

Por fim, a construção desse arcabouço de falas organizadas em suas respectivas categorias concretas permitiu descrever o que é típico delas, revelando, portanto, as características típicas das ações dos profissionais de saúde e ACS. É uma espécie de *síntese de reconhecimento*⁽⁹⁷⁾ que emergiu da descrição das vivências dos sujeitos quando eles realizam ações voltadas para saúde mental na ESF. A partir dessa descrição, enquanto pesquisador, busquei realizar uma análise compreensiva sobre essas tipificações para compreender o significado das ações.

Após a conclusão da análise compreensiva dos profissionais de saúde e ACS, dei início ao processo de análise das falas dos usuários, seguida pela análise das falas dos familiares entrevistados. Nesses dois últimos grupos, o significado de suas ações reporta-se às expectativas dos sujeitos ao buscar atendimento da equipe da ESF. Assim, de acordo com o referencial de Schutz⁽¹⁰³⁾, essas expectativas traduzem os *motivos para* dos sujeitos.

A construção das categorias concretas de usuários e familiares seguiu a mesma lógica de reflexão de acordo com os passos de análise – captação da ideia geral das falas (primeira aproximação), seguida pela leitura atenta para captar os *motivos para* dos sujeitos; a construção das categorias concretas e o recorte de falas para apresentá-las; e, por fim, a descrição do típico da ação dos sujeitos em buscar atendimento da equipe da ESF, seguida pela análise compreensiva.

É importante ressaltar que as categorias concretas apresentadas representam, de acordo com Schutz⁽⁹⁷⁾, os *construtos de segundo grau*, pois são interpretações que faço das descrições imanentes dos sujeitos, de suas experiências vividas em relação às ações voltadas para saúde mental na ESF. Assim, o conjunto das falas dos sujeitos entrevistados representa os *construtos de primeiro grau* que, ainda segundo o referencial de Schutz⁽⁹⁷⁾, são descrições acerca

do fenômeno que comportam as interpretações daqueles que o vivenciam no cotidiano, no mundo social.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito à delimitação de tais categorias concretas. Essa construção deu-se fundamentalmente a partir do reconhecimento de que a situação biográfica de cada sujeito entrevistado faz-se presente na sua fala, da qual emergiram suas descrições singulares acerca do fenômeno em estudo.

Contudo a construção dessas categorias é mediada também pela minha situação biográfica, pois, embora meu olhar seja orientado pelas regras da fenomenologia, faço-o a partir do local que ocupo no mundo social, isto é, como enfermeiro e pesquisador que intenciona responder a uma questão que se mostra como fenômeno. Nesse sentido, as construções das categorias deste estudo foram mediadas tanto pela situação biográfica dos entrevistados como pela do pesquisador.

Por fim, cabe destacar a etapa de validação dos achados da pesquisa, especificamente acerca da confirmação do típico da ação dos respectivos grupos de sujeitos entrevistados. Essa etapa refere-se ao postulado de adequação do referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz⁽¹⁰³⁾, o qual propõe que a descrição final do típico da ação deva ser compreensível tanto para o ator da ação, quanto para seus semelhantes, em termos de interpretações de sentido comum da vida cotidiana. O cumprimento desse postulado garante a compatibilidade entre a descrição do típico da ação operada pelo pesquisador social e as experiências de sentido comum dos sujeitos da realidade social⁽¹⁰³⁾.

Com intuito de responder ao postulado de adequação⁽¹⁰³⁾, após a conclusão da descrição do típico da ação de cada grupo de sujeitos entrevistados nesta pesquisa – profissionais de saúde, ACS, usuários e familiares – entrei em contato com pelo menos metade deles para confirmar se a descrição ora construída era reconhecida por eles enquanto ações típicas voltadas para a saúde mental na ESF. O detalhamento desse contato encontra-se descrito no tópico referente à *categoria concreta e o típico da ação* de cada grupo de sujeitos.

Procurei organizar e apresentar os resultados de maneira que permitisse uma leitura mais fluida e coerente com as etapas de desvelamento do fenômeno em estudo. Dessa maneira, estruturei a apresentação em três blocos. O primeiro descreve as intenções dos profissionais de saúde e dos ACS quanto às ações

voltadas para saúde mental na ESF, partindo da caracterização dos sujeitos e das ações até a construção do típico da ação e a análise compreensiva de cada grupo; o segundo bloco expressa as expectativas dos usuários e dos familiares quando buscam atendimento da equipe da ESF, partindo também da caracterização dos sujeitos, da identificação do típico da ação e culminando com a análise compreensiva de cada grupo; e o terceiro bloco articula o típico da ação apresentado nos blocos anteriores, confrontando as intenções de profissionais e ACS com as expectativas de usuários e familiares, explorando o conceito de reciprocidade de perspectivas do referencial de Schutz^(97,103).

6.1 Intenções dos profissionais de saúde e dos ACS quanto às ações voltadas para saúde mental na ESF

6.1.1 Perspectiva dos profissionais de saúde

6.1.1.1 Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados e de suas ações

Considerando que as minhas interpretações são elaboradas a partir das interpretações das ações dos sujeitos que vivenciam o fenômeno em estudo, torna-se necessário apresentar alguns aspectos que compõem suas situações biográficas.

O quadro 1 mostra algumas características dos sujeitos entrevistados quanto a sexo, faixa etária, profissão, obtenção do título profissional, tempo que atua em ESF, tempo que atua na equipe da ESF entrevistada e experiência anterior na área de psiquiatria e saúde mental.

Dos nove profissionais de saúde entrevistados, oito são do sexo feminino (89%), com idades variando entre 30 e 49 anos (89%), pertencentes à categoria profissional da enfermagem (78%), sendo quase a metade dos entrevistados técnicos de enfermagem (45%). Isso retrata que a maioria desses profissionais é mulher, atua na área de enfermagem e está na faixa etária produtiva de sua vida (adulto jovem e maduro).

| Características | n | % |
|--|----------|----------|
| Sexo | | |
| Feminino | 8 | 89 |
| Masculino | 1 | 11 |
| Faixa etária | | |
| ≤ 29 anos | 0 | 0 |
| 30 a 39 anos | 4 | 44,5 |
| 40 a 49 anos | 4 | 44,5 |
| ≥ 50 anos | 1 | 11 |
| Profissão | | |
| Técnico de enfermagem | 4 | 45 |
| Enfermeiro | 3 | 33 |
| Médico | 2 | 22 |
| Tempo de obtenção do título profissional | | |
| ≤ 9 anos | 2 | 22 |
| 10 a 19 anos | 5 | 56 |
| ≥ 20 anos | 2 | 22 |
| Tempo que atuam em ESF | | |
| ≤ 4 anos | 1 | 11 |
| 5 a 9 anos | 2 | 22 |
| ≥ 10 anos | 6 | 67 |
| Tempo que atuam nessa equipe da ESF | | |
| ≤ 4 anos | 3 | 33 |
| 5 a 9 anos | 1 | 11 |
| ≥ 10 anos | 5 | 56 |
| Experiência assistencial anterior em psiquiatria e saúde mental | | |
| Não | 8 | 89 |
| Sim | 1 | 11 |

Fonte: dados primários coletados durante as entrevistas.

Quadro 1 - Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados das USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010

A maior parte dos profissionais de saúde possui entre uma e duas décadas de obtenção do título profissional (56%), sendo que seis deles (67%) atuam na ESF há pelo menos 10 anos, e praticamente metade (56%) na mesma equipe. Esses dados mostram que tais profissionais possuem uma trajetória de tempo importante no trabalho em saúde e na perspectiva da ESF, bem como no convívio com os mesmos colegas de trabalho nesse período.

Em relação à experiência prévia em psiquiatria e saúde mental, oito (89%) referiram não possuir qualquer experiência anterior.

Para a construção da caracterização das ações dos profissionais, utilizei como critério o agrupamento das ações identificadas nas suas falas como uma ação voltada para saúde mental desenvolvida no trabalho na ESF. Foram excluídas aquelas ações que não se mostraram presentes em mais de uma fala. Assim, foram agrupadas de acordo com suas semelhanças, compondo quatro eixos, sendo eles: 1) Realizar consultas, grupos e visitas domiciliares; 2) Escutar, orientar e acolher; 3) Relatar vivências; 4) Direcionar fluxos na equipe da ESF.

Neste estudo, as ações identificadas como *ações voltadas para saúde mental na ESF* foram tomadas enquanto aquelas sobre as quais os profissionais afirmam realizar em seu cotidiano de trabalho e a que atribuem significado particular. Portanto não defini *a priori* quais ações seriam consideradas *voltadas para saúde mental*, mas optei por identificá-las a partir das falas dos profissionais.

A seguir apresento recortes de falas das ações aqui delineadas.

✓ Realizar consultas, grupos e visitas domiciliares

As ações que eu desenvolvo são os grupos de educação em saúde, promoção de saúde, grupo de convivência com idosos, grupo de gestante também que é um grupo a gente foca bastante na saúde mental. Grupo de idosos que são grupo de convivência que a gente faz atividade além de integrar eles, atividade de passeios, de conhecer lugares culturais, museus e outros espaços culturais [...]. A gente faz também grupo de gestante que a gente trabalha com a saúde mental nessa população, nessa fase de vida que é uma fase toda particular cheio de peculiaridades [...]. Faço consultas também de saúde mental, assim, mas daí é individual, algumas de casal, algumas de família e é mais difícil por causa da demanda. [...] em visita domiciliar também, a gente faz, eu faço intervenções familiares quando tem algum paciente identificado que a gente percebe naquela família que está em sofrimento psíquico a gente vai lá, vários casos em que fui à família, conversei com toda a família [...]. Faço consultas também de saúde mental, assim, mas daí é individual, algumas de casal, algumas de família, é mais difícil por causa da demanda, muitas vezes, eu tento fazer [...]. Atendimento individual, grupo, visitas, acho que é isso [...]. As ações de saúde mental nossa são essas mesmo que já tinha citado, as visitas domiciliares, acompanhamento das famílias (P1).

As atividades que a gente desenvolve, hoje, nos grupos de hipertensão, de gestante, da asma, as crianças do horto, isso é a saúde mental, isto eu considero, [...] porque além de vir falar sobre uma determinada patologia como ela se dá, como é o tratamento, mas também é o momento de relacionamento, de sair de casa, que estava sozinho, abandonado, é um ponto de encontro, de conversa, de interação de ver amigos, de chorar de vez em quando [...]. Eu participo do grupo de gestantes, [...] do grupo das crianças do horto e quando solicitado eu também participo das atividades dos grupos de hiperdia e claro dos grupos de festas, essas comemorações [...] festa para mim é sinal de saúde (P2).

Eu fazia um grupo de mulheres [...] estava sendo muito bom porque elas aprendem a ter auto-estima, aprendem se valorizar, a se impor diante de todo mundo [...] e a

gente começou a trabalhar isso também nos grupos de gestantes [...]. A gente ensinou a massagem que o pai poderia fazer na gestante [...] é um relaxamento, para ela sentir que ele está em contato com ela (P3).

Eu procuro dentro de uma consulta de enfermagem verificar se existe alguma coisa de conflito de saúde mental e tentar conversar com a pessoa [...]. É mais a conversa dentro de consultório [...]. O acolhimento que é eu e a outra enfermeira que fazemos de manhã cedo, as pessoas vêm, retiram uma fichinha e a gente vai chamando ficha 1, ficha 2, para ver o que as pessoas querem; que também não deixa de ser uma saúde mental porque, muitas vezes, não é físico é mental que eles querem, o problema deles (P5).

Eu desenvolvo os atendimentos, atendimentos gerais, específicos para queixa relacionada à saúde mental e, por exemplo, atendimentos gerais em que aparecem queixas relacionadas à saúde mental. Em todas as consultas a gente tem um momento de saúde mental [...]. As visitas domiciliares acabam sendo uma ação bem grande em relação à saúde mental das pessoas porque tu vai, tu vincula, tu tem outro tipo de relacionamento com o paciente fora do ambiente do posto de saúde e isso aí tem uma influência bem forte na saúde mental dos pacientes, eles se sentem muito acolhidos, bem quistos [...]. A gente tem muito idoso que fica sozinho em casa, e isso acaba sendo um resgate importante no bem-estar da pessoa, no convívio dela social, [...] então, essas visitas domiciliares e o atendimento, quando o paciente vem até o posto, acabam resolvendo e atuando nessa parte (P6).

No dia-a-dia eu faço a escuta, é no acolhimento, é em uma consulta, é nos procedimentos de enfermagem (P9).

✓ Escutar, orientar e acolher

[...] às vezes é só escutar, só escutar é suficiente (P2).

É a escuta, para mim a escuta é fundamental [...]. Nós aqui, é mais isso, a escuta, acho que todo mundo tem que ser escutado e toda escuta deve ser valorizada porque o que pode parecer para mim banal, besteira, para ele não é, para ele é sério [...]. A escuta, esses anos que tenho trabalhado aqui, ela tem sido muito boa, qualquer um pode fazer essa escuta, qualquer profissional que está aqui dentro, mas a gente vê assim, quando ele cria vínculo, quando tu cria confiança com paciente, tu não banaliza ele, tu não desacredita ele, ele volta, ele vai sempre procurar, às vezes ele vem, [...] escolhe porque ele sentiu confiança, ele aprendeu a confiar, ele vai vir até aqui [...]. Para mim, o Programa da Saúde da Família é escutar, é ter ouvido, parar tudo o que está fazendo e olhar na cara dele, nos olhos dele e escutar, e ter uma postura de não tornar tudo aquilo banal, não tornar aquilo uma queixa sem importância [...]. Saúde mental para mim é o acolher, é o escutar [...]. Acho que a escuta tem quem ser para tudo mundo (P3).

Eu converso com as pessoas (P4).

Eu procuro dentro de uma consulta de enfermagem verificar se existe alguma coisa de conflito de saúde mental e tentar conversar com a pessoa [...]. O fulano [usuário com diagnóstico de esquizofrenia] é assim, se ele ver que a próxima ficha é a outra enfermeira que está chamando ele passa a vez porque ele acha que eu resolvo mais. Na verdade não é que resolvo mais, eu ouço mais ele e converso mais com ele [...] então, ele tem esse vínculo maior [...]. Eu sinto que o ouvir, só o ouvir para eles

já está bom porque é um desabafo porque eles usam a gente como um psicólogo, tu pode até não falar nada, só ouve, ouve, ouve e ouve que para eles já está bom (P5).

Em todas as consultas a gente tem um momento de saúde mental, são voltadas para orientação, bem-estar, coisas assim [...]. A gente tem alguns doentes mentais ali e a gente vai tentando, orientando (P6).

A gente tenta ali na recepção acolher da melhor maneira possível, chamar para uma sala, tentar conversar (P7).

Nós profissionais, [...] a gente conversa muito sobre esse negócio de filhos [...] então ela está se apoiando muito a mim, para gente conversar, que ela quer apoio [...]. Eu tenho muitos pacientes que vão lá em casa para fazer uma injeção, aí se sentam e começam a conversar sobre o marido, que o marido bate, não dá dinheiro, que o marido é isso e aquilo [...]. Eu deixo eles falarem, [...]. Todos os dias vem um caso assim, no serviço e em casa também [...]. A gente precisa ter uma pessoa para conversar, acho que ações voltadas para a saúde mental é isso, tem que conversar, se abrir com alguma pessoa, e, geralmente, eles vão em casa me pedir uma coisa, pedir um favor, e nesse favor já começa a desenvolver outras coisas [...]. Então, com essas ações, eu acho que não faço nada, só escuto, [...] eu acho que só escuto e falo, falo, falo “não fiz nada!”. [...] é mais essas coisas assim que eu te falei, no armazém, quando vou fazer uma injeção ali, fazer uma vacina, uma coisa, na vacina a pessoa já começa a falar..., em casa, quando estou em casa, [...] e ali já vai desenvolvendo toda uma estrutura naquele assunto [...]. É assim, não é como a fulana [médica], por exemplo, a pessoa vem para isso, conversar com ela sobre isso, eu é mais o casual, na rua (P8).

Me apoio na escuta, no apoio, em orientações [...]. No dia-a-dia eu faço a escuta, é no acolhimento, é em uma consulta, é nos procedimentos de enfermagem [...]. Então, o que eu me limito assim para fazer, dar um atendimento a todo paciente que vem a nível de escuta e de orientação naquilo que eu consegui, até onde eu consegui ir [...]. A gente tenta auxiliar, dar uma sugestão de ajuda assim e sai bem, e acho que isso é bom porque eles retornam (P9).

✓ Relatar vivências

Então, para que ela se sinta acolhida [gestante], que ela se sinta inserida ali, [...] eu que sou mulher passei por isso [...], isso é vivência, tu traz e ensina [...], é tentar trazer a tua vivência como pessoa para eles (P3).

Eu converso com as pessoas, porque eu conto o que passei e o que deixei de passar e hoje estou aqui (P4).

É mais a conversa dentro de consultório, aquilo que eu acho que eu posso ser algum exemplo de alguma coisa de dar alguma esperança para essas pessoas em relação a algum problema de saúde mental que elas tenham (P5).

Eu tenho muito paciente que vão lá em casa para fazer uma injeção, aí se sentam e começam a conversar sobre o marido, que o marido bate, não dá dinheiro, que o marido é isso e aquilo, e eu já começo a falar dos meus filhos para ela, “meu filho trabalha para me ajudar”, essas coisas, acho que isso é coisa de saúde mental [...]. Então no dia-a-dia, sempre tem pessoa que vem a mim perguntar “[...] briguei com o meu namorado, briguei com meu marido, o marido está bebendo, está usando droga,

o que eu faço?”, [...] daí eu já digo, “eu tenho um primo meu que está nessa situação” e essas coisas assim (P8).

✓ **Direcionar fluxos na equipe da ESF**

Acolher os homens também [...], se ele tem uma queixa vamos valorizar e depois saber dirigir os fluxos, bom isso é uma coisa [...] com o enfermeiro... (P3).

Quando eu vejo que tem alguma coisa de sofrimento mental, eu passo para doutora [médica] (P5).

[...] tu chama para uma sala, tu tenta conversar, tu chama médica, fala com a enfermeira e tenta passar com ele para não ficar irritado ou tumultuar ali [recepção] (P7).

Quando for patológico, eu sempre me direciono para os profissionais colegas que dominam isso, quando é patológico, está com distúrbios, está com transtorno, está em crise (P9).

6.1.1.2 **Categorias concretas e o típico da ação dos profissionais de saúde**

Conforme os passos de análise percorridos, os *motivos para* dos profissionais de saúde emergiram de suas falas em um movimento de idas e vindas às descrições, mediadas por reflexão. Inicialmente, identifiquei os *motivos para* comuns aos profissionais, que me permitiram descrever cinco categorias concretas, ou seja, as intenções desses profissionais frente às suas ações, sendo elas: minimizar o sofrimento do usuário; fortalecer o usuário e dar condições para ele resolver seus conflitos; inserir o usuário no convívio comunitário; melhorar a vida do usuário, tornando-o mais confiante, saudável e feliz; e sugerir ao usuário a ESF como recurso de acolhida em situação de sofrimento.

Entretanto observei posteriormente que tais construções remetem a duas ideias principais que abarcam o significado do típico das ações dos profissionais entrevistados. A primeira é voltada para bem-estar do usuário, a qual comporta os aspectos descritos nas quatro categorias inicialmente identificadas; e a segunda, voltada para a construção de confiança e vínculo entre profissionais da ESF e usuários.

As duas categorias concretas que se mostraram a partir das falas dos profissionais foram: **proporcionar bem-estar ao usuário** e **reconhecer a ESF como espaço de acolhida do usuário**. Dessa maneira, a intencionalidade dos profissionais em uma das categorias volta-se eminentemente para atender

necessidades e demandas do usuário, e a outra, por sua vez, volta-se para a relação entre usuário e equipe/USF.

A seguir, apresento recortes de falas das intenções dos profissionais nas suas respectivas categorias concretas.

✓ **Proporcionar bem-estar ao usuário**

Grupo de idosos que são grupo de convivência para fazer a inserção dessa população [...]. Conversei com toda a família para integrar todo mundo sobre o que estava acontecendo. [...] que os pacientes [...] se sintam mais fortalecidos e consigam se gerir e autogerir, e perceber que eles mesmos tenham os recursos dentro deles para lidar com os problemas, resolver os problemas deles [...]. Eu espero que eles [...] se fortaleçam, eu acredito que eles vão adoecer menos, que eles vão procurar menos os serviços de saúde para adoecimento e sim para promoção de saúde ou para prevenção primária, que venham com outros objetivos procurando a gente e não só doença (P1).

Que ela tenha o seu sofrimento minimizado [...] a gente conseguir fazer que esses jovens, que essas crianças, aprendam respeitar, saibam que usar drogas, beber, fumar pode ter algumas vantagem que eles vêem na comunidade, que esse não é o único caminho e que eles têm que estar muito bem para fazer essas escolhas por mais que às vezes a gente acha que eles não têm escolha. [...] que eles possam desenvolver na construção da sua saúde mental essa capacidade de parar um minuto e dizer assim “eu posso ter outra opção além dessa [...]”. O grupo das crianças tem uma coisa do respeito, do tratar o outro com afetividade, de limite, de entendimento do seu corpo, do entendimento do que é certo e do que é errado [...] a gente trabalhar isto é criar indivíduos mais saudáveis e mais tolerantes, [...] que ele possa entender que o outro possa estar vivendo situações piores do que ele está imaginando [...]. Quando eu penso no indivíduo, eu penso no indivíduo feliz, mesmo que ele tenha uma doença que se chame terminal, eu acredito que mesmo assim ele seja capaz ainda de ser feliz e não ser rancoroso ou ranzinza. Eu acho que a gente tem que buscar isso! [...]. Mesmo aqueles que não são atendidos, a gente procura ofertar algo para que eles se sintam bem, até para que ele entenda que o problema que ele está sentido não é tão grande quanto do vizinho que está ali aguardando (P2).

Que ele passe a perceber que ele está melhor, que ele está melhorando, que ele está buscando, que ele está lutando, que está tentando mudar, [...] para que a pessoa consiga perceber que ele tem escolha sim. [...] com a escuta da gente, com o atendimento da gente, que ele possa dizer “não, as gurias sempre me dizem isso, que eu tenho escolha” é como se escolhesse entre o bem e o mal e ele diga “não, eu vou para o bem porque o bem [...] serve” [...]. Incentivar a autoestima delas [mulheres], acho que a autoestima da comunidade é muito..., elas se depreciam muito [...]. A gente espera que o que a gente faz traga uma melhora para a pessoa, para o indivíduo em si, para melhorar a vida dele [...]. A gente pode estar interagindo com esses pacientes para que eles melhorem (P3).

A pessoa se sentir melhor, mais confiante de si própria, que ela podia conseguir as coisas bem melhor do que ela queria (P4).

Eu espero resolutividade que as pessoas saiam pelo menos com 50% daquilo que elas procuram resolvidos (P5).

O que a gente está tentando sempre é tentar manter o paciente que está com algum transtorno em saúde mental o mais dentro possível da normalidade, que ele possa ter um convívio comunitário o mais normal possível, dentro da limitação que a doença traz para ele [...]. A gente facilita para ele em até se inserir em trabalho e conseguir carteira de trabalho, alguma coisa, [...] e ele tentar até algum vínculo comunitário, ter alguma atividade laboral mínima dentro das limitações dele que a doença traz [...]. Tenta inserir ele dentro das ferramentas que aqui dispõe, [...] tem grupo para aprender, de manicure no centro ali, a gente inseriu alguns, aqui mesmo na igreja têm alguns para inserção, aprender profissões, a gente tem alguns doentes mentais ali e a gente vai tentando, orientando, buscando [...]. Tentar inserir o máximo possível a pessoa dentro do convívio social, dentro do convívio comunitário [...]. O que a gente sempre busca é trazer essa pessoa para o convívio comunitário, ele vai participar das ações do posto, ele vai como qualquer outra pessoa, participar de acolhimento, ele se insere em todas as coisas que as outras pessoas da comunidade sem agravo mental fazem [...]. O nosso objetivo é fazer com que ele funcione o máximo dentro da normalidade na comunidade, [...] é quebrar aquele negócio do paciente ficar isolado, dele ficar lá no cantinho da casa, lá nos fundos, escondidos como a gente tinha antigamente, o paciente que ficava lá no fundo da casa, gradeado, encerrado, é fugir desse negócio, tentar ao máximo quebrar com isso e tentar trazer ele para o convívio comunitário (P6).

A gente tenta conversar, inserir eles na comunidade (P7).

É ajudar, ouvir porque a gente tem que ouvir, eu tenho as minhas necessidades, eu acho que as pessoas também têm a necessidade de falar o que está sentindo [...]. Então, o objetivo é esse, de ouvir e não comentar, ajudar, dar uma orientação no mínimo, que, às vezes, tu não está afim que a pessoa te diga “tu vai fazer isso, isso e isso”, tu não quer! Tu quer ouvir, tu quer desabafar, falar, falar, falar... (P8).

[...] tem outros que já vem com uma mentalidade mais aberta, já trabalham ou já trabalharam e esses aproveitam mais isso, assim, que eu posso ajudar, posso ajudá-los a resolver que, muitas vezes, resolve sim ou amenizar a dor, que às vezes é dor, uma perda, não resolve, mas pelo menos amenizar, por vezes direcionar a eles porque às vezes eles estão perdidos e sempre quando oriento busco isso, amenizar, orientar, direcionar e, se for possível, solucionar sim. [...] fortalecer a pessoa [...]. Espero o bem estar desse paciente [...]. Então, na verdade, esse bem-estar é deles conseguirem resolver seus conflitos, seus atritos, seus problemas, o que está incomodando [...]. Quando, às vezes, eles vêm e dizem assim “olha eu consegui e deu certo”, quando eu vejo que eles retornam, e eles na próxima fala eles conseguiram entender, que eles estão indo, estão procurando (P9).

✓ Reconhecer a ESF como espaço de acolhida do usuário

[...] que eles tenham, toda vez que a gente promove alguma atividade de saúde mental que eles melhorem o vínculo com o serviço de saúde e com isso melhorando o vínculo com a gente, com os profissionais, eles acabam melhorando a adesão as coisas que a gente propõe, melhora tudo, a qualidade de vida, o humor [...]. Eu acredito que eles vão adoecer menos, que eles vão procurar menos os serviços de saúde para adoecimento e sim para promoção de saúde ou para prevenção primária, que venham com outros objetivos procurando a gente e não só doença (P1).

Minha expectativa é que ele seja bem acolhido [...]. Então, trazer eles, fazer com que eles entendam, participem, conheçam o serviço, entendam a mensagem do serviço e a proposta nossa de trabalho (P2).

Que ele saiba para onde correr, saiba para onde vir, saiba onde buscar, que a gente está aqui (P3).

Tentar o máximo possível agilizar para que ele passe daquele problema, que na verdade, o problema é tratar o filho drogado [...]. A gente tenta minimizar o máximo possível, com conhecimento que a gente tem da pessoa, tem alguma coisa que nele não dá, ele não vai poder ficar na fila, ele tem que ser visto todo dia [...]. Que ele venha, que a gente saiba onde ele está, que ele tenha apoio aqui e é isso aí a gente está buscando todo dia, quebrar com esse negócio dele ficar isolado, escondido lá dentro da casa dele e fechado a chave, que ele possa aqui [USF] ter um lugar para expressar, para conviver, para poder circular mesmo (P6).

É tirar ele daquele momento dali e tentar passar e tentar resolver o problema dele no momento. [...] para ele perceber que não é diferente, que a gente tenta resolver e tratá-lo da melhor maneira possível (P7).

[...] que eles saibam que podem voltar, que de mim eles podem vir, podem buscar, que aquilo que tenho condições de ofertar a eles eu faço. [...] e sentir que quando precisar, eles podem voltar (P9).

A composição dessas categorias permitiu construir o **típico da ação** dos profissionais em relação às ações voltadas para saúde mental desenvolvidas no cotidiano de trabalho. Esse típico comporta as intenções desses profissionais, imprimindo às suas ações um significado.

Desse modo, quando os profissionais realizam consultas, grupos e visitas domiciliares; quando escutam, orientam e acolhem os usuários; ou mesmo quando relatam suas vivências e direcionam fluxos na equipe da ESF, eles esperam **proporcionar bem-estar ao usuário**, minimizando seu sofrimento e estimulando a resolução de seus conflitos, tornando-o responsável em conduzir sua vida e em fazer escolhas conscientes. Tornando-o mais confiante, saudável, feliz e inserido no convívio comunitário, esperam **reconhecer a ESF como espaço de acolhida do usuário**, promovendo uma relação de confiança e vínculo entre profissionais e usuário.

Para atender ao postulado de adequação⁽¹⁰³⁾, entrei em contato com cinco profissionais de saúde entrevistados, das duas USF, sendo pelo menos um de cada categoria profissional – médico, enfermeiro e técnico de enfermagem – para validar o típico da ação do grupo de profissional.

Assim, após relatar o motivo do contato telefônico, com anuência do sujeito, li pausadamente a descrição do típico da ação apresentada anteriormente. Ao final da leitura, todos concordaram com a descrição, e um deles manifestou surpresa em ouvir uma síntese que manifesta suas ações e intenções quando se trata de ações voltadas para saúde mental na ESF.

6.1.1.3 **Análise compreensiva do típico da ação dos profissionais de saúde**

Analisar compreensivamente o típico da ação dos profissionais implica revelar suas intenções, articulando-as ao referencial adotado nesta tese e eventualmente sustentado com resultados de pesquisas sobre aspectos relacionados ao fenômeno em estudo.

Na medida em que realizo a análise compreensiva das intenções expressas nas categorias concretas do típico da ação dos profissionais em relação às ações voltadas para saúde mental na ESF, necessariamente, retomo as suas ações para aprofundar a análise aqui apresentada.

Os achados desta pesquisa apontam que o significado do típico das ações dos profissionais integra duas categorias concretas: **proporcionar bem-estar ao usuário e reconhecer a ESF como espaço de acolhida do usuário**.

Na categoria **proporcionar bem-estar ao usuário**, os profissionais revelam que, por meio das ações voltadas para saúde mental na ESF, eles buscam minimizar o sofrimento do usuário, estimulando a resolução de seus conflitos, tornando-o mais confiante e inserido no convívio comunitário.

A motivação dos profissionais parece partir do reconhecimento da situação biográfica^(97,103) do usuário, na medida em que eles reconhecem as experiências vividas desses sujeitos, marcadas ocasionalmente por situações envolvendo sofrimento.

[...] que ele possa entender que o outro possa estar vivendo situações piores do que ele está imaginando. [...] a gente procura ofertar algo para que eles se sintam bem, até para que ele entenda que o problema que ele está sentido não é tão grande quanto do vizinho que está ali aguardando (P2).

Eu espero resolutividade que as pessoas saiam pelo menos com 50% daquilo que elas procuram resolvidos (P5).

[...] ter alguma atividade laboral mínima dentro das limitações dele que a doença traz (P6).

Assim, a biografia dessas pessoas é tomada pelos profissionais como uma trajetória reveladora de eventos que possam refletir no atual motivo do encontro usuário-profissional. Isso ocorre porque as vivências do usuário vão moldar seu *estoque de conhecimento à mão*^(97,103), seu esquema de interpretação do mundo, repercutindo na maneira de ele relacionar-se e comunicar-se com o profissional e com os outros.

Neste estudo, com as ações realizadas, os profissionais intencionam “amenizar a dor” e “minimizar o sofrimento” das pessoas, além de permitir a elas “desabafar”, pois qualquer pessoa sente a necessidade de falar sobre suas angústias para alguém em dado momento e situação.

É ajudar, ouvir porque a gente tem que ouvir, eu tenho as minhas necessidades, eu acho que as pessoas também têm a necessidade de falar o que está sentindo. [...] às vezes, tu não está afim que a pessoa te diga “tu vai fazer isso, isso e isso”, tu não quer! Tu quer ouvir, tu quer desabafar, falar, falar, falar... (P8).

[...] que eu posso ajudar, posso ajudá-los a resolver [...] ou amenizar a dor (P9).

Na visão de profissionais da ESF as condições e as situações de vida das pessoas, tais como as condições de moradia, emprego, lazer, educação, relações familiares conturbadas, valores e crenças, são aspectos que interferem no processo saúde-doença mental, podendo tornar-se potencialmente geradoras de sofrimento mental^(71,75).

O reconhecimento da história de vida das pessoas é um elemento importante para compreender seu modo de existir no mundo, ou seja, sua maneira de estar e agir. Dessa forma, a intencionalidade dos profissionais em proporcionar bem-estar ao usuário, amenizando sua dor e seu sofrimento, emerge do reconhecimento de situações da biografia do usuário que repercutem no seu viver atual.

Nesta categoria, a intencionalidade do profissional também está voltada para dar condições para o usuário resolver seus conflitos, problemas e atritos por meio do “fortalecimento” perante situações envolvendo sofrimento.

[...] que os pacientes [...] se sintam mais fortalecidos e consigam se gerir e autogerir, e perceber que eles mesmos tenham os recursos dentro deles para lidar com os problemas, resolver os problemas deles (P1).

Que eles possam desenvolver na construção da sua saúde mental essa capacidade de parar um minuto e dizer assim “eu posso ter outra opção além dessa [...]” (P2).

[...] com o atendimento da gente, que ele possa dizer “não, as gurias sempre me dizem isso, que eu tenho escolha” é como se escolhesse entre o bem e o mal e ele diga “não, eu vou para o bem porque o bem [...] serve” (P3).

Então, na verdade, esse bem-estar é deles conseguirem resolver seus conflitos, seus atritos, seus problemas, o que está incomodando (P9).

Fica evidenciado nas falas que, esse “fortalecimento” em gerir sua vida e administrar seus conflitos é alcançado quando o profissional observa no usuário a capacidade de fazer “escolhas” conscientes frente às adversidades.

Uma importante maneira de estimular essas mudanças nos usuários tem sido a promoção da interação entre as pessoas, como ocorre, por exemplo, nos grupos de educação em saúde. Nestes, os profissionais trabalham a prevenção e a promoção da saúde por meio da informação sobre doenças, mas, sobretudo, visam a proporcionar às pessoas momentos de encontros e relacionamento interpessoal.

[...] os grupos de educação em saúde, promoção de saúde, grupo de convivência com idosos, grupo de gestante também, que é um grupo, a gente foca bastante na saúde mental. Grupo de idosos, que são grupo de convivência que a gente faz atividade além de integrar eles, atividade de passeios, de conhecer lugares culturais, museus e outros espaços culturais (P1).

As atividades que a gente desenvolve, hoje, nos grupos de hipertensão, de gestante, da asma, as crianças do horto, isso é a saúde mental, isto eu considero, [...] porque além de vir falar sobre uma determinada patologia como ela se dá, como é o tratamento, mas também é o momento de relacionamento, de sair de casa, que estava sozinho, abandonado, é um ponto de encontro, de conversa, de interação de ver amigos, de chorar de vez em quando. [...] atividades dos grupos de hiper-dia e, claro, dos grupos de festas, essas comemorações [...] festa para mim é sinal de saúde (P2).

A partir desses encontros, promove-se saúde/saúde mental das/nas pessoas, pois são oportunidades para ampliarem o relacionamento social e, para algumas, de “saírem do isolamento” de suas casas, intensificando as trocas sociais e a inserção no convívio social.

As visitas domiciliares acabam sendo uma ação bem grande em relação à saúde mental das pessoas porque tu vai, tu vincula, tu tem outro tipo de relacionamento com o paciente fora do ambiente do posto de saúde e isso aí tem uma influência bem forte na saúde mental dos pacientes, eles se sentem muito acolhidos, bem quistos [...]. A gente tem muito idoso que fica sozinho em casa, e isso acaba sendo um resgate importante no bem-estar da pessoa, no convívio dela social [...]. O nosso objetivo é fazer com que ele funcione o máximo dentro da normalidade na comunidade, [...] é quebrar aquele negócio do paciente ficar isolado, dele ficar lá no

cantinho da casa, lá nos fundos, escondidos como a gente tinha antigamente, o paciente que ficava lá no fundo da casa, gradeado, encerrado, é fugir desse negócio, tentar ao máximo quebrar com isso e tentar trazer ele para o convívio comunitário (P6).

Assim, além dos grupos (com a realização de passeios ou pelo simples encontro proporcionado às pessoas), essas trocas sociais também têm sido mais intensas quando os profissionais realizam visitas domiciliares, pois estas levam as pessoas a se sentirem queridas pelos profissionais que vão encontrá-las em suas residências.

Então, por meio de suas ações, os profissionais buscam proporcionar interação entre as pessoas em diferentes locais, seja na USF, no domicílio, ou mesmo na comunidade (na rua, no armazém, na casa de um profissional que resida na comunidade), como aparece nas falas seguintes; ou ainda em diferentes momentos em que ocorram encontros entre profissionais e usuários, não somente nas visitas domiciliares e nos grupos, mas também nas consultas, no acolhimento realizado diariamente e nos procedimentos de enfermagem, como na sala de vacina e de curativo.

Eu tenho muitos pacientes que vão lá em casa para fazer uma injeção, aí se sentam e começam a conversar sobre o marido, que o marido bate, não dá dinheiro, que o marido é isso e aquilo [...]. Eu deixo eles falarem, [...]. Acho que ações voltadas para a saúde mental é isso, tem que conversar, se abrir com alguma pessoa. [...] é mais essas coisas assim que eu te falei, no armazém, quando vou fazer uma injeção ali, fazer uma vacina, uma coisa, na vacina a pessoa já começa a falar..., em casa, quando estou em casa, [...] é mais o casual, na rua (P8).

No dia a dia eu faço a escuta, é no acolhimento, é em uma consulta, é nos procedimentos de enfermagem. [...] que eu posso ajudar, posso ajudá-los a resolver que, muitas vezes, resolve sim ou amenizar a dor, que às vezes é dor, uma perda (P9).

Procedimentos técnicos, tais como medir a pressão arterial, o peso e a glicemia capilar podem servir como mediadores da interação usuário-profissional, na medida em que, em situações específicas, frente a usuários com dificuldades na relação interpessoal ou que perderam algum ente querido, os profissionais podem estimulá-los a falar sobre essas dificuldades⁽⁸⁰⁾.

Nesses diferentes espaços, do serviço e da comunidade, observa-se que a principal ação de cuidado em saúde mental utilizada pelos profissionais é a escuta. Ela implica uma postura profissional de acolhimento às demandas das pessoas, sem

juízos morais ou desprezo por suas inquietações, servindo de canal de desabafo, uma espécie de “válvula de escape” para as angústias.

Para mim, o Programa da Saúde da Família é escutar, é ter ouvido, parar tudo o que está fazendo e olhar na cara dele, nos olhos dele e escutar, e ter uma postura de não tornar tudo aquilo banal [...]. Saúde mental para mim é o acolher, é o escutar (P3).

Eu converso com as pessoas, porque eu conto o que passei e o que deixei de passar e hoje estou aqui (P4).

[...] eu ouço mais ele e converso mais com ele [...] então, ele tem esse vínculo maior [...]. Eu sinto que o ouvir, só o ouvir para eles já está bom porque é um desabafo (P5).

A gente tenta ali, na recepção, acolher da melhor maneira possível (P7).

Dessa maneira, fica evidente, no típico da ação dos profissionais, a escuta como essencial para o trabalho em saúde mental na ESF, porque, somada às outras ações, ela permite estabelecer com os usuários um *outro tipo de relação* em que estes se sintam acolhidos pelos profissionais. Portanto observa-se que quase sempre a realização da maioria das ações empregadas é mediada pelo encontro entre profissional-usuário, numa relação intersubjetiva – realizar consulta, visita domiciliar, grupos, escutar, orientar, acolher e relatar vivências.

A interação entre as pessoas é uma importante estratégia de cuidado em saúde mental em serviços como a ESF, tendo a escuta atenta um papel fundamental⁽⁸⁰⁾, bem como o acolhimento^(78,79).

As tecnologias relacionais⁽⁵⁰⁾ mostram-se essenciais no trabalho em saúde mental na ESF, pois são tecnologias realizadas e consumidas no momento em que são produzidas, na relação *face a face*, ocorrida nos encontros entre profissionais e usuários. Esse tipo de relação permite maior aproximação da dimensão existencial das pessoas cuidadas, possibilitando, assim, o desvelamento de suas necessidades e a maior implicação de todos na elaboração e na condução de projetos terapêuticos.

No entanto, ao mesmo tempo em que a escuta é reconhecida em sua importância e como ação comum a todos os profissionais, ela aparece como uma ação quase exclusiva de dadas categorias profissionais, como a psicologia ou mesmo a medicina. Assim, alguns profissionais revelam os limites, tanto da ação de escutar quanto a de orientar, pois, quando eles reportam a essas ações, deixam

transparecer que elas são comumente realizadas por profissionais habilitados para tal.

[...] eles usam a gente como um psicólogo, tu pode até não falar nada, só ouve, ouve, ouve e ouve que para eles já está bom (P5).

É assim, não é como a X [médica], por exemplo, a pessoa vem para isso, conversar com ela sobre isso, eu é mais o casual, na rua (P8).

Esse aspecto revela certo grau de ambiguidade desses profissionais em relação à escuta (e à orientação), levando-os ora a assumir essas ações como conscientes e fundamentais para saúde mental na ESF, ora como ações meramente intermediárias da ação de outro profissional – sendo, portanto, pouco ou mesmo nada resolutiva frente ao que ele oferece quando comparado ao que os outros profissionais oferecem ou que poderiam oferecer.

Quando eu vejo que tem alguma coisa de sofrimento mental, eu passo para doutora [médica] (P5).

Quando for patológico, eu sempre me direciono para os profissionais colegas que dominam isso, quando é patológico, está com distúrbios, está com transtorno, está em crise (P9).

Dessa maneira, a ação de orientar e especialmente a de escutar, em alguns momentos, mostra-se de forma passiva e esvaziada de sentido para o profissional.

Contudo a relação intersubjetiva revelada pelos profissionais tem a característica de uma relação face a face de familiaridade⁽⁹⁷⁾ com o usuário, na medida em que o profissional tenta estabelecer uma relação de proximidade e propiciar um reconhecimento mútuo de subjetividades. Isso fica explícito quando os profissionais *relatam vivências*, compartilhando com o usuário a revelação de situações de sua vida privada. Essa estratégia de ação potencializa a construção de uma relação mais íntima com o usuário, contribuindo para uma relação autêntica, de apreensão mais vívida das subjetividades envolvidas.

Então, para que ela se sinta acolhida [gestante], que ela se sinta inserida ali, [...] eu que sou mulher passei por isso [...], isso é vivência, tu traz e ensina [...], é tentar trazer a tua vivência como pessoa para eles (P3).

Eu converso com as pessoas, porque eu conto o que passei e o que deixei de passar e hoje estou aqui (P4).

Então no dia a dia, sempre tem pessoa que vem a mim perguntar “[...] briguei com o meu namorado, briguei com meu marido, o marido está bebendo, está usando droga,

o que eu faço?”, [...] daí eu já digo, “eu tenho um primo meu que está nessa situação” e essas coisas assim (P8).

A ação de *relatar vivências* pode dar a ideia de uma atuação profissional improvisada⁽⁷⁰⁾, talvez pela insegurança e pelo desconhecimento dos profissionais sobre como lidar com o usuário. Entretanto entendo que essa ação se mostra, ao mesmo tempo, como uma ação criativa, pois os profissionais lançam mão do relato de suas vivências que, em certa medida, serve como mediador das relações, sendo corriqueiramente utilizado no cotidiano de trabalho.

O compartilhamento de alguma experiência particular com os usuários pode ser um recurso utilizado pelos profissionais, desde que seja criterioso e pertinente, sendo benéfico para os usuários. Com isso, os profissionais devem procurar realizar um diálogo pessoa-pessoa e, sobretudo, encorajar e dar apoio aos usuários⁽⁸⁰⁾.

Na relação *face a face* que envolve uma relação de familiaridade entre os sujeitos, é possível acessar o outro em sua singularidade, rompendo com um padrão de compreensão e conduta serializadas, em que as ações profissionais são iguais para todo e qualquer usuário, desconsiderando suas peculiaridades.

Diversos estudos têm mostrado que as ações profissionais que emergem da relação entre profissional e usuário, tanto na atenção básica quanto na ESF (especialmente), o modelo biomédico tem se mostrado ainda inspirador da concepção e da implementação das práticas profissionais^(60,61,70,73,77,81-85,89). Porém considero que uma postura compreensiva de interação entre os sujeitos pode promover a construção de ações voltadas para a saúde mental na ESF dentro de uma lógica coerente com o modo de atenção psicossocial, principalmente porque parte de uma relação horizontalizada entre os sujeitos, em que o respeito, a cidadania e a dignidade humana são emblemáticas.

Essa postura aponta para concepções e práticas pautadas na ideologia do modo de atenção psicossocial, tendo como horizonte, sobretudo, a produção de subjetividade, de inclusão social, de cidadania e de vida^(14,57). Dessa maneira, vale reconhecer que as ações voltadas para saúde mental não são *ações em si*, mas são seus atores que vão imprimir significados a elas, determinando assim se estão relacionadas ao campo da atenção psicossocial.

Ações típicas da psiquiatria, como consultas individuais e grupos terapêuticos, podem transformar-se em ações voltadas para saúde mental⁽¹⁵⁾, na medida em que o sentido atribuído e os efeitos pretendidos sejam colocados em

evidência para tal definição. Assim, neste estudo os profissionais relataram, entre outras ações, a consulta e os grupos como ações voltadas para saúde mental.

A maneira como eles intencionam proporcionar bem-estar ao usuário permite afirmar que o típico de suas ações vai ao encontro dos interesses da atenção psicossocial de cuidado em saúde mental, pois tem em vista a promoção de autoestima e autoconfiança do usuário, refletindo na produção de sujeitos tolerantes com o outro, saudáveis e felizes.

[...] a gente trabalhar isto é criar indivíduos mais saudáveis e mais tolerantes [...]. Quando eu penso no indivíduo, eu penso no indivíduo feliz [...]. Eu acho que a gente tem que buscar isso! (P2).

Incentivar a autoestima delas [mulheres], acho que a autoestima da comunidade é muito..., elas se depreciam muito [...]. A gente pode estar interagindo com esses pacientes para que eles melhorem (P3).

A pessoa se sentir melhor, mais confiante de si própria, que ela podia conseguir as coisas bem melhor do que ela queria (P4).

Observa-se que a mera supressão de sintomas não é o objetivo dos profissionais. Mas, a partir de sua relação com os usuários, buscam produzir subjetividades e maneiras de viver em que a dignidade da pessoa seja respeitada.

Em relação à categoria **reconhecer a ESF como espaço de acolhida do usuário**, a partir do típico de suas ações, os profissionais visam à construção de uma relação de confiança e vínculo entre eles e os usuários. Essa construção ocorre continuamente no cotidiano de trabalho, na medida em que os profissionais procuram dar atenção aos usuários e tentam agilizar seu atendimento na USF, estando, portanto, relacionada diretamente com a maneira como o profissional se relaciona com o usuário.

Minha expectativa é que ele seja bem acolhido (P2).

Tentar o máximo possível agilizar para que ele passe daquele problema (P6).

É tirar ele daquele momento dali e tentar passar e tentar resolver o problema dele no momento. [...] para ele perceber que não é diferente, que a gente tenta resolver e tratá-lo da melhor maneira possível (P7).

Saber ouvir e disponibilizar-se para o outro, por meio de um relacionamento *face a face*, mostra-se essencial para a construção de uma relação de vínculo e confiança mútua. Assim, na relação *face a face*, o profissional de saúde (Eu) e o

sujeito (Tu) pode favorecer a construção de um *relacionamento do Nós*. Ou seja, é possível estabelecer momentos nos quais há uma intencionalidade recíproca entre as consciências que compartilham o mesmo tempo e espaço, e conseqüentemente estabelecerem um relacionamento social diretamente vivenciado, permitindo a ambos apreenderem-se de maneira mais presente e viva^(97,103).

A partir dessa acolhida é possível criar condições para que se construa, paulatinamente, o vínculo profissional-usuário, indispensável para o processo de cuidado em saúde/saúde mental.

[...] que eles tenham, toda vez que a gente promove alguma atividade de saúde mental, que eles melhorem o vínculo com o serviço de saúde e com isso melhorando o vínculo com a gente, com os profissionais (P1).

[...] qualquer um pode fazer essa escuta, qualquer profissional que está aqui dentro, mas a gente vê assim, quando ele cria vínculo, quando tu cria confiança com paciente, tu não banaliza ele, tu não desacredita ele, ele volta, ele vai sempre procurar (P3).

Os profissionais da ESF têm apontado, ainda que timidamente⁽⁷⁰⁾, para a necessidade de constituição de vínculos, responsabilização e continuidade nos cuidados em saúde mental nesse contexto^(70,75). Em tal concepção, os profissionais buscam romper com uma lógica de trabalho em saúde marcada pelo distanciamento entre profissional-usuário, possibilitando emergir um comprometimento mútuo.

Neste estudo, as ações dos profissionais entrevistados transparecem o envolvimento quando buscam promover a adesão do usuário ao serviço, bem como quando esperam que os usuários reconheçam a USF (e a equipe) como lugar de referência em situações de sua vida que, necessariamente, não estejam restritas àquelas envolvendo sofrimento.

[...] eles acabam melhorando a adesão às coisas que a gente propõe, melhora tudo, a qualidade de vida, o humor [...]. Eu acredito que eles vão adoecer menos, que eles vão procurar menos os serviços de saúde para adoecimento e sim para promoção de saúde ou para prevenção primária, que venham com outros objetivos procurando a gente e não só doença (P1).

Então, trazer eles, fazer com que eles entendam, participem, conheçam o serviço, entendam a mensagem do serviço e a proposta nossa de trabalho (P2).

Diferentemente do observado costumeiramente, as USF (e equipes) apresentam-se como *lugar de referência* para o usuário, demonstrando, de certa maneira, como um *lugar social* diferenciado para o sofrimento psíquico.

[...] que ele possa aqui [USF] ter um lugar para expressar, para conviver, para poder circular mesmo (P6).

O modelo de atenção em saúde mental, marcado por décadas pelo seu caráter hospitalocêntrico, curativista e individualista, vem dando lugar a outro tipo de modelo em que o território geográfico e existencial dos sujeitos é o *lócus* de trabalho da equipe de saúde.

No entanto a busca de *um novo lugar social* para o sofrimento psíquico, almejado pelo paradigma da atenção psicossocial, não está restrita à garantia de atendimento do usuário no serviço, mas implica estabelecer outras formas de relação com o usuário, com a família e com a sociedade.

Em outras palavras, isso significa dizer que esse novo lugar social para a loucura envolve transformações importantes em diferentes campos: teórico-assistencial (loucura como fenômeno existencial), técnico-assistencial (espaços de sociabilidade, trocas sociais, produção de saúde e subjetividades), jurídico-político (garantias legais) e sociocultural (respeito ao sujeito cidadão e transformação do imaginário social)^(2,39).

O envolvimento e o comprometimento dos profissionais com os usuários também se mostram por meio da responsabilização pelas demandas, porque, quando observada alguma situação que mereça atenção de outro profissional da equipe, é realizado tal contato com os colegas, “direcionando fluxos na equipe”.

Acolher os homens também [...], se ele tem uma queixa vamos valorizar e depois saber dirigir os fluxos, bom isso é uma coisa [...] com o enfermeiro... (P3).

Quando eu vejo que tem alguma coisa de sofrimento mental, eu passo para a doutora [médica] (P5).

O comprometimento dos profissionais da ESF com a população atendida é atributo indispensável, dado o caráter inovador desses serviços, pois se esperam dos profissionais relacionamentos mais pessoais, compreensivos, interativos, de cumplicidade e com responsabilização entre os sujeitos⁽⁹⁴⁾.

Por outro lado, o risco que espreita essa ação diz respeito à *delegação automática* para outro profissional, considerado mais apto, para assumir a responsabilidade exclusiva pelos cuidados do usuário, o que parece eximir àquele que acionou o colega o seu papel de co-partícipe nesse cuidado.

O acesso facilitado a profissionais considerados mais aptos tem levado a uma maior dificuldade de a equipe responsável pelos cuidados primários em saúde modificar a maneira automática de encaminhar os usuários, sem problematizar e discutir as possibilidades de suas intervenção no território⁽⁶³⁾. Essa atitude automática de encaminhamento do usuário pode empobrecer e restringir as possibilidades de compreensão e enfrentamento das situações identificadas pela equipe da ESF.

Isso parece retratar uma lógica de trabalho fragmentada e centrada em determinadas categorias profissionais. No caso em estudo, às vezes foca-se na figura do enfermeiro, mas quase sempre na figura do médico.

[...] tu chama para uma sala, tu tenta conversar, tu chama médica, fala com a enfermeira e tenta passar com ele para não ficar irritado ou tumultuar ali [recepção] (P7).

Quando for patológico, eu sempre me direciono para os profissionais colegas que dominam isso, quando é patológico, está com distúrbios, está com transtorno, está em crise (P9).

Não é raro observar que as situações enfrentadas pelas equipes da ESF são complexas, exigindo a participação de diferentes profissionais da área de saúde e de outras áreas, demandando, portanto, articulação interdisciplinar e intersetorial para seu enfrentamento dentro e fora da equipe mínima.

O exercício da interdisciplinaridade exige que cada profissional membro da equipe possa – além de opinar e sugerir propostas de intervenção – assumir responsabilidades na construção e na implementação de um projeto de ação conjunta de cuidado⁽¹²⁴⁾.

O trabalho interdisciplinar na lógica da co-responsabilização dos cuidados pode potencializar a capacidade das equipes da ESF em conduzir os enfrentamentos exigidos pelo sofrimento das pessoas, não necessariamente para uma resolução definitiva, mas seguramente produzindo subjetividades e reinventando os significados da vida das pessoas.

Por fim, em síntese, pode-se dizer que as ações empregadas pelos profissionais de saúde da ESF são diversificadas, tais como consulta individual, visita domiciliar, grupos de educação em saúde, acionar outro colega da equipe, bem como ações relacionais, como a escuta, a orientação e mesmo relatar

vivências. Mediante essas ações, os profissionais almejam proporcionar bem-estar e reconhecer a ESF como espaço de acolhida do usuário.

Todavia vale alertar que o emprego de tais ações pelos profissionais aparece no cotidiano como estratégias para atender eminentemente às necessidades e às demandas do usuário, ficando a família à margem do trabalho da equipe, sendo envolvida em situações pontuais, como no *grupo de gestante* ou numa *intervenção familiar* casual.

Faço consultas também de saúde mental, assim, mas daí é individual, algumas de casal, algumas de família e é mais difícil por causa da demanda. [...] eu faço intervenções familiares, quando tem algum paciente identificado que a gente percebe naquela família que está em sofrimento psíquico, a gente vai lá, vários casos em que fui à família, conversei com toda a família (P1).

A gente ensinou a massagem que o pai poderia fazer na gestante [...] é um relaxamento, para ela sentir que ele está em contato com ela (P3).

Cuidar do usuário é uma atribuição intrínseca aos profissionais da ESF, pois, nesse modelo de atenção em saúde, a unidade de cuidado é a família e, por conseguinte, seus membros, residentes na área de adscrição do serviço de saúde em que a equipe atua. Assim, o reconhecimento da saúde mental como objeto de ação das equipes da ESF é um importante passo para que os profissionais se sensibilizem com a inserção de ações voltadas para o cuidado dos usuários, mas também da população em geral e, sobretudo, a família.

6.1.2 Perspectiva dos ACS

6.1.2.1 Caracterização dos ACS entrevistados e de suas ações

Semelhante à caracterização do grupo de profissionais de saúde entrevistados, apresento no quadro 2 alguns aspectos que fazem parte da situação biográfica dos ACS entrevistados. Esses aspectos são concernentes ao sexo, à faixa etária, ao tempo que atua em ESF, ao tempo que atua na equipe da ESF entrevistada e à experiência profissional anterior na área de psiquiatria e saúde mental.

| Características | n | % |
|--|----------|----------|
| Sexo | | |
| Feminino | 8 | 80 |
| Masculino | 2 | 20 |
| Faixa etária | | |
| ≤ 19 anos | 0 | 0 |
| 20 a 29 anos | 1 | 10 |
| 30 a 39 anos | 1 | 10 |
| 40 a 49 anos | 1 | 10 |
| 50 a 59 anos | 5 | 50 |
| ≥ 60 anos | 2 | 20 |
| Tempo que atuam em ESF | | |
| ≤ 4anos | 1 | 10 |
| 5 a 9 anos | 5 | 50 |
| ≥ 10 anos | 4 | 40 |
| Tempo que atuam nessa equipe da ESF | | |
| ≤ 4anos | 1 | 10 |
| 5 a 9 anos | 5 | 50 |
| ≥ 10 anos | 4 | 40 |
| Experiência assistencial anterior em psiquiatria e saúde mental | | |
| Não | 8 | 80 |
| Sim | 2 | 20 |

Fonte: dados primários coletados durante as entrevistas.

Quadro 2 - Caracterização dos ACS entrevistados das USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010

Dos 10 ACS entrevistados, oito são do sexo feminino (80%), sete possuem idade de 50 anos ou mais (70%), sendo que metade está na faixa entre 50 e 59 anos de idade (50%). Esses dados mostram que a maioria desses sujeitos é mulher que está próxima à faixa etária classificada como pessoa idosa (terceira idade).

Houve justaposição entre o tempo de atuação dos ACS em ESF e o tempo de trabalho deles nas equipes estudadas, o que permite afirmar que o trabalho enquanto ACS foi exclusivamente desenvolvido na equipe atual.

Em relação ao tempo de trabalho dos ACS na equipe, vale destacar ainda que quase a totalidade convive há pelo menos cinco anos no trabalho (90%), sendo quatro por mais de uma década (40%). Da mesma maneira que os profissionais de saúde entrevistados, os ACS revelam uma trajetória de tempo importante no

trabalho na ESF, bem como um convívio com os mesmos colegas de trabalho por longo período.

Em relação à experiência prévia em psiquiatria e saúde mental, oito (80%) referiram não possuir qualquer experiência anterior.

Nos mesmos moldes dos profissionais, para a caracterização das ações dos ACS, utilizei como critério o agrupamento daquelas identificadas nas falas como ações voltadas para saúde mental desenvolvidas pelos ACS entrevistados em seu trabalho na ESF. Assim, essas ações foram agrupadas de acordo com suas semelhanças, compondo inicialmente quatro eixos: 1) Escutar, conversar, orientar e acompanhar; 2) Identificar casos e situações de usuários e comunicar à equipe da ESF; 3) Realizar visita domiciliar e convidar usuário e família para ir à USF; 4) Encaminhar usuário para outros estabelecimentos de saúde.

Por fim, após diversas releituras das falas, as ações voltadas para saúde mental na ESF desenvolvidas pelos ACS foram reagrupadas em três eixos: 1) Escutar, orientar e acompanhar; 2) Realizar visita domiciliar, identificar casos e encaminhar para a USF; 3) Encaminhar usuário para outros estabelecimentos de saúde.

A identificação dessas ações foi necessária para seguir os passos da análise fenomenológica do seu significado para os ACS, ou seja, para revelar a intencionalidade desses sujeitos frente às ações ora descritas.

A seguir, apresento recortes de falas que se reportam a tais ações.

✓ **Escutar, orientar e acompanhar**

A gente mais consegue ajudar é ouvindo, assim, escutando [...], da minha parte, é isso, é ouvir, tentar sempre escutar no primeiro momento [...]. Além de escutar e orientar, que eu sei, eu não tenho outra ação (A1).

Orientando certo, aonde que vai, como fazer... ouvindo as pessoas, em primeiro lugar, que o importante é a gente ouvir eles porque às vezes a família não tem muito tempo para ouvir eles. [...] tu começa a conversar e deixar eles falarem, a gente ouvir eles primeiro, e às vezes quando a gente sai eles já estão bem mais tranquilos, bem mais aliviados [...]. Saber ouvir, também, aprendi isso [...]. Eu acho que para nós, como agente, basicamente é saber ouvir eles [...], primeiro vamos ouvir o que ele tem para falar, daí depois a gente vê o que a gente pode auxiliar [...]. Verificar as medicações, se não está tomando errado, ver quanto tempo faz que essa pessoa consultou, essas coisas assim (A2).

E começando a conversar com eles, conversa daqui, conversa dali e conversa com os familiares e acabam os familiares trazendo eles aqui [...]. O que tu pode fazer é conversar com a pessoa (A3).

Ouço os que eles trazem de problema e querem conversar. Minha ação é mais como ouvinte (A4).

A gente conversa com as pessoas (A5).

O que eu posso fazer aqui no PSF, eu posso ver e conversar. Só o que eu tenho para oferecer é a conversa para incentivar (A6).

Fazemos aconselhamento... Porque como eu moro na comunidade eu conheço vários, e muitas vezes conseguimos resolver ali, com o aconselhamento, mas sempre procurando um profissional [...]. Muitas vezes é mais questão de conversa, aconselhamento [...]. Então começamos a aconselhar-lo bastante, sempre batendo na mesma tecla (A7).

É o que a gente disponibiliza, só orientação e conversa. A gente ouve bastante, o paciente ouve [...]. Então, o que se pode fazer é isso, ouvir [...]. Orientar medicação quanto à frequência, ao horário e procurar acompanhar como anda a receita (A8).

A minha participação é acompanhar, ver se eles estão tomando a medicação certa, se não está faltando remédio, essas coisas (A9).

✓ Realizar visita domiciliar, identificar casos e encaminhar para a USF

Como agentes não temos muito que fazer; mas como agente tem mais tempo para trabalhar na rua então eu acho que a gente faz bastante coisa, coletando os dados, trazendo informações [...]. Fazer visita mais frequente para poder trazer os dados para a equipe, aqui da saúde [...]. As visitas, conforme a minha possibilidade eu tenho feito. Eu sinalizo primeiro os problemas mais sérios, então eu faço esses e depois eu faço os mais do dia a dia [...]. Então a visita eu costumo fazer (A2).

Em saúde mental o trabalho que a gente faz é quase a mesma coisa que se faz para os outros porque a gente vai fazer visita para eles e o pessoal mesmo que tem problema mental [...] ver a situação, tipo da casa, a moradia, ver como é a vivência dele, muitas vezes o alimento, de onde ele tira e como ele faz [...]. Vê se passa para doutora, [...] vamos lá fazer visita, mas não podemos fazer nada, só comunicar a equipe do PSF [...]. O que tu pode fazer é conversar com a pessoa, convidar para ir ao posto, avisar ao familiar para ele levá-lo ao posto levar para a equipe quando a coisa é feia, aí a gente traz na reunião de sexta-feira, ou se não, tu está na rua, aí tem problema já traz para o Y [enfermeiro] [...]. Muitas vezes falar com o médico, com o Y [enfermeiro] [...]. A importância do agente de saúde em fazer essas visitas é grande [...]. O nosso trabalho, de agente, é visitar eles [...]. Convidar eles para vir [...], fazer o chamamento deles, aí o resto é aqui com os técnicos [profissionais da equipe da ESF] [...]. É isso, a nossa parte nós fazíamos, que era ir lá, fazer o chamamento, mandar ele [usuário] vir no posto, muitas vezes falar com eles [familiares] (A3).

Junto na residência eu sou mais como ouvinte [...]. Eu trago os casos, os problemas para a equipe resolver (A4).

Geralmente a gente chega à casa, pergunta como a pessoa está se sentindo [...]. A gente pede para vir falar com a doutora [...]. Pede para que venha marcar uma consulta com a doutora [...]. A gente pede para a pessoa vir [à USF] [...]. A gente

volta na casa da pessoa pede para ela vir de manhã no acolhimento para marcar uma consulta [...]. Se a gente vê [...] que está precisando de uma consulta, a gente pede para a família ou alguém trazer para uma consulta médica [...]. A gente vem e fala para a doutora que a fulana [usuária] está assim... [...]. A gente procura conversar com a médica e tentar saber se aquilo é realmente um problema mental. A gente passa para a médica [...]. Se tiver algum sintoma diferente que a gente não está acostumada a ver, a gente vem falar com a médica [...]. A gente convida a enfermeira, aí a enfermeira vai com a gente até o local onde está essa pessoa e vê a situação. Nesse caso a enfermeira passa para a médica (A5).

Quando eu vejo uma criança em visita ou aqui no posto eu converso com a doutora [...]. Quando é adulto, a mesma coisa, eu falo com a fulana [médica], passo o caso para ela [...]. Trazer e encaminhar para o posto [USF], é isso o que eu faço. Eu encaminho ao médico. Eu vejo se não está funcionando alguma coisa bem, busco ou eles vêm pedir ajuda e a gente faz encaminhamento para o médico (A6).

O nosso trabalho é identificar o que está acontecendo, esse que é o nosso trabalho. Tem vários outros com 'drogadição', alcoolismo... e dentro do que nós podemos fazer, nós fazemos [...]. Eu passo para a equipe [...] eu relatei para a X [enfermeira] e ela marcou para a Z [médica] [...]. O elo a gente faz, encaminha para a enfermeira, a enfermeira para o médico [...]. A equipe decide alguma ação, por exemplo, eu continuar visitando, encaminhar e o que puder ser feito (A7).

Uma vez eu pedi para uma mãe conversar com o filho que estava com dependência química, "fora da casinha" já há um ano. Aí eu perguntei para ele se ele não queria se tratar, ele disse que queria. Cheguei no posto, falei com a doutora (A10).

✓ Encaminhar usuário para outros estabelecimentos de saúde

A gente procura [...] é aquela coisa de encaminhamento [...] vejo que é demais, está aquela coisa, com risco, vai para o postão [centro de saúde de nível secundário de assistência], na emergência do postão para ter o primeiro atendimento (A1).

Se é um fim de semana pede para levar direto para o postão [centro de saúde de nível secundário de assistência] ou para o CAPS (A5).

A gente faz os encaminhamentos para conseguir atendimento no postão [centro de saúde de nível secundário de assistência] (A6).

A equipe decide alguma ação, por exemplo, eu continuar visitando, encaminhar, e o que poder ser feito (A7).

Às vezes a gente percebe a necessidade e manda para a emergência (A8).

6.1.2.2 Categoria concreta e o típico da ação dos ACS

Conforme os passos de análise percorridos, os *motivos para* dos ACS emergiram das falas dos sujeitos entrevistados. Essa análise permitiu captar a ideia

central, comum aos sujeitos, sobre o significado de suas ações, apresentada na forma de categoria concreta.

Inicialmente, as intenções dos ACS mostraram-se de maneira abrangente, levando-me a propor a construção de quatro categorias concretas: 1) Mostrar que a equipe da ESF está disponível para o usuário (criar vínculo e confiança); 2) Acolher o usuário nos momentos de sofrimento; 3) Oferecer oportunidade de tratamento adequado; 4) Melhorar a situação de vida do usuário.

Depois de releituras e reflexões sobre a intencionalidade dos ACS, fiz novo agrupamento de falas, rearranjando as ideias que iam aos poucos se mostrando de maneira mais clara. Assim, numa etapa intermediária, propus as seguintes categorias concretas: 1) Melhorar a situação de vida do usuário; 2) Oferecer tratamento ao usuário.

Por fim, depois de idas e vindas às falas e de refletir sobre a ideia central que motiva as ações dos ACS frente ao fenômeno em estudo – significado das ações voltadas para saúde mental na ESF – a sua essência pareceu-me revelada ao construir a categoria concreta **melhorar a situação de vida do usuário**, pois tal categoria traz implícitas as intenções descritas anteriormente e, principalmente, representa o projeto almejado pelos ACS mediante o típico de suas ações. Dessa maneira, a intencionalidade dos ACS volta-se principalmente para atender às necessidades e às demandas dos usuários.

A seguir, apresento recortes de falas das intenções dos ACS descritas nessa categoria.

✓ **Melhorar a situação de vida dos usuários**

Que a gente seja um vínculo. Um local onde o pessoal possa... [...]. Que confia em ti, que vem e te busca, isso é gratificante. Além de ser gratificante para a pessoa e para ti também, a confiança, é isso, essa troca [...]. Eu acho quando tu tem uma resposta, tu vê uma pessoa mais calma, mais tranqüila (A1).

Que eles confiam no trabalho que a gente faz e eles sabem que a gente está ali realmente para auxiliar eles em alguma coisa, e para que eles vivam assim..., porque eles têm um problema, mas dar melhor qualidade [de vida] para que eles possam viver um pouquinho melhor. Por exemplo, saindo mais de casa, indo numa caminhada, indo num passeio, trazendo eles para o grupo [do horto], mesmo que eles venham não fazer nada, mesmo que eles não consigam fazer nada, é um jeito deles saírem de casa para eles virem conversar com as outras pessoas. Então, faço exatamente para isso. [...] às vezes quando eles chegam aqui muito angustiado, a gente convida eles para ir ao horto. Eles ficam lá no horto, colhem alguma coisa para

levar ou tomam um chá ou comem uma verdura. Então eu vejo o horto como uma coisa boa para eles (A2).

A gente espera o melhor para todos [...]. O objetivo de tudo que tu faz tu quer ver o melhor, quer ver se essa gente melhora a situação deles [...]. A gente espera o melhor para todos, de se recuperar e que fosse tratar (A3).

Eu espero que eles... quando eu ouço eles acho que é um desabafo para eles [...]. Eu espero que eles [...] se sintam melhor falando, conversando, expondo os problemas [...]. Eu gostaria que resolvesse, solucionasse os problemas deles [...]. Esse é o meu objetivo, tentar solucionar e achar a saída para eles (A4).

Eu acho que quando tu consegues realizar alguma coisa boa... porque a gente conseguiu ajudar alguém que estava precisando. Isso dá mais incentivo em trabalhar. Sensação de que tu começaste uma coisa e conseguiu realizar [...]. Esse é o nosso trabalho, estar sempre procurando ajudar antes de acontecer o pior, antecipar as coisas, não deixar que aquela pessoa mate ou cometa algo com o próprio corpo (A5).

Eu espero que eles tenham um atendimento adequado. [...] espero que possa ajudar de alguma forma (A6).

O comprometimento deles de melhoria tanto de saúde, quanto social, para eles [...]. Lá na frente se a gente conseguir, seria bem melhor se fossem mais, tirar dois ou três de uma fila de coisa ruim - drogadição, bebida, do mau caminho, do mundo do crime - para nós é uma vitória, para mim e para minhas colegas. [...] colocar para a fila boa, para o caminho bom (A7).

Então o que se pode fazer é isso ouvir o paciente e tentar amenizar. Em todo o contexto, não só em saúde mental, se tem um familiar doente em volta, toda a família e vizinhos acabam atingidos [...] porque às vezes tem conflito interno e a gente tenta buscar um acordo entre eles porque tem muito atrito dentro das famílias [...]. Muitas vezes o fato de tu seres alguém que dá atenção parece que ajuda a pessoa a descarregar um pouco daquela angústia, daquela dificuldade. Ter alguém ali que seja de fora, [...]. Eu percebo isso, faz alguma diferença ter alguém que ouça e que entenda ou tente entender (A8).

Que elas [pessoas com doença mental] consigam fazer o tratamento certo (A9).

Essa categoria permitiu descrever o **típico da ação** dos ACS entrevistados, revelando suas intenções quando realizam ações voltadas para saúde mental na ESF, comportando a ideia principal que motiva os sujeitos a agir.

Desse modo, quando os ACS realizam escuta, orientação e acompanhamento de usuários; realizam visita domiciliar, identificam casos e encaminham para a USF ou para outros estabelecimentos de saúde, eles esperam **melhorar a situação de vida do usuário**, acolhendo-o em momentos de sofrimento, oferecendo tratamento na USF ou em outro estabelecimento de saúde para a melhoria da sua situação de saúde (prevenindo crises, monitorado o uso de medicações e de frequência às

consultas) e da sua situação social (tentando minimizar os problemas relacionados ao consumo de drogas e ao *mundo do crime*).

Para atender ao postulado de adequação⁽¹⁰³⁾ entrei em contato com cinco ACS entrevistados, das duas USF, para validar o típico da ação do grupo de ACS. Após relatar o motivo do contato telefônico, a partir do aceite do sujeito, li pausadamente a descrição do típico da ação apresentada no parágrafo anterior. Ao final da leitura todos concordaram com a descrição, dizendo “é isso mesmo”. Além disso, dois manifestaram as dificuldades e as limitações de suas ações voltadas para a minimização dos problemas relacionados ao consumo de drogas e ao *mundo do crime*.

6.1.2.3 Análise compreensiva do típico da ação dos ACS

Com o intuito de identificar o típico da ação dos ACS entrevistados, quando realizam ações voltadas para saúde mental na ESF, busquei articular na análise compreensiva o referencial da fenomenologia social a resultados de estudos relacionados ao fenômeno aqui investigado.

Considerando que as intenções dos sujeitos – no caso, os ACS – não estão descoladas de suas ações, na análise compreensiva retomo a elas para compreender o significado do típico dessas ações, ou seja, a intencionalidade dos ACS ao realizá-las.

As informações produzidas nesta pesquisa revelam que o significado do típico das ações dos ACS integra a categoria concreta **melhorar a situação de vida do usuário**. A intencionalidade dos ACS tem em vista proporcionar ao usuário espaço para falar sobre suas angústias, oferecer tratamento e melhorar sua situação de saúde e social.

A principal característica do trabalho do ACS é a vigilância em saúde, especialmente por meio da visita mensal às famílias que residem na microárea sob sua responsabilidade, adscrita à USF, sendo o domicílio, portanto, o seu principal local de trabalho⁽⁴⁸⁾. No entanto, para os ACS entrevistados, tanto o domicílio quanto a *rua* são os principais *locus* de suas ações. Isso porque eles têm “mais tempo para trabalhar na rua”, quando comparado aos outros profissionais da ESF – médico, enfermeiro e técnico e/ou auxiliar de enfermagem.

Como agente tem mais tempo para trabalhar na rua então eu acho que a gente faz bastante coisa [...]. Fazer visita mais frequente (A1).

Junto na residência eu sou mais como ouvinte (A4).

Geralmente a gente chega à casa, pergunta como a pessoa está se sentindo (A5)

De acordo com os entrevistados, *realizar visita domiciliar* e *escutar* são as principais ações voltadas para saúde mental desenvolvidas pelos ACS na ESF. As visitas domiciliares são realizadas mensalmente para cada família e, conforme os ACS observem situações envolvendo riscos para o usuário, eles estabelecem prioridades para realizá-las. Assim, eventualmente, os usuários *da saúde mental* são tidos como prioridade de visita dos ACS.

As visitas, conforme a minha possibilidade eu tenho feito. Eu sinalizo primeiro os problemas mais sérios, então eu faço esses e depois eu faço os mais do dia a dia [...]. Então a visita eu costumo fazer (A2).

Em saúde mental o trabalho que a gente faz é quase a mesma coisa que se faz para os outros porque a gente vai fazer visita para eles e o pessoal mesmo que tem problema mental (A3).

O ACS funciona como elo entre a equipe e a comunidade, pois está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção de saúde, realizado por toda equipe⁽⁴⁸⁾, especialmente de indivíduos e de famílias em situação de vulnerabilidade.

A escuta proporcionada pelos ACS é utilizada com o propósito de favorecer momentos para o usuário *desabafar* e *aliviar suas angústias* mediante a exposição de seus problemas e dificuldades vivenciadas. Os ACS consideram que, ao se mostrarem disponíveis para os usuários, tentando compreendê-los, colaboram em alguma medida para a melhoria da sua situação.

[...] às vezes a família não tem muito tempo para ouvir eles. [...] tu começa a conversar e deixar eles falarem, a gente ouvir eles primeiro, e às vezes quando a gente sai eles já estão bem mais tranquilos, bem mais aliviados (A2).

Eu espero que eles... quando eu ouço eles acho que é um desabafo para eles [...]. Eu espero que eles [...] se sintam melhor falando, conversando, expondo os problemas (A4).

Muitas vezes o fato de tu seres alguém que dá atenção parece que ajuda a pessoa a descarregar um pouco daquela angústia, daquela dificuldade. Ter alguém ali que seja de fora [...]. Eu percebo isso, faz alguma diferença ter alguém que ouça e que entenda ou tente entender (A8).

Colocar-se à disposição do outro, estando aberto a uma relação intersubjetiva, imprime a essa relação um caráter autêntico de interesse dos ACS pela situação vivida do usuário. Dessa maneira, os ACS buscam proporcionar ao usuário um espaço para o estabelecimento de uma relação social direta, do tipo *face a face*^(97,103), compartilhando espaço (domicílio e/ou rua) e tempo.

Um fator que pode servir como favorecedor dessa relação é o ACS ser um morador da área em que trabalha, porque assim ele conhece, vivencia e, possivelmente, compartilha valores, crenças, linguagens, tradições e costumes da comunidade em que vive. Desse modo, os encontros recorrentes, casuais ou programados, entre ACS e usuários, sejam na rua, no domicílio ou mesmo em outros espaços comunitários (igrejas, associações, USF, entre outros), podem ampliar o grau de familiaridade na relação entre os sujeitos.

Essa familiaridade no relacionamento *face a face* implica dizer que se intensifica a apreensão mútua das subjetividades envolvidas⁽⁹⁷⁾, possibilitando reconhecimento e compreensão das necessidades manifestadas pelos usuários. Tal relacionamento permite a apreensão do outro em sua individualidade, vivenciada sob a forma de um relacionamento do *nós*⁽¹⁰¹⁾, corroborado pelo reconhecimento da situação biográfica^(97,103) do usuário e, por vezes, de seus familiares. Isso ocorre porque os ACS conhecem parte da história das famílias dos usuários e de algumas experiências vivenciadas pelos seus membros e, a partir daí, tentam lidar de modo mais contínuo com esses casos, especialmente por residirem próximos, na mesma área⁽⁸¹⁾.

[...] a gente vai fazer visita para eles [...] ver a situação, tipo da casa, a moradia, ver como é a vivência dele, muitas vezes o alimento, de onde ele tira e como ele faz (A3).

Então o que se pode fazer é isso: ouvir o paciente e tentar amenizar. Em todo o contexto, não só em saúde mental, se tem um familiar doente em volta, toda a família e vizinhos acabam atingidos (A8).

Embora a escuta seja uma importante ação dos ACS no trabalho voltado para saúde mental na ESF, suas falas deixam transparecer certa frustração em relação a ela, quando comentam:

Além de escutar e orientar, que eu sei, eu não tenho outra ação (A1).

Como agentes não temos muito que fazer [...] basicamente é saber ouvir eles (A2).

Só o que eu tenho para oferecer é a conversa para incentivar (A6).

É o que a gente disponibiliza, só orientação e conversa (A8).

Isso mostra uma ambiguidade acerca da importância da escuta realizada. Ao mesmo tempo em que a reconhecem como ação que alivia sentimentos desagradáveis vivenciados pelos usuários, desconsideram-na quando observam que ela não é tão efetiva quanto gostariam.

Esse sentimento de insatisfação faz com que os ACS se sintam despreparados para lidar com o usuário, pois a escuta ofertada não parece estar sendo suficiente para proporcionar a melhoria da situação do usuário, como gostariam.

Eu gostaria que resolvesse, solucionasse os problemas deles [...]. Esse é o meu objetivo, tentar solucionar e achar a saída para eles (A4).

Ainda que os ACS afirmem realizar orientações a usuários e familiares em uma interação social, há situações em que estes relatam não se sentirem adequadamente orientados⁽⁹¹⁾. De qualquer maneira, fica evidente nas falas que a relação *face a face*, mediante uma postura de disponibilidade dos ACS para com os usuários, tem levado à criação de confiança e vínculo entre eles.

Que a gente seja um vínculo. Um local onde o pessoal possa [...]. Que confia em ti, que vem e te busca, isso é gratificante. Além de ser gratificante para a pessoa e para ti também, a confiança, é isso, essa troca (A1).

Que eles confiam no trabalho que a gente faz e eles saibam que a gente está ali realmente para auxiliar eles em alguma coisa (A2).

Os ACS têm utilizado as relações interpessoais para orientar as ações de saúde mental na ESF, caracterizadas sobretudo pela aproximação dos usuários, pela percepção da singularidade do processo saúde/doença e pela disposição em ajudar⁽⁷⁰⁾. Por vezes tem-se observado que eles têm adotado uma postura cordial, compreensiva e afetuosa⁽⁸⁹⁾.

O reconhecimento da individualidade e o estado subjetivo do usuário tem ampliado o horizonte de possibilidades de ações desenvolvidas pelos ACS, especialmente ações mais solidárias e pautadas na compreensão e na criação de vínculos afetivos⁽⁸⁷⁾.

O contato com as pessoas – seja no domicílio, seja na rua – oportuniza aos ACS escutar, conhecer e identificar casos e/ou situações que envolvam sofrimento

psíquico. Essa identificação ocorre mediante coleta de dados e informações que são comunicadas à equipe da ESF em momentos formais, como reuniões de equipe, ou informais, ocorrendo a qualquer momento do cotidiano de trabalho.

[...] a gente faz bastante coisa, coletando os dados, trazendo informações [...]. Fazer visita mais frequente para poder trazer os dados para a equipe, aqui da saúde (A1).

[...] vamos lá fazer visita [...] comunicar a equipe do PSF [...]. O que tu pode fazer é conversar com a pessoa, convidar para ir ao posto, avisar ao familiar para ele levá-lo ao posto levar para a equipe quando a coisa é feia, aí a gente traz na reunião de sexta-feira, ou se não, tu está na rua, aí tem problema já traz para o Y [enfermeiro] [...]. Muitas vezes falar com o médico (A3).

Se tiver algum sintoma diferente que a gente não está acostumada a ver, a gente vem falar com a médica [...]. A gente convida a enfermeira, aí a enfermeira vai com a gente até o local onde está essa pessoa e vê a situação (A5).

O nosso trabalho é identificar o que está acontecendo [...]. Eu passo para a equipe [...] eu relatei para a X [enfermeira] e ela marcou para a Z [médica] (A7).

As habilidades de identificar os sujeitos e conhecer mais de perto os casos de sofrimento psíquico são características importantes dos ACS em relação à assistência em saúde mental na ESF, embora não assegurem a eles saber lidar com as situações enfrentadas⁽⁶¹⁾. Isso os leva, frequentemente, a agir empiricamente e a solicitar ajuda aos profissionais da equipe⁽⁶¹⁾.

Assim, por ocasião dos encontros entre usuário e ACS, este estabelece uma escuta atenta, permitindo identificar casos que necessitem da atenção da equipe, sendo então comunicados a ela, especialmente ao médico e ao enfermeiro, ou mesmo encaminhando-os para atendimento na USF e em outros estabelecimentos de saúde.

Convidar eles para vir [...], fazer o chamamento deles, [...] mandar ele [usuário] vir no posto, muitas vezes falar com eles [familiares] (A3).

A gente pede para a pessoa vir [à USF] (A5).

Trazer e encaminhar para o posto [USF], é isso o que eu faço (A6).

Os familiares parecem estar acionados e envolvidos pelos ACS especialmente nos momentos de encaminhamentos do usuário para a USF ou para outros estabelecimentos de saúde.

Dessa maneira, fica evidente que a intencionalidade dos ACS volta-se para a oferta de tratamento para o usuário, mediante tanto ações desenvolvidas nas

respectivas áreas de adscrição das USF (tais como escuta, orientação, acompanhamento de casos, visita domiciliar e encaminhamento para equipe da ESF) quanto ações envolvendo outros estabelecimentos de saúde fora da área das USF, sobretudo o encaminhamento.

A gente faz os encaminhamentos para conseguir atendimento no postão [centro de saúde de nível secundário de assistência] (A6).

Às vezes a gente percebe a necessidade e manda para a emergência (A8).

Com essas ações, os ACS têm em vista proporcionar ou mesmo oportunizar aos usuários tratamento *adequado* e *certo*, nas USF e em outros espaços fora das suas áreas de abrangência. Isso se deve ao reconhecimento da necessidade dos usuários e da insuficiência de recursos assistenciais disponíveis na própria comunidade.

A gente espera o melhor para todos, de se recuperar e que fosse tratar (A3).

Eu espero que eles tenham um atendimento adequado. [...] espero que possa ajudar de alguma forma (A6).

Que elas [pessoas com doença mental] consigam fazer o tratamento certo (A9).

Isso remonta à própria implantação das USF no município de Porto Alegre, pois para a definição dos locais das equipes utilizou-se o critério de ausência de serviços e/ou dificuldade de acesso a eles e o perfil sócio-sanitário das comunidades de baixa renda com morbidades relacionadas às incidências de doenças infectocontagiosas e prevalência de doenças crônico-degenerativas, desnutrição, alcoolismo, drogas e situações de violência e desemprego⁽¹²⁵⁾. Sendo assim, as duas USF incluídas neste estudo estão entre as primeiras unidades criadas no município, em meados da década de 1990.

O encaminhamento para outros serviços ocorre quando os ACS observam a necessidade e o risco apresentado pelo usuário, especialmente no fim de semana, quando a USF fica fechada.

A gente procura [...] é aquela coisa de encaminhamento [...] vejo que é demais, está aquela coisa, com risco, vai para o postão [centro de saúde de nível secundário de assistência], na emergência do postão para ter o primeiro atendimento (A1).

Se é um fim de semana pede para levar direto para o postão [centro de saúde de nível secundário de assistência] ou para o CAPS (A5).

O ACS reside na comunidade e está vinculado à USF que a assiste⁽⁴⁸⁾. Sendo assim, quando usuários e seus familiares enfrentam alguma dificuldade relacionada a saúde/doença, acabam por acioná-los. Reconhecem-nos como sujeitos diferenciados naquele contexto vivido, pois atuam em um serviço de saúde, sendo, muitas vezes, referência para famílias e usuários.

Vale destacar que tal procura também ocorre devido ao vínculo e à confiança construídos entre eles, por meio de uma relação intersubjetiva de familiaridade, em que há proximidade, escuta e reconhecimento da situação biográfica de usuários e familiares.

Os ACS são profissionais que estão mais próximos da população, por residirem no mesmo bairro e dada a natureza de seu trabalho. Eles estabelecem uma relação com a comunidade, sentindo-se eventualmente valorizados, sobretudo por estarem zelando pela saúde comunitária e por servirem como referência para as pessoas⁽⁷¹⁾, ou mesmo pelo fato de poderem ajudar a superar obstáculos e situações enfrentadas por usuários e familiares.

De maneira geral, a melhora almejada pelos ACS diz respeito aos âmbitos da *saúde* e *social*. Assim, no âmbito da *saúde*, eles esperam prevenir crises do usuário, evitando que coloque em risco sua própria integridade física, monitorando o uso de medicações e a frequência às consultas na USF.

Verificar as medicações, se não está tomando errado, ver quanto tempo faz que essa pessoa consultou, essas coisas assim (A2).

Esse é o nosso trabalho, estar sempre procurando ajudar antes de acontecer o pior, antecipar as coisas, não deixar que aquela pessoa mate ou cometa algo com o próprio corpo (A5).

Orientar medicação quanto à frequência, ao horário e procurar acompanhar como anda a receita (A8).

A minha participação é acompanhar, ver se eles estão tomando a medicação certa, se não está faltando remédio, essas coisas (A9).

Por sua vez, no âmbito *social*, eles esperam minimizar problemas relacionados ao consumo de drogas e ao *mundo do crime*, melhorar as relações entre os membros da família, sendo ocasionalmente mediadores de conflitos, e promover a sociabilidade entre as pessoas em passeios, caminhadas e grupos.

[...] dar melhor qualidade [de vida] para que eles possam viver um pouquinho melhor. Por exemplo, saindo mais de casa, indo numa caminhada, indo num passeio,

trazendo eles para o grupo [do horto], mesmo que eles venham não fazer nada, mesmo que eles não consigam fazer nada, é um jeito deles saírem de casa para eles virem conversar com as outras pessoas. Então, faço exatamente para isso (A2).

[...] Lá na frente se a gente conseguir, seria bem melhor se fossem mais, tirar dois ou três de uma fila de coisa ruim – drogadição, bebida, do mau caminho, do mundo do crime – para nós é uma vitória (A7).

[...] às vezes tem conflito interno e a gente tenta buscar um acordo entre eles porque tem muito atrito dentro das famílias (A8).

Tais intenções são buscadas mediante as ações voltadas para saúde mental na ESF descrita por eles, no entanto vale destacar que, dentre essas ações, a visita domiciliar, a escuta e a orientação/aconselhamento ganham maior relevância, tendo em vista que implicam o uso de si enquanto *ferramenta* de trabalho.

Assim, a disposição para estabelecer uma relação *face a face* intersubjetiva é constantemente exigida aos ACS em seu cotidiano de trabalho. Tal exigência demanda mobilizar seu *estoque de conhecimento à mão*^(97,103), dado a partir de sua experiência vivida e dos conhecimentos acumulados ao longo da vida para, de alguma maneira, tentar ajudar o usuário a *melhorar sua situação de vida*.

Embora algumas de suas ações ainda estejam focadas no modelo biomédico (o monitoramento do uso de medicações e da regularidade da frequência às consultas para prevenir crises) – sem desconsiderar a importância dessas ações –, os ACS têm desenvolvido outras ações que vão ao encontro dos interesses do modo de atenção psicossocial, como o estabelecimento de relações horizontalizadas com os usuários (sujeito-sujeito) e a promoção de trocas sociais (encontros recorrentes com reconhecimento das subjetividades).

Tais características favorecem a produção de práticas de saúde mental no território, pois permitem aos ACS estarem disponíveis ao relacionamento social com usuários e familiares, explorando e compreendendo o território geográfico da comunidade. Sobretudo, desvelam o território existencial das pessoas mediante a interação *face a face* de familiaridade, especialmente quando emergem dessa relação o respeito, a honestidade, a implicação e o interesse pelo usuário e por seus familiares.

6.2 Expectativas de usuários e familiares ao buscarem atendimento da equipe da ESF

6.2.1 Perspectiva dos usuários

6.2.1.1 Caracterização dos usuários entrevistados

A exemplo dos outros grupos de sujeitos entrevistados, a caracterização dos usuários foi elaborada a partir da identificação de aspectos julgados relevantes para traçar um perfil desses sujeitos, a fim de dar uma noção de alguns elementos que compõem sua situação biográfica.

O quadro 3 mostra algumas características dos sujeitos entrevistados quanto a sexo, faixa etária, diagnóstico psiquiátrico referido, história prévia de internação psiquiátrica, a identificação de sujeitos ou instituições que o usuário busca quando enfrenta alguma situação relacionada à sua saúde mental e o tempo em que eles vêm sendo acompanhados pela equipe da ESF.

| Características | n | % |
|---|----------|----------|
| Sexo | | |
| Feminino | 13 | 81 |
| Masculino | 3 | 19 |
| Faixa etária | | |
| ≤ 29 anos | 1 | 6 |
| 30 a 39 anos | 4 | 25 |
| 40 a 49 anos | 4 | 25 |
| 50 a 59 anos | 4 | 25 |
| 60 a 69 anos | 1 | 6 |
| ≥ 70 anos | 2 | 13 |
| Diagnóstico psiquiátrico referido pelo usuário, familiar e/ou equipe da ESF* | | |
| Depressão | 6 | 28 |
| Dependência de crack | 4 | 20 |
| Dependência de álcool | 2 | 9 |
| Esquizofrenia | 2 | 9 |
| Tentativa de suicídio | 2 | 9 |
| Transtorno bipolar do humor | 1 | 5 |
| Transtorno de ansiedade | 1 | 5 |
| Transtorno de personalidade histriônica | 1 | 5 |
| Epilepsia | 1 | 5 |
| Hipocondria | 1 | 5 |

Continua

| História prévia de internação psiquiátrica | | |
|---|----|-----|
| Não | 8 | 50 |
| Sim | 8 | 50 |
| A quem/que recorre quando enfrenta situação relacionada à sua saúde mental** | | |
| USF | 4 | 19 |
| Emergência psiquiátrica (serviço especializado) | 2 | 9 |
| Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) | 2 | 9 |
| Esposo | 2 | 9 |
| Filho | 2 | 9 |
| Vizinhos | 2 | 9 |
| Irmãos | 2 | 9 |
| Hospital de Clínicas | 1 | 4,5 |
| Psicólogo do CAPS | 1 | 4,5 |
| Técnico de enfermagem da ESF | 1 | 4,5 |
| ACS | 1 | 4,5 |
| Pai | 1 | 4,5 |
| Ninguém | 1 | 4,5 |
| Tempo que é acompanhado pela equipe da ESF | | |
| ≤ 4 anos | 1 | 6 |
| 5 a 9 anos | 3 | 19 |
| ≥ 10 anos | 12 | 75 |

Fonte: Dados primários coletados durante as entrevistas.

*Considera co-morbidades psiquiátricas.

** Mais de uma resposta foi considerada.

Quadro 3 - Caracterização dos usuários entrevistados atendidos pelas equipes da ESF das USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010

Dos 16 usuários entrevistados, 13 são do sexo feminino (81%) e 12 estão na faixa etária de 30 a 59 anos (75%). Isso mostra que a maioria dos usuários entrevistados é mulher e que metade (50%) está na faixa etária classificada como adulto maduro (40 a 59 anos).

Os principais diagnósticos psiquiátricos referidos por usuário, familiar e/ou equipe da ESF foram depressão (28%) e dependência química de crack (20%), seguidos pela dependência química de álcool, esquizofrenia e tentativa de suicídio. É importante destacar que alguns usuários possuem mais de um diagnóstico psiquiátrico (co-morbidade psiquiátrica) e que a escolha dos usuários não ficou restrita a um determinado diagnóstico psiquiátrico, mas ter um diagnóstico psiquiátrico *qualquer* e ser acompanhado pela equipe da ESF.

Em relação à história prévia de internação psiquiátrica, metade dos usuários entrevistados (50%) referiu não ter sido internado, embora dois deles já tenham

ficado em observação em um serviço de emergência psiquiátrica. Entre aqueles que já foram internados (50%), observou-se que quatro somente foram internados em hospital psiquiátrico, dois em ala e/ou unidade psiquiátrica em hospital geral, e outros dois em ambos os tipos de hospitais – psiquiátrico e geral.

Tais dados mostram que dos 16 usuários, seis (38%) não vivenciaram uma internação psiquiátrica e nem ficaram em observação em um serviço de emergência psiquiátrica. Além disso, entre os tipos de hospitais onde ocorreram as internações psiquiátricas – apesar de o hospital psiquiátrico ainda ter tido maior número (seis usuários) – observa-se que pelo menos dois usuários foram internados somente em hospital geral (unidade e/ou ala psiquiátrica).

Quando o usuário enfrenta alguma situação relacionada à sua saúde mental, a maioria busca suporte da USF (19%), seguida por outros dois estabelecimentos de saúde: serviço de emergência psiquiátrica (9%) e Centro de Atenção Psicossocial (9%). Depois desses serviços, vários usuários referiram buscar apoio em pessoas de seu círculo social, como esposo (9%), filho (9%), vizinhos (9%) e irmãos (9%).

Em relação ao tempo em que o usuário é acompanhado pela equipe da ESF, vale destacar que a maioria é assistida pela equipe há pelo menos uma década (75%). Isso revela um período de tempo considerável, em que o usuário e os profissionais responsáveis pelos cuidados primários em saúde se conhecem e se relacionam socialmente.

6.2.1.2 **Categorias concretas e o típico da ação dos usuários**

Os *motivos para* dos usuários emergiram de suas falas conforme percorridos os passos de análise. O processo de construção das categorias concretas seguiu o mesmo movimento de idas e vindas às falas, buscando inicialmente identificar e captar trechos de falas que continham as expectativas dos usuários ao buscarem atendimento da equipe da ESF, isto é, fragmentos de falas que comportavam os *motivos para* dos sujeitos.

No início, para melhor visualização dos *motivos para*, optei por identificar também os *motivos porque* dos usuários, ou seja, aqueles que levaram os sujeitos a agir quando buscaram atendimento da equipe da ESF, sendo visualizados, portanto, na perspectiva de tempo passado. Tal separação dificultou-me olhar as *expectativas* dos usuários, por causa do tempo verbal apresentado nas falas. Embora estivessem

no passado, muitas traziam em si os *motivos para* – as expectativas dos usuários ao buscarem atendimento da equipe da ESF.

Dessa maneira, depois de muitas leituras e releituras das falas, aprimorei meu olhar para a identificação dos *motivos para*, ou seja, voltei-me para a captação das expectativas dos usuários. Com isso, a essência do fenômeno mostrou-se evidente, sendo possível, a partir daí, construir as categorias concretas dos usuários por meio da descrição do típico da ação dos sujeitos (os *motivos para* em comum).

A intencionalidade dos usuários em buscar atendimento da equipe da ESF foi organizada em duas categorias concretas que se mostraram a partir de suas falas: **acessar serviços e/ou insumos ofertados pela equipe da ESF e estabelecer uma relação social.**

A seguir, apresento recortes de falas das expectativas dos usuários ao buscarem atendimento da equipe da ESF nas suas respectivas categorias concretas.

✓ **Acessar serviços e/ou insumos ofertados pela equipe da ESF**

[Que] melhorassem os remédios. [...] colocassem mais remédio ali (U1).

Fui lá para pegar os remédios (U2).

Para procurar uma ajuda com urgência, quando preciso de uma ajuda com urgência, e dali, como é o meu caso, que não é muito comum, eles podem me encaminhar para outro lugar [...]. Se eu vou ali, às vezes o fulano [ACS] me leva de carro lá no Hospital da Brigada para eu não ir sozinha e para buscar um pronto-atendimento mais rápido, porque eu saio com a pressão controlada, se tenho vômito ou dor de cabeça aí eu já saio medicada e aliviada, me restando só aquela angústia que não tem remédio, só internando (U3).

Eu já precisei ir ali e fui bem atendido [...]. Ali não foi nada relacionado com esse meu problema [uso de drogas], foi outras coisas. Eu tinha que fazer vacina de hepatite, eu fiz ali... mais isso (U4).

Se eu vou ali buscar remédio, se tem, eles me dão, se eu estou mal elas sabem e medem minha pressão (U6).

Eu estava me sentindo mal, estava depressiva demais e fui procurar ajuda com eles para ver se eles me ajudavam procurando um psicólogo ou um psiquiatra, porque eu quero fazer um tratamento para ver se eu melhoro (U7).

[...] para consultar com a doutora [...] essa consulta é para pegar o remédio da depressão (U9).

O motivo especial que me trouxe aqui foi quando eu estava trabalhando, [...] e eu tenho pressão alta e ela caiu lá em baixo e eu fui atendido especialmente pela médica [...]. Toda a equipe me atendeu, todos juntos em uma sala, minha pressão

caiu lá em baixo, chamaram o SAMU e me levaram para o pronto-socorro aí comecei a tomar medicamento (U10).

[...] para consultar e foi quando eu comecei a me sentir ruim [...] para procurar um médico mais perto, no posto, para poder pegar medicamento e me tratar [...], então diariamente eu posso consultar no posto se me acontece qualquer coisa [...]. Eu espero me tratar com eles até o fim da minha vida (U11).

Eu venho aqui para saber o que eu tenho, ter tratamento mais rotineiro com os médicos e os remédios [...]. Eu venho sempre, pelo menos uma vez no mês porque esse remédio, a fluoxetina, tem que pegar a receita todo mês, então [...] todos os meses eu tenho que vir só para consultar, é esse o motivo [...]. Eu espero que eles estejam sempre como estão, continuando como estão para mim está ótimo, não tenho nada para reclamar daqui e todos são bons. [...] eles são bons e a gente é bem atendido aqui [USF] (U12).

Eles sempre são bons comigo, quando eu espero alguma coisa eles já estão na minha porta (U13).

[Espero que] me ajude a lidar com a pressão [arterial] (U14).

Que me ajudassem [alcoolismo] encaminhando-me para algum lugar adequado para me ajudar, mas que não me internassem, não quero ser internado. Um lugar no qual eu viesse aqui e pegasse um papel e levasse nesse lugar que me mandassem... (U15).

Eu fui quando eu estava doente, gripada ou qualquer outra coisa ou pelas minhas filhas, mas nunca por causa da droga (U16).

✓ Estabelecer uma relação social

Eu espero que quando eu esteja mal eu espero que eles me atendam. Muitas vezes me mandam para a psiquiatria do postão, mas o que vai fazer na psiquiatria do postão? Vão-me “chapar” de remédio e eu não vou poder nem falar [...]. Eu espero que continuem me atendendo que nem as últimas vezes que eu fui, e não que nem antes que nem olhavam para a minha cara e já me mandavam para a psiquiatria do postão [centro de saúde de nível secundário de assistência] [...]. Espero que continue assim, quando eu for que me atendam (U5).

Eu não consigo trabalhar mais, não consigo fazer mais nada e é por isso que eu os procuro sempre [equipe da USF] e vou lá conversar [...]. Eu gosto de conversar porque às vezes eu estou deprimida e não tem ninguém para conversar daí eu gosto de ir lá para falar os meus problemas [...]. Eu espero que sempre que eu for lá alguém converse comigo para ver como eu estou, conversar [...]. Tinha um grupo ano passado que eu gostava muito de ir. Nesse grupo a gente conversava, desabafava e não saía dali, fica só para a gente. [...] eu gostava do grupo porque ali eu me sentia... Eu conversava as coisas que aconteciam e me sentia bem conversando com as pessoas. E não tinha só eu eram várias mulheres e cada uma tinha um problema, eu tinha o meu e cada uma falava do seu. Eu gostaria que voltasse o grupo [de mulheres] (U7).

Às vezes eu tenho problema em casa aí eu venho desabafar aqui [USF] (U8).

Eles podiam ter um programa, uma coisa para ajudar. [...] Reunião, porque às vezes as reuniões são boas, eu tive umas duas reuniões ali no postão e todo mundo dá o seu testemunho, fala como foi, como começou a usar droga, é bom de ouvir [...]. Isso que eu penso que poderia ter ali, um programa com essas reuniões para podermos nos reunir e dar nossos testemunhos para tentarmos nos ajudar (U16).

As categorias concretas permitem construir o **típico da ação** dos usuários em relação às expectativas em buscar atendimento da equipe da ESF. Esse típico comporta a intencionalidade dos usuários na busca de atendimento, imprimindo a ela um significado comum aos sujeitos.

Assim, quando os usuários buscam atendimento da equipe da ESF a intencionalidade deles é traduzida pelas expectativas de **acessar serviços e/ou insumos ofertados pela equipe da ESF**, para atender a uma demanda que sabidamente é realizada pela equipe (vacinação, aferição de pressão arterial, consulta médica, prescrição de medicações e a própria medicação) e obter encaminhamento para um estabelecimento de saúde especializado a fim de acessar outros serviços e profissionais especializados; e **estabelecer uma relação social** mediante uma interação *face a face* com os profissionais da equipe da ESF, de maneira que sua história de vida, seus interesses e seus anseios sejam reconhecidos por eles.

Para atender ao postulado de adequação⁽¹⁰³⁾, entrei em contato com nove usuários vinculados às duas USF, sendo que um deles não foi entrevistado nesta pesquisa pois havia se recusado em participar da fase de entrevistas do estudo, como descrito na trajetória metodológica. Porém julguei relevante contatá-lo na etapa de validação dos achados do grupo dos usuários, pois se esperava que ele e os outros sujeitos entrevistados se reconhecessem na descrição do típico da ação, ou seja, que as expectativas descritas fossem comuns a esse grupo de sujeitos.

Após relatar o motivo do contato telefônico, a partir da anuência verbal de cada sujeito, li pausadamente a descrição do típico da ação apresentada anteriormente. Ao final da leitura, todos concordaram com a descrição apresentada, validando as expectativas encontradas como aspecto comum aos usuários que vivenciam aquela realidade social.

6.2.1.3 Análise compreensiva do típico da ação dos usuários

Na análise compreensiva do típico da ação dos usuários, busquei revelar a intencionalidade de suas expectativas por meio dos passos de análise seguidos, articulando-as ao referencial de Alfred Schutz e, quando oportuno, apoiando-as em resultados de pesquisas relacionados ao fenômeno em estudo.

O significado do típico das ações dos usuários integra as categorias concretas **acessar serviços e/ou insumos ofertados pela equipe da ESF e estabelecer uma relação social**.

Na primeira, os usuários vão à USF para atender alguma demanda a que, sabidamente, a equipe da unidade oferece resposta, por meio da oferta de determinados serviços. Os usuários entrevistados buscam a USF para prevenir doenças e complicações por meio de vacinação e do monitoramento da pressão arterial, respectivamente. Além disso, buscam promover e recuperar a *saúde*, mediante tratamento ofertado pela USF, sobretudo por meio de consulta médica, de prescrição de medicamentos ou mesmo do próprio medicamento dispensado na unidade.

Fui lá para pegar os remédios (U2).

Eu tinha que fazer vacina de hepatite, eu fiz ali... mais isso (U4).

Se eu vou ali buscar remédio, se tem, eles me dão, se eu estou mal elas sabem e medem minha pressão (U6).

[...] para consultar com a doutora [...] essa consulta é para pegar o remédio da depressão (U9).

Eu venho sempre, pelo menos uma vez no mês porque esse remédio, a fluoxetina, tem que pegar a receita todo mês, então [...] todos os meses eu tenho que vir só para consultar, é esse o motivo (U12).

Essa busca de recursos na USF não difere da intencionalidade de usuários em geral, como apontado em um estudo realizado em uma unidade básica de saúde que utilizou o mesmo referencial teórico-metodológico deste estudo⁽¹⁰⁵⁾. Como qualquer outro usuário, eles utilizam os recursos ofertados pela USF – consultas, visita domiciliar e até a participação, por exemplo, de grupos de gestante, hipertensão e diabetes⁽¹²⁶⁾.

Chama a atenção que, dentre os recursos mencionados pelos usuários, sobressaem aqueles que tratam de ações centradas especialmente no trabalho médico – consulta e prescrição de medicações.

Tem-se observado que a representação social que usuários costumam fazer da *promoção da saúde mental* na ESF diz respeito à solução dos problemas de saúde das pessoas mediante a intervenção médica⁽⁹⁰⁾. Essa visão reforça a ideia que muitos usuários projetam sobre o trabalho das equipes da ESF, ou seja, esperam que a assistência em saúde nesse contexto deva ser especializada, centrada na consulta médica e na prescrição de medicamento^(92,126).

Tal projeção dos usuários reflete a maneira com que, costumeiramente, os profissionais de saúde vêm operando suas práticas, ainda pautadas marcadamente pelo modelo tradicional de assistência à saúde (biomédico, organicista, hospitalocêntrico, curativista, com excesso do uso de procedimentos diagnósticos e de medicações).

Por outro lado, é importante entender que a demanda dos usuários pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas que mais tradicionalmente são percebidas pelos usuários), contudo suas necessidades podem ser outras. Assim, as demandas traduzem em alguma medida as necessidades mais complexas do usuário, ou seja, as demandas dos usuários são as “necessidades modeladas pela oferta” que os serviços fazem⁽¹²⁷⁾.

Frente a isso, observa-se que o contexto sócio-histórico e político do usuário, bem como sua dimensão subjetiva, são essenciais no processo de compreensão da sua situação de saúde. A realização de um cuidado que vise à integralidade deve se ocupar em explorar não somente os aspectos biomédicos, mas também conhecer e compreender o sujeito (subjetividade) e seu contexto (sua história e relações), tentando imprimir um olhar sobre a realidade social para além da demanda do usuário que busca a USF, revelando assim suas necessidades.

Essa reflexão é importante, pois está na dimensão relacional, entre as subjetividades (profissional e usuário), a maior governabilidade dos profissionais de saúde na produção do cuidado⁽¹²⁷⁾. Por conseguinte pode-se dizer que o cuidado em saúde/saúde mental na ESF é uma expressão de uma escolha ética e política do profissional que se propõe a cuidar do outro, mediante implicação com a situação vivida do usuário e de seus familiares.

Entre as expectativas dos usuários está o interesse em obter encaminhamento para um estabelecimento de saúde especializado. Assim, sua expectativa em buscar atendimento da equipe da ESF é de obter suporte da equipe de saúde para conseguir acessar profissionais especialistas que possam responder à demanda deles, sobretudo profissionais da área *psi* (psicólogo e psiquiatra), ou ainda para conseguir acessar outro estabelecimento de saúde para ter tratamento psiquiátrico, estando a internação hospitalar como opção, e não como obrigatoriedade.

Eu estava me sentindo mal, estava depressiva demais e fui procurar ajuda com eles para ver se eles me ajudavam procurando um psicólogo ou um psiquiatra, porque eu quero fazer um tratamento para ver se eu melhora (U7).

Que me ajudassem [alcoolismo] encaminhando-me para algum lugar adequado para me ajudar, mas que não me internassem, não quero ser internado. Um lugar no qual eu viesse aqui e pegasse um papel e levasse nesse lugar que me mandassem... (U15).

A dependência de atendimento especializado para alcançar um estado saudável entre os usuários que buscam a ESF reforça a falta de autonomia dos mesmos em definir suas próprias necessidades de saúde diante dos profissionais, uma vez que somente outro profissional *especializado*, que não aqueles da ESF, poderia *resolver* a situação vivenciada por ele⁽⁹⁰⁾.

Além disso, de acordo com as falas dos usuários, a procura pelo encaminhamento para outros estabelecimentos de saúde, via USF, ocorre em situações que fogem ao seu controle, levando-os, portanto, a buscar os primeiros cuidados na USF, para “procurar uma ajuda com urgência”. Em seguida, depois de estabilizados os sinais físicos – hipertensão arterial, vômito e cefaleia –, busca-se o encaminhamento a outro serviço.

Para procurar uma ajuda com urgência, quando preciso de uma ajuda com urgência, e dali, como é o meu caso, que não é muito comum, eles podem me encaminhar para outro lugar [...] para buscar um pronto-atendimento mais rápido, porque eu saio com a pressão controlada, se tenho vômito ou dor de cabeça aí eu já saio medicada e aliviada, me restando só aquela angústia que não tem remédio, só internando (U3).

O motivo especial que me trouxe aqui foi quando eu estava trabalhando, [...] e eu tenho pressão alta e ela caiu lá em baixo e eu fui atendido especialmente pela médica [...]. Toda a equipe me atendeu, todos juntos em uma sala (U10).

Dentre as principais razões que justificam a necessidade de profissionais da atenção básica estarem aptos a cuidar de usuários (da saúde mental), inclui-se a

garantia de cuidados físicos, já que eles possuem alta taxa de co-morbidade e mortalidade por doenças físicas, e a garantia de cuidado imediato, precoce e continuado, a esses sujeitos⁽¹²⁸⁾. Isso demonstra a relevância das equipes da ESF em se sensibilizar com as situações enfrentadas pelos usuários na comunidade, seja para oferecer cuidados na USF, seja para possibilitar esse cuidado em outros locais.

Assim, a busca de encaminhamento pelo usuário reflete, ao mesmo tempo, a hierarquização dos serviços de saúde, em que os estabelecimentos da atenção básica, como a ESF, são a principal porta de entrada para o sistema de saúde. Demonstra, também, a segurança e a confiança do usuário pelo trabalho oferecido pela equipe, embora possa estar implícita aqui a falta de opção do usuário em buscar outro serviço. De qualquer modo, a ida regular ao serviço para buscar diferentes ofertas de serviços da equipe manifesta a credibilidade no serviço ofertado.

Toda a equipe me atendeu, todos juntos em uma sala, minha pressão caiu lá em baixo, chamaram o SAMU e me levaram para o pronto-socorro (U10).

Eu espero que eles estejam sempre como estão, continuando como estão para mim está ótimo, não tenho nada para reclamar daqui e todos são bons. [...] eles são bons e a gente é bem atendido aqui [USF] (U12).

Eles sempre são bons comigo, quando eu espero alguma coisa eles já estão na minha porta (U13).

A garantia de rapidez e o reconhecimento dos usuários pelo empenho da equipe em providenciar o encaminhamento são aspectos que influenciam no grau de satisfação dos usuários com o trabalho oferecido pela equipe da ESF. Isso mostra a potencialidade da ESF em oferecer cuidados aos usuários com transtornos mentais leves e moderados, mediante o oferecimento de cuidados no domicílio, na USF e, quando necessário, por meio da garantia de encaminhamentos para outros serviços⁽¹²⁶⁾.

A categoria **estabelecer uma relação social** revela-se importante, pois traz a relação social como interesse dos usuários ao buscar a equipe da USF. Assim, em suas falas, os usuários demonstram que têm como expectativa estabelecer uma relação social com os profissionais da ESF, ou seja, estabelecer trocas sociais.

[...] eu os procuro sempre [equipe da USF] e vou lá conversar [...]. Eu gosto de conversar porque às vezes eu estou deprimida e não tem ninguém para conversar daí eu gosto de ir lá para falar os meus problemas (U7).

Às vezes eu tenho problema em casa aí eu venho desabafar aqui [USF] (U8).

Essa busca fica explícita quando os usuários dizem: “vou lá conversar [...] gosto de ir lá falar dos meus problemas” e “venho desabafar aqui”. Fica evidente que os profissionais da USF servem como suporte para extravasar angústias. Assim, a ida à USF tem em vista atender a uma necessidade de o usuário compartilhar com os profissionais, ou com pelo menos alguns deles, suas vivências.

Contudo os usuários alertam que nem sempre eles tiveram essa abertura como ocorre agora, pois aparece nos relatos que houve momentos em que os profissionais não dispensavam a atenção que eles gostariam.

Eu espero que continuem me atendendo que nem as últimas vezes que eu fui, e não que nem antes que nem olhavam para a minha cara e já me mandavam para a psiquiatria do postão [centro de saúde de nível secundário de assistência] (U5).

Essa fala dá uma ideia da necessidade de encontros de subjetividades como produtoras de saúde, especialmente para o usuário, por reconhecer explicitamente a relevância desses encontros em que a relação *face a face* é fundamental para sentir-se cuidado.

A relação *face a face* destacada pelo usuário tem como fundamento a superação de uma relação social do tipo anônima^(97,103), em que o profissional de saúde, ao atendê-lo, não efetiva uma interação em que as particularidades do usuário sejam apreendidas. Dessa maneira, o usuário tem por expectativa um tipo de relação intersubjetiva de familiaridade^(97,103), na qual sua história de vida, suas relações sociais, seus interesses e seus anseios sejam reconhecidos pelos profissionais de saúde na produção de cuidado.

Para proporcionar um cuidado integral, é importante pensar o indivíduo desde seu corpo físico até sua inserção no contexto local, social, econômico, político e cultural, nos quais tudo está em constante interação. Isso implica conhecer como vivem os sujeitos, suas histórias de vida, o que se traduz em diferentes expectativas, vivências e potencialidades para cada indivíduo e para cada contexto⁽¹²⁹⁾.

A relação intersubjetiva, como uma ação de cuidado, também aparece como uma ação essencial ao trabalho em saúde mental na ESF quando os usuários sugerem, enquanto expectativas, que o serviço oferecesse determinadas atividades, tais como aparece nas falas:

Tinha um grupo ano passado que eu gostava muito de ir. Nesse grupo a gente conversava, desabafava e não saía dali, fica só para a gente. [...] eu gostava do grupo porque ali eu me sentia... Eu conversava as coisas que aconteciam e me sentia bem conversando com as pessoas. E não tinha só eu eram várias mulheres e cada uma tinha um problema, eu tinha o meu e cada uma falava do seu. Eu gostaria que voltasse o grupo [de mulheres] (U7).

Eles podiam ter um programa, uma coisa para ajudar [...]. Isso que eu penso que poderia ter ali, um programa com essas reuniões para podermos nos reunir e dar nossos testemunhos para tentarmos nos ajudar (U16).

As expectativas dos usuários mostram-se distantes de serem alcançadas quando eles utilizam o tempo verbal no futuro do pretérito, como “gostaria” e “poderia”. Isso aponta para anseios de usuários, importantes para as equipes levarem em consideração no planejamento da assistência a eles.

Entendo que a busca dessa relação social está relacionada à oportunidade dos usuários em ter um espaço legitimado pela equipe, em que fosse dada voz a eles para falar sobre suas vidas, suas trajetórias, seus obstáculos superados e, ao mesmo tempo, proporcionar que conheçam outros indivíduos que estão enfrentando situações semelhantes às deles.

O trabalho com grupos pode promover trocas sociais entre sujeitos e possibilitar ao profissional visualizar as necessidades e o potencial do sujeito em particular e do grupo como um todo para, assim, elaborar estratégias de cuidado.

O trabalho no grupo permite construir um campo multiplicador de experiências, levando cada pessoa, em seu tempo específico, a ampliar as visões sobre o mundo, suas experimentações, existências e a problematizar a si próprio, transformando a si mesmo e o meio que os circunda⁽¹³⁰⁾. Enfim, oportuniza aos sujeitos ampliar o poder de realização de trocas afetivas, materiais e de mensagens e, conseqüentemente, expandir seu poder de contratualidade social, ou seja, de decidir e negociar a maneira como deseja reger sua vida⁽¹⁵⁾.

O encontro com os profissionais da ESF, seja individual ou coletivo, seja programado ou não, é um importante momento para o usuário atender sua expectativa de estabelecer uma relação social, realizando trocas importantes, produtoras de subjetividade.

6.2.2 Perspectiva dos familiares

6.2.2.1 Caracterização dos familiares entrevistados

A caracterização dos familiares foi elaborada a partir da identificação de aspectos importantes para traçar um perfil desses sujeitos, a fim de dar uma noção de alguns elementos que compõem sua situação biográfica.

O quadro 4 mostra algumas características dos sujeitos entrevistados quanto a sexo, faixa etária, tipo de relação e/ou parentesco com o usuário e a quem/que recorrem quando enfrenta alguma situação relacionada à saúde mental do seu familiar usuário.

Dos 12 familiares entrevistados, sete são do sexo feminino (58%), e oito (67%) possuem idade de 50 anos ou mais (adulto maduro). Isso mostra que a maioria dos familiares entrevistados é mulher e que pelo menos um terço dos sujeitos (33,5%) está na faixa etária classificada como pessoa idosa (60 anos ou mais).

Os principais tipos de relação e/ou parentesco entre o familiar e o usuário referidos foram esposo(a) (34%), filha (17%) e mãe (17%), refletindo a importância das relações de parentesco no envolvimento dos cuidados do usuário, embora sejam identificadas outras formas de relação em que sugerem vinculações pautadas em relações de amizade e afeto, como vizinha e ex-esposo.

Quando o usuário enfrenta alguma situação relacionada à sua saúde mental, a maioria busca suporte da equipe da ESF e ACS (35,5%), seguido pelos filhos (11,5%) e filho e nora (11,5%). Entre os recursos acionados pelos familiares observa-se que as *peessoas* são as principais referências para eles (82,5%), como os profissionais da ESF, ACS, filho, nora, pai, mãe, sobrinha, vizinha e ex-esposo quando comparado a serviços, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (6%).

| Características | n | % |
|--|---|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 7 | 58 |
| Masculino | 5 | 42 |
| Faixa etária | | |
| ≤ 19 anos | 1 | 8 |
| 20 a 29 anos | 1 | 8 |
| 30 a 39 anos | 2 | 17 |
| 40 a 49 anos | 0 | 0 |
| 50 a 59 anos | 4 | 33,5 |
| ≥ 60 anos | 4 | 33,5 |
| Tipo de relação e/ou parentesco com o usuário | | |
| Esposo(a) | 4 | 34 |
| Filha | 2 | 17 |
| Mãe | 2 | 17 |
| Pai | 1 | 8 |
| Ex-esposo | 1 | 8 |
| Irmã | 1 | 8 |
| Vizinha | 1 | 8 |
| A quem/que recorre quando enfrenta situação relacionada à sua saúde mental* | | |
| Equipe da ESF | 4 | 24 |
| ACS | 2 | 11,5 |
| Filhos | 2 | 11,5 |
| Filho e nora | 2 | 11,5 |
| Ninguém | 2 | 11,5 |
| Mãe | 1 | 6 |
| Sobrinha | 1 | 6 |
| Ex-esposo | 1 | 6 |
| Vizinha | 1 | 6 |
| Serviço de Atendimento Móvel de Urgência | 1 | 6 |

Fonte: Dados primários coletados durante as entrevistas.

* Mais de uma resposta foi considerada.

Quadro 4 - Caracterização dos familiares entrevistados atendidos pela equipe da ESF nas USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010

6.2.2.2 Categorias concretas e o típico da ação dos familiares

A convergência dos *motivos para* dos familiares foi organizada a partir da identificação das unidades de significado de suas falas, conforme percorridos os passos de análise.

Da mesma maneira que nos outros grupos entrevistados, a organização das categorias concretas foi se dando aos poucos, na medida em que me apropriava paulatinamente do conteúdo das falas dos sujeitos. No grupo dos familiares, meu interesse estava em identificar e captar o típico da ação – as expectativas dos sujeitos ao buscarem atendimento da equipe da ESF. Em outras palavras, busquei selecionar trechos de falas contendo os *motivos para* dos sujeitos.

Vale lembrar que foram realizadas três questões durante a entrevista com os familiares, das quais as duas primeiras visavam a proporcionar uma aproximação do mundo vivido dos sujeitos (*rapport*): *Como a equipe da ESF tem contribuído com seu familiar usuário? Como a equipe da ESF tem contribuído para você, familiar do usuário?* A terceira questão foi propriamente provocativa da descrição dos familiares de suas expectativas (*motivos para*), quando buscam atendimento da equipe da ESF: *O que você espera da equipe da ESF?* Contudo todo material produzido pelos familiares foi considerado como objeto de análise nesta pesquisa, respeitando os passos de análise e o objetivo do estudo.

Os fragmentos que acompanham a descrição dos *motivos para* em comum dos familiares vêm acompanhados, em sua maioria, de trechos do tipo “a gente procura”, “quando a gente precisa”, “se eu pedir para”, “a gente até pede”, “a gente foi lá”, “a gente chega aí”; e de trechos que trazem explícito a palavra “espero”, ou ainda, quando aparecem verbos no futuro do pretérito, tais como “teria”, “deveria” e “gostaria”, imprimindo a esses últimos fragmentos uma expectativa mais ou menos distante de ser alcançada.

O típico da ação dos familiares, ou seja, a intencionalidade comum aos sujeitos, ao buscarem atendimento da equipe da ESF, foi organizada em duas categorias concretas: **ter apoio da equipe da ESF** e **ter atenção da equipe da ESF**.

Apresento em seguida os recortes de falas, em suas respectivas categorias concretas, revelando as expectativas dos familiares.

✓ **Ter apoio da equipe da ESF**

Quando a gente procura, estão sempre dispostos a ajudar, sempre estão aparando nós. Até orientações a gente pede para eles, mas no início quando ela surtava, a gente teve bastante dificuldade, a gente até pede, pedia auxílio porque a gente não entende, não se sabe bem como é que se trata essas pessoas que elas são diferentes e sempre ajudaram nós [...]. Eles estão sempre dispostos a vir quando a

gente chama, quando pede a presença deles sempre vêm [...]. Sempre orientam (F1).

Ajudam, o remédio mesmo, quando a gente precisa a gente vai ali e quando não tem eles arrumam (F2).

Acho que acompanhar os casos seria importante, continuar as visitas, não parar porque é importante também essa parte de visitar (F3).

[...] sempre quando a gente foi ali foi bem atendidos, algum medicamento que ela precisa ela consegue ali [...] eles vêm aqui, já vieram várias vezes até, conhecem o caminho direto aqui. [...] para mim está ótimo, eu, particularmente, nunca precisei nem para resfriado, mas elas [esposa e mãe] sempre quando precisam são atendidas. Elas [ACS] vêm aqui agendam, elas ficaram de vir aqui para ver a mãe, então é tranquilo é ótimo [...]. [espero que] sempre quando elas precisarem, eles atendam bem (F4).

Elas passam aqui na frente, como ontem a Z [ACS] passou e falou para mim “não se esquece de levar a tua mãe que vai ter o cursinho que elas estão fazendo de artesanato”, que elas sempre chamam a mãe para fazer alguma coisa ali, para a mãe se ocupar com alguma coisa e eu acho bom isso aí, acho muito bom, elas também me trataram muito bem, me conhecem desde criança (F5).

No caso aqui é assim, são os exames, ela faz exame de meses em meses para ver como é que está, [...] então eles vão... a mãe vem aqui, consulta, elas são umas ótimas médicas, enfermeira, elas ajudam bastante nesse ponto [...]. No meu caso, raramente venho no posto, eu venho só para trazer o meu filho, então não consulto, é muito difícil (F6).

Eles me dão receita e pego o remédio em outro lugar porque aqui não tem, [...] se tiver aqui eles me dão [...]. Só assim, com receita e remédio [ajuda o usuário] [...]. Eu também, só faço tratamento e pego o remédio aqui, quando tem o remédio aqui eu pego, o SUS fornecesse, se não tiver tenho que comprar. [...] a gente tinha que ficar caminhando para consultar agora a gente não precisa, a gente vem aqui é certo que consegue, tanto para mim quanto para ele, se eu pedir para elas irem lá olhar ele, elas vão, o médico vai olha e tudo [...]. Se a gente precisa de um encaminhamento eles dão para outra especialidade (F8).

Quando a gente precisa, eu venho aqui e digo “olha, a dona fulana está assim, assim”, eles descem lá em baixo vão dar uma olhada nela, então não tenho queixa. O pessoal é muito bom, tratamento para mim, como para os meus filhos, como para ela [usuária] [...]. Com a medicação, como tem que fazer com a alimentação, [...] a medicação que ela está tomando, vai lá se não está dando certo, não está dando, “vamos lá, vamos trocar”; exames eles encaminham, trago aqui, às vezes, ela [usuária] não pode vir aqui [USF], eu mesmo trago os exames, daí ela [médica] passa para mim, se tem problema se não tem, se precisa trocar medicamento ou não, eles estão sempre lá em casa, [...] e estão sempre cobrando da gente também “já foi lá pegar os remédios? não está faltando remédio? Vai lá, vamos lá, que os remédios não podem faltar”, estão sempre cobrando, são muito boas [...]. Se ela está doente e não pode vir, a médica vai lá examinar ela, [...] eles são muito prestativos (F9).

A equipe é muito boa, vão em casa fazer visita, para ver como a gente está e tudo (F10).

No postinho [USF] não tem um psiquiatra [...] eles tratam, exatamente, assim, o corpo, o espírito e a mente não, [...]. Tudo que eu peço, por exemplo, eu peço uma consulta, não sei quando que vai acontecer, mas vai vir essa consulta, eu já pedi para a K [ACS]. [...] eu acredito também que se eu precisar alguma coisa quanto ao corpo, anatomia geral, eles vão resolver logo (F11).

De vez em quando eles vêm aqui, tem uma agente [ACS] que desce aqui, chega nas casas para ver como está tudo e quando a gente precisa a gente vai lá também (F12).

✓ Ter atenção da equipe da ESF

Tem ajudado para me dar força e a conversa, quando eu vou lá as gurias me ajudam, a doutora [...]. [Espero] que eles continuem ajudando cada vez mais [...] chegando e conversando junto, explicando o certo e o errado (F2).

Acho que deveria implantar no mínimo dois profissionais que tem no CAPS no caso, para atender, uma psicóloga para familiares poderem conversar, um psiquiatra, nem que fosse uma vez na semana, isso aí ajudaria muito, principalmente a família (F3).

A estrutura ali [USF] não dá condições de atender o problema dele no caso [dependência química]. [...] ali [USF] nenhuma resposta obtive quanto a isso, sempre: “procura em outro lugar, procura no Postão, em algum outro lugar, em um centro especializado” [...]. Eu precisaria de um apoio psicológico, de até uma psiquiatra desde o início do problema, no auge do problema que ele estava [...]. Acho que deveria implantar no mínimo dois profissionais que tem no CAPS no caso, para atender, uma psicóloga para familiares poderem conversar, um psiquiatra nem que fosse uma vez na semana, isso aí ajudaria muito, principalmente a família, a família... sei que é muito importante na recuperação de um dependente químico, então se tivesse um pouco essa estrutura nesse PSF aí seria muito importante. [...] teria que ter um acompanhamento de mais profissionais, uma coisa mais profunda (F3).

Elas [ACS] conversam comigo bastante, me dão apoio [...]. Eles [equipe da ESF] me ajudam para mim ajudar a minha mãe, elas também conversam com a minha mãe para minha mãe poder me ajudar, uma ajuda a outra, para poder ficar equilibrado o problema [...]. Espero que eles sempre continuem assim, sempre ajudando, sempre... como é que vou dizer... sempre presentes para ajudar os outros e nós (F5).

[Espero] assim, uma pessoa que trabalha nessa parte como tu disse, mental, para orientar, para conversar, eu acho, não sei, se pode ou não, que nem um psicólogo, tu vai lá e conta, conta, conta, acho que até o psicólogo cansa de ouvir, eu acho que é assim. [...] que oriente o familiar ou até a pessoa que tenha esse problema porque é difícil (F6).

Eles fazem tudo que dá para eles fazerem [...] elas dão todas as atenções para mim, [...] tudo que eu necessito [...] elas te explicam com muita calma (F7).

Eles tratam a gente com atenção, com responsabilidade, tem lugares que não é assim (F8).

Olha, desde que eu me trato aí [USF], para mim o pessoal tem trabalhado ela bem, inclusive a doutora [...], não tenho nada a reclamar, a gente chega aí, eles dão uma atenção para gente, são muito atenciosos (F10).

Só tive uma consulta com ela [médica] que a gente foi lá e conversou com ela, mas ela foi muito querida, ela se deixou tocar porque, normalmente, as pessoas não se deixam tocar pelas pessoas que são doentes [mentais] e eu observei, e ela se deixou [...], ela aceitou bem, achei legal da parte dela [...]. Às vezes, o familiar também precisa conversar. Que lá no [Hospital de] Clínicas tem a reunião dos familiares toda terça-feira, então tu vai conversa, tu escuta o problema dos outros. Tu sabe que o seu não é o único problema do mundo... Se o outro está com o filho em crise todo mundo se volta para aquele problema e sabe que o teu está bem, que tu tens que cuidar, tens que observar para o teu familiar não chegar naquele estágio [...]. Se tu está fazendo essa pesquisa é sinal que vai ter um atendimento nos postos sobre psicologia, psiquiatria... eu espero assim, que seja usado o capital para isso, que tenha uma sala, pelo menos, para conversar, porque, às vezes, tu está ansioso, está com medo, tu sabe quando o teu familiar está em crise, tu também, a gente fica lá em baixo, a gente fica tão carente porque tu se sente impotente, tu gostaria que o teu paciente melhorasse, mas tu não tem como, por mais que tu faça, que tu reze [...]. Gostaria que houvesse uma retomada no ampliado, no atendimento, que tivesse mais tempo, que tivesse um psicólogo uma vez por semana para conversar ou um psiquiatra viesse e até um enfermeiro, viesse, participasse, explanasse mais a doença [...] aqui não tem, então aqui [USF] é só patológico, só o corpo, anatomia e nada mais e olha lá, porque eu acho que ainda está restrita a coisa, tem que ampliar mais (F11).

Essas categorias concretas permitem descrever o **típico da ação** dos familiares em relação às expectativas em buscar atendimento da equipe da ESF. Esse típico traz a intencionalidade dos familiares na busca de atendimento, atribuindo a ela um significado típico.

Assim, quando os familiares buscam atendimento da equipe da ESF, sua intencionalidade é manifestada pelas expectativas de **ter apoio da equipe da ESF** para atender às suas demandas e, sobretudo, às do usuário, por meio de orientação, consulta médica, medicação, visita domiciliar e encaminhamento; e de **ter atenção da equipe da ESF** por meio de uma relação *face a face*, em que suas experiências vividas sejam compartilhadas, reconhecidas e valorizadas, e esperam que a equipe continue sendo atenciosa e disponível para atendê-los e a seus familiares usuários.

Para cumprir com o postulado de adequação⁽¹⁰³⁾, entrei em contato com sete familiares vinculados às duas USF, sendo que um deles não foi entrevistado nesta pesquisa pois havia se recusado em participar da fase de entrevistas do estudo, como descrito na trajetória metodológica. Porém julguei relevante contatá-lo na etapa de validação dos achados do grupo dos familiares, pois espera-se que ele e

os outros sujeitos entrevistados se reconheçam na descrição do típico da ação, ou seja, que as expectativas sejam comuns a todos eles.

Assim, após relatar o motivo do contato telefônico, a partir do aceite verbal de cada sujeito, li pausadamente a descrição do típico da ação apresentada anteriormente. Ao final da leitura, todos concordaram com a descrição ora apresentada, validando as expectativas encontradas como aspectos comuns aos familiares que vivenciam e compartilham aquela realidade social.

6.2.2.3 Análise compreensiva do típico da ação dos familiares

A análise compreensiva do típico da ação dos familiares buscou revelar as expectativas comuns ao grupo, articulando-as ao referencial de Alfred Schutz e, quando adequado, a resultados de pesquisas relacionados ao fenômeno em estudo.

O significado do típico das ações dos familiares integra as categorias concretas **ter apoio da equipe da ESF** e **ter atenção da equipe da ESF**.

Na categoria **ter apoio da equipe da ESF**, os familiares buscam a equipe da ESF (profissionais de saúde e ACS) tendo em vista receber auxílio para si, para o usuário e, quando necessário, para seus outros familiares. Assim, seu interesse está voltado para que sejam atendidas suas próprias demandas, mas, sobretudo, as demandas do seu familiar usuário.

[...] para mim está ótimo, eu, particularmente, nunca precisei nem para resfriado, mas elas [esposa e mãe] sempre quando precisam são atendidas. [...] [espero que] sempre quando elas precisarem, eles atendam bem (F4).

[...] a gente tinha que ficar caminhando para consultar, agora a gente não precisa, a gente vem aqui é certo que consegue, tanto para mim quanto para ele (F8).

O pessoal é muito bom, tratamento para mim, como para os meus filhos, como para ela [usuária] (F9).

Esse auxílio almejado é concretizado quando a equipe orienta os familiares sobre os cuidados de saúde com o usuário (alimentação, medicação e lidar com as crises), quando os familiares recebem visita domiciliar, têm consulta médica, obtêm encaminhamentos para serviços especializados e quando são acompanhados regularmente pela equipe por meio do acompanhamento da situação do usuário (casos). Além disso, o auxílio esperado pelos familiares ocorre nos momentos em

que a equipe solicita exames e fornece “receita médica” (prescrição de medicamento) e/ou o próprio medicamento.

Até orientações a gente pede para eles, mas no início quando ela surtava, a gente teve bastante dificuldade a gente até pede, pedia auxílio porque a gente não entende, não se sabe bem como é que se trata essas pessoas que elas são diferentes e sempre ajudaram nós [...]. Sempre orientam (F1).

Ajudam, o remédio mesmo, quando a gente precisa a gente vai ali e quando não tem eles arrumam (F2).

No caso aqui é assim, são os exames, ela faz exame de meses em meses para ver como é que está, [...] então eles vão... a mãe vem aqui, consulta, elas são umas ótimas médicas, enfermeira, elas ajudam bastante nesse ponto (F6).

Eles me dão receita e pego o remédio em outro lugar porque aqui não tem, [...] se tiver aqui eles me dão. [...] se eu pedir para elas irem lá olhar ele, elas vão, o médico vai olha e tudo [...]. Se a gente precisa de um encaminhamento eles dão para outra especialidade (F8).

Com a medicação, como tem que fazer com a alimentação, [...] a medicação que ela está tomando, vai lá se não está dando certo, não está dando, “vamos lá, vamos trocar”; exames eles encaminham (F9).

A equipe é muito boa, vão em casa fazer visita, para ver como a gente está e tudo (F10).

O tratamento clínico proporcionado pela equipe da ESF tem sido reconhecido pelos familiares como uma maneira de os profissionais promoverem a saúde mental no território⁽⁹⁰⁾. Contudo, por vezes, o uso de medicação tem assumido uma importância que supera a necessidade de outras formas de assistência à saúde⁽⁸⁹⁾.

Esse é um cuidado ao qual a equipe da ESF deve estar atenta, para não restringir suas ações à mera reprodução do modelo biomédico de cuidado, uma vez que nesse contexto, a perspectiva do trabalho em saúde tem, entre suas aspirações, superar tal reducionismo.

A busca dos familiares pelo atendimento da equipe da ESF reflete, ao mesmo tempo, o interesse em cuidar da própria saúde e em propiciar maiores cuidados ao seu familiar usuário. Essas expectativas dos familiares podem estar relacionadas à sua situação biográfica^(97,103), caracterizada muitas vezes pela sobrecarga vivenciada na convivência com o usuário, especialmente quando solicitam orientação da equipe de saúde para lidar em situações de crise, o monitoramento do uso da medicação e o acompanhamento do usuário, o qual é reiteradamente solicitado à equipe.

Quando a gente procura, estão sempre dispostos a ajudar, sempre estão aparando nós. Até orientações a gente pede para eles, mas no início quando ela surtava, a gente teve bastante dificuldade, a gente até pede, pedia auxílio porque a gente não entende, [...] sempre ajudaram nós [...]. Sempre orientam (F1).

[...] se precisa trocar medicamento ou não, eles estão sempre lá em casa, [...] e estão sempre cobrando da gente também “já foi lá pegar os remédios? não está faltando remédio? Vai lá, vamos lá, que os remédios não podem faltar”, estão sempre cobrando, são muito boas (F9).

Acho que acompanhar os casos seria importante, continuar as visitas, não parar, porque é importante também essa parte de visitar (F3).

O convívio com o usuário constitui-se, frequentemente, um grande problema para os familiares devido ao desencadeamento de desgaste, tensões e conflitos⁽¹³¹⁾, sobrecargas nas finanças, nas rotinas familiares, na manifestação de doença física e emocional nos familiares, na restrição e na privação de atividades de lazer e na alteração das relações sociais, dada a estigmatização do familiar usuário^(132,133).

Frente a isso, diferentes estudos apontam para a necessidade de inserção da família na assistência aos usuários, devendo a equipe de saúde dedicar cuidados ao grupo familiar, apoiando-os para melhor conduzir suas vidas^(130-132,134-139). Esse apoio à família é fundamental para proporcionar a continuidade de cuidados aos usuários, especialmente em estabelecimentos de saúde abertos na comunidade, o mais próximo de suas residências.

É nesse contexto que a ESF pode servir de importante espaço de promoção dos cuidados em saúde de usuários e familiares, por ser uma unidade de saúde territorializada, sendo responsável por uma população adscrita e cadastrada na USF, servindo de referência para as pessoas que vivem naquele território.

A ESF possibilita um contato contínuo e longitudinal com o usuário e com a família, contribuindo para a integralidade do cuidado, especialmente devido à identificação de uma área adscrita, ao cadastramento de todas as famílias e ao reconhecimento de necessidades de cada usuário e família, mesmo quando o usuário é encaminhado para outros serviços⁽¹²⁶⁾.

Entretanto é necessário ressaltar que os cuidados oferecidos pela equipe não devem estar voltados exclusivamente para o usuário, mas contemplar a família e seus membros. Isso ocorre porque a promoção da saúde dos usuários está intimamente relacionada ao papel da família, já que esta é responsável por valores, crenças, sentimentos, conhecimentos e práticas do grupo familiar, servindo muitas

vezes como referência para orientar o comportamento de seus membros⁽⁹⁰⁾. Assim, é fundamental que a equipe da ESF reconheça a importância do cuidado em saúde voltado ao indivíduo e ao seu grupo familiar.

Os membros da equipe da ESF podem servir como importantes atores sociais para a consolidação das propostas da atenção psicossocial no território, desde que adotem uma postura acolhedora, de escuta e construtora de vínculos. Essas características são ponto de partida para os profissionais da ESF atuarem no contexto do território geográfico e existencial dos sujeitos, tendo por perspectivas a reinserção social do usuário na família e/ou na comunidade e a produção de sujeitos cidadãos que exerçam suas escolhas de maneira mais livre possível, isto é, que possam ser responsáveis em gerir suas vidas com autonomia.

Para os familiares, uma importante maneira de promover a continuidade de cuidados no território ocorre por meio da visita domiciliar realizada pelos profissionais da ESF, e em especial pelos ACS. Estes, com maior frequência, vão ao encontro das pessoas em seus domicílios para acompanhar a situação de saúde dos sujeitos, convidar os usuários para participar de atividades de grupo oferecidas pela equipe da ESF e, eventualmente, realizar agendamento de consultas.

Elas [ACS] vêm aqui, agendam, elas ficaram de vir aqui para ver a mãe, então é tranquilo, é ótimo (F4).

[...] como ontem a Z [ACS] passou e falou para mim “não se esquece de levar a tua mãe que vai ter o cursinho que elas estão fazendo de artesanato”, que elas sempre chamam a mãe para fazer alguma coisa ali, para a mãe se ocupar com alguma coisa (F5).

[...] eu peço uma consulta, não sei quando que vai acontecer, mas vai vir essa consulta, eu já pedi para a K [ACS]. [...] se eu precisar alguma coisa quanto ao corpo, anatomia geral, eles vão resolver logo (F11).

De vez em quando eles vêm aqui, tem uma agente [ACS] que desce aqui, chega nas casas para ver como está tudo (F12).

A visita domiciliar tem sido reconhecida como uma importante estratégia de continuidade de cuidados, que pode, ao mesmo tempo, favorecer ou comprometer a integralidade do cuidado dos usuários na ESF, dependendo da maneira como é conduzida pelos membros da equipe. Ela é favorecedora do cuidado integral quando estabelece e fortalece o vínculo entre usuário-equipe e usuário-família. É uma estratégia comprometedora da integralidade do cuidado quando é realizada apenas

para um usuário e não para a família, sendo o usuário visto isoladamente, descolado de seu contexto e de suas relações familiares⁽¹²⁶⁾.

A visita domiciliar vem propiciando o contato com familiares e usuários, favorecendo a relação de confiança e credibilidade no trabalho de toda equipe. Esse envolvimento com as famílias permite conhecer a situação biográfica^(97,103) dos seus membros, especialmente do usuário e do familiar mais envolvido com os cuidados dele. Isso fica evidente quando os familiares dizem sobre a equipe:

[...] elas também me trataram muito bem, me conhecem desde criança (F5).

[...] às vezes, ela [usuária] não pode vir aqui [USF], eu mesmo trago os exames, daí ela [médica] passa para mim, se tem problema se não tem (F9).

O fato de conhecer as pessoas da comunidade e suas histórias é um importante aspecto para maior compreensão das situações vivenciadas por elas. Essa compreensão favorece o melhor reconhecimento das necessidades de saúde específicas de usuários e familiares, servindo de subsídio fundamental para planejar ações a serem trabalhadas pela equipe da ESF e que atendam efetivamente aos interesses e às necessidades dos sujeitos.

Na categoria **ter atenção da equipe da ESF**, os familiares revelam sua expectativa em estabelecer uma relação social direta^(97,103) com os profissionais da ESF, na medida em que relatam a “conversa” como um importante recurso terapêutico.

Tem ajudado para me dar força e a conversa, quando eu vou lá as gurias me ajudam, a doutora [...]. [Espero] que eles continuem ajudando cada vez mais [...] chegando e conversando junto (F2).

Elas [ACS] conversam comigo bastante, me dão apoio. [...] Eles [equipe da ESF] me ajudam para mim ajudar a minha mãe, elas também conversam com a minha mãe para minha mãe poder me ajudar, uma ajuda a outra, para poder ficar equilibrado o problema (F5).

[...] para orientar, para conversar [...] que oriente o familiar ou até a pessoa que tenha esse problema porque é difícil (F6).

De acordo com os familiares, essa conversa tem como características a atenção e a responsabilidade que os profissionais dedicam não somente aos familiares, mas também aos usuários.

Dentre outras formas de enfrentamento de dificuldades relacionadas ao cuidado do usuário, os familiares recorrem ao diálogo como uma maneira de

compartilhar sentimentos e ideias com outras pessoas⁽⁸⁹⁾. Esse tipo de relação tem servido para fortalecer e ajudar familiares e usuários a enfrentarem e superarem as dificuldades vivenciadas.

Outra característica interessante da relação entre esses sujeitos diz respeito à maneira como os profissionais interagem com usuários e familiares, especialmente quando as orientações fornecidas são explicadas “com muita calma” e quando o profissional adota uma postura cordial e de proximidade, sobretudo com o usuário, permitindo-se tocar por ele.

Elas dão todas as atenções para mim, [...] tudo que eu necessito [...] elas te explicam com muita calma (F7).

Só tive uma consulta com ela [médica] que a gente foi lá e conversou com ela, mas ela foi muito querida, ela se deixou tocar porque, normalmente, as pessoas não se deixam tocar pelas pessoas que são doentes [mentais] e eu observei, e ela se deixou [...], ela aceitou bem, achei legal da parte dela (F11).

A ação de tocar a outra pessoa pode ser considerada uma ferramenta comunicativa favorecedora da interação entre profissional e usuário. Dessa maneira, juntamente com a escuta, o toque pode servir de suporte ao usuário, especialmente em situações delicadas em que o profissional não sabe apoiar o usuário verbalmente. Contudo é necessário que o profissional utilize esse recurso cuidadosamente, de maneira apropriada em cada situação e pessoa – cumprimentos casuais, durante a realização de procedimentos, situações envolvendo compaixão, conforto e luto⁽⁸⁰⁾.

Os familiares consideram o aspecto afetivo, a escuta e a acolhida, direcionados aos usuários, uma importante maneira de promoção da saúde mental desses sujeitos, quando se relacionam com a equipe da ESF⁽⁹⁰⁾.

Os achados descritos anteriormente indicam a relevância da relação intersubjetiva vivenciada no encontro *face a face* como uma potente estratégia de cuidado e promotora de saúde mental na ESF, uma vez que propicia uma familiaridade entre os sujeitos mediante um relacionamento social direto⁽⁹⁷⁾, de proximidade, interação, diálogo e reconhecimento mútuo de singularidades.

Assim, a atenção almejada pelos familiares demonstra, enquanto expectativa, sua intencionalidade em estabelecer uma relação social direta com um profissional que se volte para atender tanto os usuários quanto os próprios familiares, porque

estes referem não se sentirem assistidos suficientemente no âmbito subjetivo (“mental”) ou relacional.

Eu precisaria de um apoio psicológico, de até uma psiquiatra desde o início do problema, no auge do problema que ele estava (F3).

Às vezes, o familiar também precisa conversar (F11).

Por meio de verbos no futuro do pretérito – “gostaria” e “deveria” –, os familiares sugerem e têm por expectativa uma interação do tipo *face a face* com um profissional legitimado socialmente para lidar com os temas relativos à saúde mental. Assim, referem-se aos profissionais da área *psi* (psicólogo e psiquiatra) ou mesmo ao enfermeiro que se ocupe de questões do campo da saúde mental como os profissionais mais indicados e qualificados para atender a essa necessidade.

Acho que deveria implantar no mínimo dois profissionais que tem no CAPS no caso, para atender, uma psicóloga para familiares poderem conversar, um psiquiatra, nem que fosse uma vez na semana, isso aí ajudaria muito, principalmente a família (F3).

[Espero] assim, uma pessoa que trabalha nessa parte como tu disse, mental, para orientar, para conversar, eu acho, não sei, se pode ou não, que nem um psicólogo, tu vai lá e conta, conta, conta (F6).

Gostaria que houvesse uma retomada no ampliamiento, no atendimento, que tivesse mais tempo, que tivesse um psicólogo uma vez por semana para conversar ou um psiquiatra viesse e até um enfermeiro, viesse, participasse, explanasse mais a doença (F11).

Embora reportem principalmente a profissionais tradicionalmente da área *psi*, essencialmente eles esperam ter um espaço de relação e encontro, em que seja oportunizado aos familiares compartilharem suas vivências, seja em um espaço privado com um profissional (individualmente), seja no âmbito coletivo (em grupo).

Vale destacar que, no âmbito coletivo, de acordo com os familiares, os encontros grupais poderiam servir de oportunidade para eles conhecerem mais sobre a doença mental, conhecerem outras pessoas que vivenciam situações semelhantes e reconhecerem como elas enfrentam as adversidades do dia a dia, e saberem como agir com seus familiares usuários. Enfim, que possam servir como um espaço em que o apoio mútuo entre seus participantes seja o principal enfoque.

Às vezes, o familiar também precisa conversar. Que lá no [Hospital de] Clínicas tem a reunião dos familiares toda terça-feira, então tu vai conversa, tu escuta o problema dos outros. Tu sabe que o seu não é o único problema do mundo... Se o outro está

com o filho em crise todo mundo se volta para aquele problema e sabe que o teu está bem, que tu tens que cuidar, tens que observar para o teu familiar não chegar naquele estágio (F11).

Permitir aos familiares um espaço para verbalizar sentimentos, angústias, impressões, medos, verdades e dúvidas acerca do familiar usuário e de seus próprios sofrimentos torna-se momento oportuno para a equipe aproximar-se do mundo cotidiano dessas pessoas. Isso possibilita uma melhor compreensão dos sentidos atribuídos por eles na assistência ao seu familiar-usuário⁽¹³⁴⁾.

Os familiares esperam que a equipe da ESF continue sendo atenciosa e disponível para atendê-los e a seus familiares usuários, principalmente por meio de uma relação *face a face* de familiaridade⁽⁹⁷⁾, em que suas experiências vividas sejam compartilhadas, reconhecidas e valorizadas, como destacadas nas falas seguintes:

Eles tratam a gente com atenção, com responsabilidade (F8).

[...] a gente chega aí, eles dão uma atenção para gente, são muito atenciosos (F10).

Eu espero assim, [...] que tenha uma sala, pelo menos, para conversar, porque, às vezes, tu está ansioso, está com medo, tu sabe quando o teu familiar está em crise, tu também, a gente fica lá em baixo, a gente fica tão carente porque tu se sente impotente, tu gostaria que o teu paciente melhorasse, mas tu não tem como, por mais que tu faça, que tu reze (F11).

Com isso, os familiares esperam que os encontros entre familiar e profissional (individual) ou entre um grupo de familiares e profissionais (coletivo) sirvam de suporte para a superação de angústias, ansiedade, baixa autoestima e o sentimento de impotência frente às adversidades enfrentadas.

É importante ressaltar que os familiares necessitam de informações personalizadas, cujo conteúdo esteja voltado para o seu familiar específico, e não para um indivíduo *portador* de algum transtorno⁽¹³⁴⁾. Assim, o trabalho com o grupo de familiares deve, acima de tudo, fazer sentido para eles próprios. Dessa maneira, o profissional deve estar alerta para não fazer desse espaço de encontro, de compartilhamento de experiências e informações, enfim de trocas sociais, um espaço de *palestra* sobre determinado tema.

6.3 Reciprocidade de perspectivas entre as intenções dos profissionais de saúde e ACS e as expectativas dos usuários e familiares

Neste bloco de análise, apresento o típico da ação de profissionais de saúde e ACS (intenções) e o típico da ação de usuários e familiares (expectativas) acerca das ações voltadas para saúde mental na ESF, operando uma leitura dos achados desta pesquisa com o conceito de reciprocidade de perspectivas^(97,103) do referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz.

Contudo, antes de tratar especificamente do conceito citado, considero importante apontar aproximações entre as *ações voltadas para saúde mental* relatadas por profissionais de saúde e ACS, as quais foram organizadas na figura 5. Vale lembrar que, para a caracterização das ações de profissionais e ACS, utilizei como critério o agrupamento das ações identificadas nas falas dos sujeitos, sendo excluídas aquelas que não se mostraram suficientemente convergentes em seus respectivos grupos.

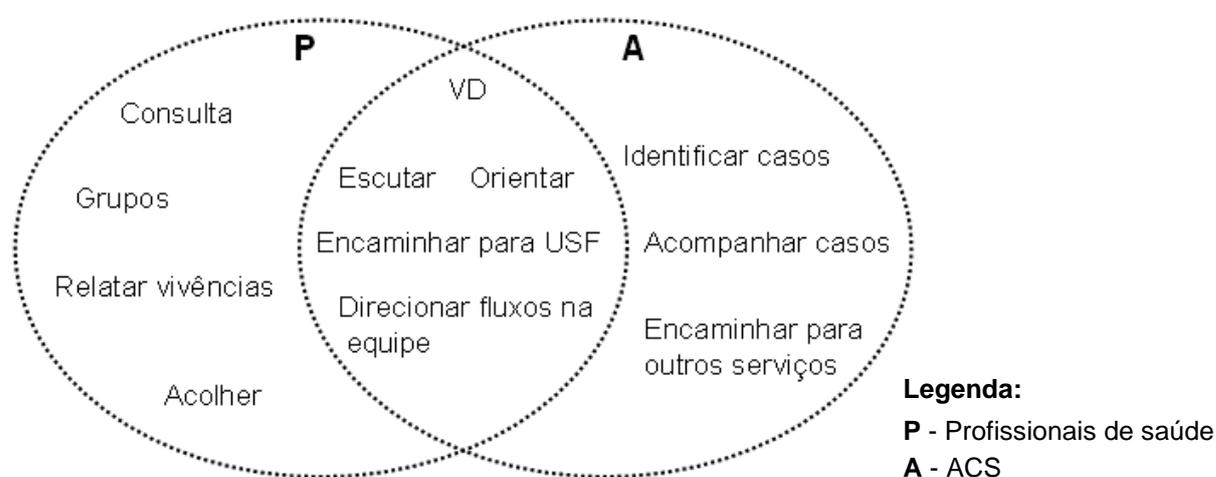


Figura 5 - Aproximação entre as ações voltadas para saúde mental na ESF desenvolvidas por profissionais de saúde e ACS entrevistados das USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010

A figura 5 mostra que o componente relacional é um aspecto fundamental a todas as ações desenvolvidas pelos sujeitos, especialmente as ações de *escutar*, *orientar* e *realizar visita domiciliar*, sendo relacionadas por ambos os grupos de sujeitos. Nessa interseção aparecem também – enquanto ações muito semelhantes

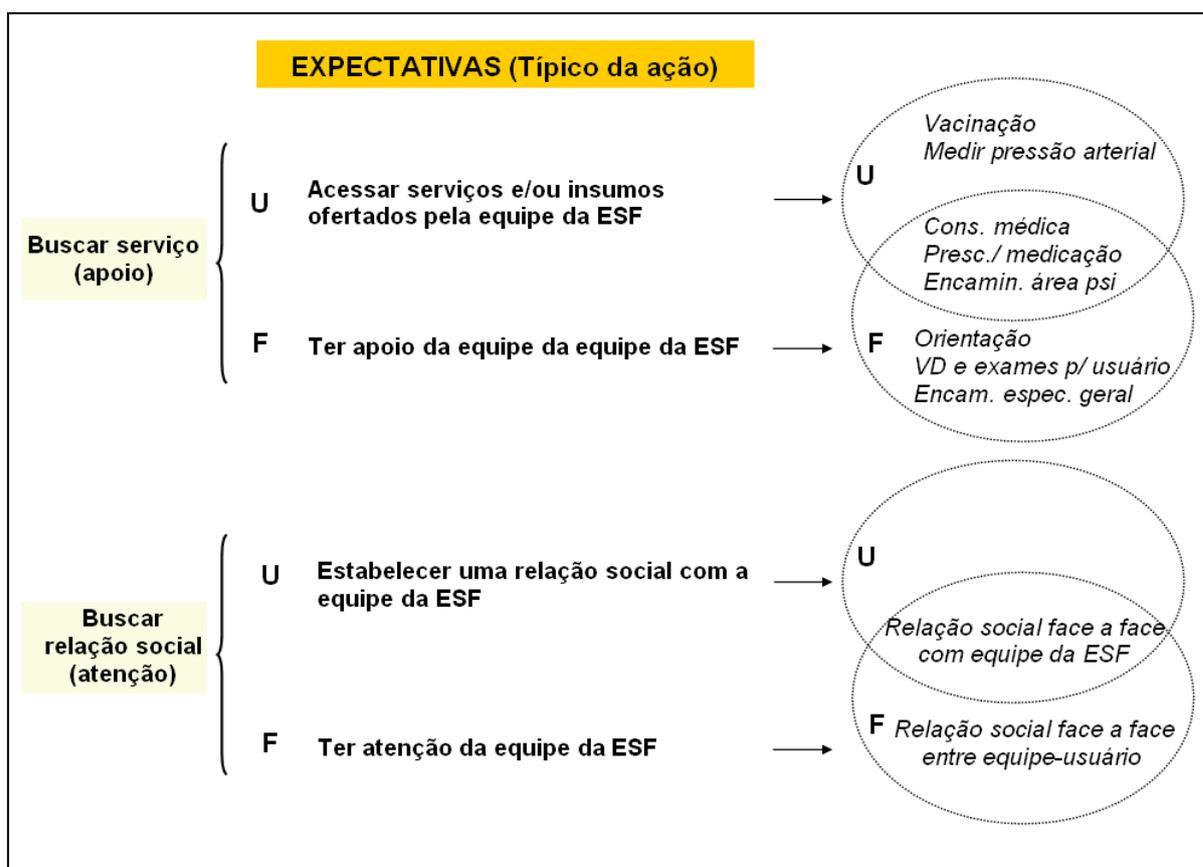
– *direcionar fluxos na equipe*, citada pelos profissionais, e *encaminhar para USF*, citada pelos ACS.

Especificamente pelos profissionais de saúde foram relatadas as ações de *realizar consulta e grupos, relatar vivências e acolher* os usuários. Dentre essas ações, é válido destacar a realização de consultas e grupos, enquanto ações profissionais que exigem conhecimentos técnicos específicos e que, geralmente, são competências desenvolvidas ao longo do processo de formação profissional. Além disso, quanto à realização de consultas, cabe mencionar que tal ação está vinculada ao exercício profissional de determinadas categorias de trabalhadores, como os médicos e enfermeiros entrevistados neste estudo.

As ações relatadas especificamente pelos ACS foram *identificar e acompanhar casos e encaminhar para outros serviços*. Essas ações são fundamentais ao trabalho de vigilância em saúde dos ACS para a prevenção e a promoção da saúde de indivíduos e famílias cadastradas nas áreas sob responsabilidade da equipe da ESF. Assim, os principais verbos que caracterizam o trabalho dos ACS são *identificar, cadastrar, orientar, encaminhar e acompanhar* indivíduos e famílias⁽⁴⁸⁾.

Para melhor compreensão da reciprocidade de perspectivas^(97,103), considero importante apresentar previamente uma síntese esquemática acerca das aproximações entre o típico da ação dos sujeitos entrevistados concernente, respectivamente, às expectativas (de usuários e familiares) e às intenções (de profissionais de saúde e ACS).

Assim, a figura 6 apresenta as categorias concretas do típico da ação de usuários e familiares, traduzida pelas suas expectativas quando buscam atendimento da equipe da ESF, destacando as aproximações entre tais expectativas.



Legenda: U (Usuários); F (Familiares).

Figura 6 - Aproximação entre as expectativas de usuários e familiares quando buscam atendimento das equipes da ESF das USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010

A figura 6 revela que as expectativas descritas pelo típico da ação de usuários e familiares possuem duas noções distintas, mas que são comuns a ambos – buscar um serviço (apoio) da equipe da ESF e buscar uma relação social (atenção) da equipe da ESF.

A **primeira** ideia congrega a aproximação entre a categoria concreta dos usuários *acessar serviços e/ou insumos ofertados pela equipe da ESF* e a categoria concreta dos familiares *ter apoio da equipe da ESF*. Em ambas há especificidades que caracterizam a busca de cada grupo de sujeitos pelo atendimento da equipe da ESF. Porém é possível afirmar que há pontos em comum nessa busca, revelados na interseção entre o detalhamento da busca de usuários e familiares (Figura 6).

Dessa maneira, usuários e familiares têm em comum a busca por consulta médica, prescrição de medicação, a própria medicação e o encaminhamento para serviços especializados e profissionais da área *psi*. Tal aproximação revela a

procura desses sujeitos – usuários e familiares – principalmente por serviços relacionados ao trabalho do médico (consulta e prescrição de medicação), embora nem todas as ações apontadas sejam de exclusividade deste profissional (pegar medicação e encaminhamento).

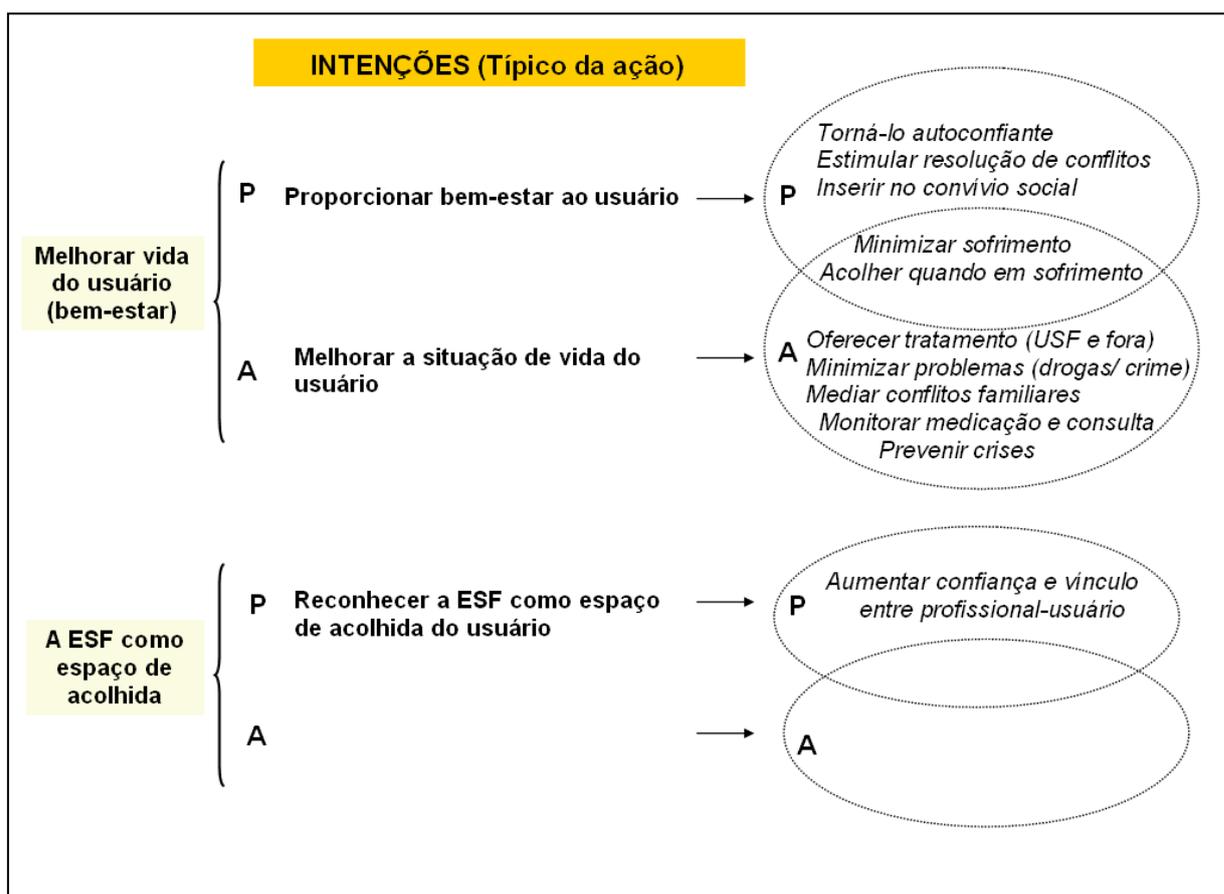
A **segunda** ideia incorpora a categoria concreta dos usuários *estabelecer uma relação social com a equipe da ESF* e a categoria concreta dos familiares *ter atenção da equipe da ESF*.

Aparece em comum, aos dois grupos de sujeitos, a busca por uma relação social *face a face* com a equipe da ESF – relação social usuário-equipe e relação social familiar-equipe (Figura 6). Essa relação é caracterizada por ambos os grupos como uma maneira de compartilhar suas vivências e obter suporte da equipe para lidar com situações envolvendo sofrimento.

Por sua vez, a figura 7 apresenta as categorias concretas que comportam o típico da ação de profissionais de saúde e ACS, revelando as aproximações entre as intenções desses grupos de sujeitos quando desenvolvem ações voltadas para saúde mental na ESF.

A figura 7 revela que as intenções descritas pelo típico da ação de profissionais de saúde e ACS possuem duas ideias distintas, sendo a primeira comum a ambos – melhorar a vida do usuário (bem-estar) e a ESF como espaço de acolhida do usuário. Na **segunda ideia** não houve convergências suficientes nas falas dos ACS que sustentasse uma categoria concreta relacionada à intenção de reconhecer a *ESF como espaço de acolhida* do usuário, embora esta tenha sido pontual entre os sujeitos.

Assim, trato da aproximação observada na **primeira ideia**: melhorar a vida do usuário (bem-estar). Essa ideia congrega a aproximação entre a categoria concreta dos profissionais de saúde *proporcionar bem-estar ao usuário* e a categoria concreta dos ACS *melhorar a situação de vida do usuário*.



Legenda: P (Profissionais de saúde); A (Agentes comunitários de saúde).

Figura 7 - Aproximações entre as intenções de profissionais de saúde e ACS em relação às ações voltadas para saúde mental na ESF nas USF Cruzeiro do Sul e Santa Tereza, Porto Alegre, RS, 2010

A intencionalidade dos sujeitos revela uma proximidade entre as intenções de profissionais de saúde e ACS, especialmente quando eles esperam, mediante as ações voltadas para saúde mental na ESF, *minimizar o sofrimento* do usuário – como relatado pelos profissionais – e *acolher o usuário em sofrimento* – relatado pelos ACS (Figura 7). Essas intenções mostraram-se semelhantes entre os grupos de sujeitos, pois ambas apoiam-se, sobretudo, na intenção de proporcionar espaço para que os usuários desabafem suas angústias e aliviem o sofrimento, melhorando a situação vivenciada.

Realizada a apresentação das aproximações entre as *ações voltadas para saúde mental na ESF* de profissionais de saúde e ACS, bem como a descrição das aproximações entre o típico da ação dos sujeitos entrevistados – referentes às expectativas de usuários e familiares e às intenções de profissionais de saúde e ACS –, neste momento retomo o conceito de reciprocidade de perspectivas^(97,103)

para analisar os achados deste estudo, comparando as intenções com as expectativas.

Para a fenomenologia social, o pensamento do senso comum supera a diferenciação das perspectivas individuais, por meio da idealização do *intercâmbio de pontos de vista* e da *congruência do sistema de relevância*, sendo denominado por Schutz de *tese geral de reciprocidade de perspectiva*. Ambas as idealizações são construções tipificadoras, as quais substituem os objetos de pensamento privados ao sujeito e a seu semelhante⁽¹⁰³⁾.

A reciprocidade de perspectiva conduz para que os objetos reconhecidos pelo sujeito sejam potencialmente conhecidos por todos, concebida de maneira objetiva e anônima – tipificada⁽¹⁰³⁾. Sendo assim, a reciprocidade de perspectiva pressupõe que as vivências dos objetos de pensamento do mundo social pelo sujeito e seu semelhante possuem características distintas para cada um até certo ponto, devido às construções tipificadas de objetos do mundo social – intersubjetivo⁽⁹⁷⁾.

Na relação social entre contemporâneos, cada um apreende o outro por meio de tipificação, com reconhecimento mútuo dessa apreensão, e cada um espera que o esquema interpretativo do outro seja congruente ao seu⁽¹⁰³⁾.

A partir desse raciocínio, e coerente com a *tese geral de reciprocidade de perspectivas*^(97,103), é importante considerar outro conceito, o de *idealização da reciprocidade de motivos*⁽¹⁰³⁾. Esse conceito implica dizer que os motivos imputados ao outro são tipicamente os mesmos do sujeito e de seus semelhantes em situações tipicamente similares.

Em outras palavras, ao tipificar a ação dos sujeitos, imputamos a eles um conjunto de motivos supostamente invariáveis que governam suas ações. A partir dessa construção, é possível: pressupor que a minha ação induzirá meu semelhante anônimo a efetuar ações típicas de acordo com *motivos para* típicos, tendo em vista alcançar o estado de coisas projetado por mim; pressupor que o outro tenha uma construção tipificada de si, baseado em motivos típicos e supostamente invariáveis; e pressupor a minha autotipificação, pois tenho que projetar minha ação de maneira típica em que o outro espera que eu aja⁽¹⁰³⁾.

Revela-se, assim, o entrelaçamento entre os *motivos para* e os *motivos porque* numa interação social entre um sujeito e seu semelhante. Isso é relevante no contexto dos estabelecimentos de saúde, pois se espera que as expectativas das pessoas (usuários e familiares), enfim os seus *motivos para* quando buscam

atendimento, sejam os *motivos porque* da equipe de saúde que as atendem. Ou seja, espera-se que haja uma convergência entre as expectativas e as intenções dos sujeitos envolvidos na relação social.

Dessa maneira, este estudo procurou revelar o típico da ação de cada grupo de sujeitos – profissionais de saúde, ACS, usuários e familiares – por meio da análise dos *motivos para* das ações voltadas para saúde mental na ESF. O conceito de *reciprocidade de perspectivas*⁽¹⁰³⁾ permite fazer uma análise entre os típicos da ação dos grupos, identificando onde há convergências no entrelaçamento entre as intenções (profissionais de saúde e ACS) e as expectativas (usuários e familiares).

Analisando a convergência entre as expectativas descritas pelo típico da ação de usuários e familiares e as intenções descritas pelo típico da ação de profissionais de saúde e ACS, observo dois eixos a serem considerados.

O **primeiro eixo** revela a convergência entre as expectativas e as intenções dos sujeitos, porque a expectativa de usuários e familiares repousa sobre a busca de acesso a serviços e/ou insumos ofertados pela equipe da ESF (ter apoio deles), ao passo que as intenções de profissionais de saúde e ACS visam, mediante suas ações, a atender essas expectativas.

Assim, a realização das ações de profissionais de saúde e ACS caracterizadas responde às expectativas de usuários e familiares. No detalhamento dessas ações, os profissionais realizam consultas, grupos, visitas domiciliares, escuta, orientação, acolhida dos usuários, relato de vivências e direcionamento de fluxos na equipe da ESF. Por sua vez, os ACS realizam escuta, orientação, acompanhamento de usuários, visita domiciliar, identificação de casos e encaminhamento para a USF ou para outros estabelecimentos de saúde.

Todavia é importante destacar que as intenções da equipe superam as expectativas de usuários e familiares, pois tais ações, além de atender às suas demandas, buscam imprimir um cuidado em saúde mental pautado na intenção de proporcionar bem-estar e melhorar a sua situação de vida. Isso fica evidente quando os profissionais almejam, com suas ações, minimizar o sofrimento do usuário, estimulando a resolução de seus conflitos, tornando-o mais confiante e inserido no convívio comunitário; e quando os ACS relatam ter em vista acolher o usuário em momentos de sofrimento, oferecendo-lhe tratamento na USF ou em outro estabelecimento de saúde para a melhoria da sua situação de saúde (prevenindo crises, monitorando o uso de medicações e de frequência às consultas) e da sua

situação social (tentando minimizar os problemas relacionados ao consumo de drogas e ao *mundo do crime*).

Contudo o **segundo eixo** de análise revela que houve uma convergência parcial entre as expectativas e as intenções dos sujeitos, pois as expectativas de usuários e familiares dizem respeito ao interesse de ambos estabelecerem uma relação social próxima com a equipe da ESF (ter atenção), ao passo que o grupo de profissionais de saúde intenciona estabelecer uma relação de confiança e vinculadora apenas com o usuário, tendo em vista o reconhecimento da ESF como espaço de acolhida deste.

Vale ressaltar que, neste eixo de análise, as falas dos ACS não obtiveram relevância suficiente para constituir uma categoria concreta. Sendo assim, a convergência aqui analisada traz no componente das intenções apenas a intencionalidade dos profissionais de saúde. Estes revelaram que suas intenções estão voltadas eminentemente para o estabelecimento de uma relação social de familiaridade com o usuário, ficando família/familiares à margem dessa intenção, distanciando-se das expectativas de estreitamento da relação, evocadas pelos familiares.

A articulação das convergências entre as intenções e as expectativas dos grupos de sujeitos revela que o atendimento das demandas de usuários e familiares pela equipe (profissionais de saúde e ACS) é fundamental para garantir o acesso a serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, sobretudo na atenção básica, por estarem mais próximos dos sujeitos e por serem depositários da sua confiança.

Além disso, a análise das convergências entre as intenções e as expectativas dos grupos de sujeitos demonstra que a relação intersubjetiva é um aspecto altamente relevante para a assistência em saúde mental na ESF, necessitando de maiores investimentos dos membros das equipes, ampliando espaços e intensificando as trocas sociais entre os sujeitos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa permitiu revelar a compreensão do significado das ações voltadas para saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva de profissionais de saúde, ACS, usuários e familiares.

Os achados mostraram que as ações voltadas para saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde e ACS compreendem ações específicas a cada grupo e ações comuns a ambos. Enquanto ações específicas dos profissionais de saúde, foram relatadas as ações de *realizar consulta e grupos, relatar vivências e acolher* os usuários. Já para os ACS, as ações relatadas por eles foram *identificar e acompanhar casos e encaminhar para outros serviços*.

Enquanto ações voltadas para a saúde mental, comuns aos dois grupos, foram identificadas as ações de *escutar, orientar e realizar visita domiciliar*, bem como aparecem ações muito semelhantes, como *direcionar fluxos na equipe*, citada pelos profissionais, e *encaminhar para USF*, citada pelos ACS.

O caráter relacional das ações voltadas para saúde mental na ESF reveladas pelos sujeitos aparece como um aspecto fundamental a todas elas, sobretudo as ações de *escutar, orientar e realizar visita domiciliar*, pois envolvem maior disponibilidade de profissionais de saúde e ACS para se relacionarem socialmente com usuários e familiares.

Os achados permitiram analisar as ações voltadas para saúde mental na ESF em relação às intenções de profissionais de saúde e ACS e às expectativas de usuários e familiares. Essa análise foi realizada a partir do referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz, o qual permitiu traçar o típico da ação de cada grupo de sujeitos entrevistados. Assim, o típico da ação de cada grupo de sujeitos comporta em si sua intencionalidade em relação às ações voltadas para saúde mental na ESF.

Dessa forma, quando os **profissionais de saúde** realizam consultas, grupos e visitas domiciliares; quando escutam, orientam e acolhem os usuários; ou mesmo quando relatam suas vivências e direcionam fluxos na equipe da ESF, eles esperam **proporcionar bem-estar ao usuário**, minimizando seu sofrimento e estimulando a resolução de seus conflitos, tornando-o responsável em conduzir sua vida e em fazer escolhas conscientes; tornando-o mais confiante, saudável, feliz e inserido no convívio comunitário. Esperam **reconhecer a ESF como espaço de acolhida do**

usuário, promovendo uma relação de confiança e vínculo entre profissionais e usuário.

A intencionalidade dos profissionais em proporcionar bem-estar ao usuário, amenizando sua dor e seu sofrimento, emerge do reconhecimento de situações biográficas do usuário que repercutem no seu viver atual, o que leva ao encontro entre ambos.

A interação social tem sido um recurso importante para promover a saúde/saúde mental das/nas pessoas, pois proporciona relacionamento social com os profissionais. Essa interação ocorre em diferentes locais, como a USF, o domicílio do usuário e mesmo as ruas da comunidade.

Os grupos de educação em saúde, os passeios e as visitas domiciliares ganharam destaque enquanto ações propiciadoras de trocas sociais entre as pessoas, interferindo na autoestima e na autoconfiança do usuário, refletidas na produção de sujeitos tolerantes com o outro, saudáveis e felizes.

Nos diferentes espaços do serviço e da comunidade, observa-se que a escuta tem sido a principal ação de cuidado em saúde mental utilizada pelos profissionais. Entretanto, ao mesmo tempo em que ela é reconhecida como uma estratégia de acolhida às demandas dos usuários, servindo de canal de desabafo para suas angústias, eles referem-se a essa ação como uma etapa intermediária de outro profissional, pois a julgam como pouco ou nada resolutiva, quando comparada com outros profissionais de saúde e da própria equipe.

Os profissionais intentam estabelecer uma relação de proximidade e propiciar um reconhecimento mútuo de subjetividades com os usuários, especialmente quando relatam vivências, compartilhando com estes a revelação de situações de suas vidas privadas. Tal estratégia tem levado a uma relação mais íntima com o usuário, contribuindo para uma relação autêntica, de apreensão mais vívida das subjetividades envolvidas.

Os profissionais visam à construção de uma relação de confiança e de vínculo entre eles e os usuários, por meio de uma ligação atenciosa, ágil, de envolvimento e comprometimento com as demandas dos usuários, inclusive acionando outros colegas da equipe quando julgam necessário. Contudo esse acionamento de colegas pode incorrer ao risco de o profissional não assumir as responsabilidades no processo de cuidado do usuário junto ao colega acionado, reconhecendo-se como co-partícipe de tal processo.

Por fim, no grupo dos profissionais observou-se que as ações por eles realizadas estão voltadas principalmente para atender às demandas do usuário, sendo a família acionada eventualmente.

Por sua vez, quando os **ACS** realizam escuta, orientação, acompanhamento de usuários e visita domiciliar; quando identificam casos e encaminham-nos para a USF ou para outros estabelecimentos de saúde, eles esperam **melhorar a situação de vida do usuário**, acolhendo-o em momentos de sofrimento, oferecendo-lhe tratamento na USF ou em outro estabelecimento de saúde para a melhoria da sua situação de saúde (prevenindo crises, monitorado o uso de medicações e de frequência às consultas) e da sua situação social (tentando minimizar os problemas relacionados ao consumo de drogas e ao *mundo do crime*).

Para os ACS, tanto o domicílio das famílias quanto a *rua* são os principais *locus* de suas ações, pois eles têm mais tempo para trabalhar fora da USF, quando comparado aos outros profissionais da ESF.

A visita domiciliar e a escuta são as principais ações voltadas para saúde mental desenvolvidas pelos ACS. No entanto esta última revela-se de maneira ambígua para eles, na medida em que a reconhecem como uma ação que alivia sentimentos desagradáveis vivenciados pelos usuários, mas que, ao mesmo tempo, não é tão efetiva quanto eles gostariam. Tal situação tem gerado frustração e sentimento de insatisfação nos ACS, levando-os a se sentirem despreparados para lidar com o usuário, para proporcionar de fato a melhoria de sua situação de vida.

Por ocasião dos encontros entre usuário e ACS, este estabelece uma escuta atenta, permitindo identificar casos que necessitem da atenção da equipe, sendo então comunicados a ela, especialmente ao médico e ao enfermeiro, em momentos formais (reuniões) e/ou informais (conversa com um profissional da equipe a qualquer momento no cotidiano de trabalho). Além dessas ações, quando necessário, os ACS encaminham os usuários para atendimento na USF e em outros estabelecimentos de saúde.

Além de ações focadas no modelo biomédico (o monitoramento do uso de medicações e da regularidade da frequência às consultas para prevenir crises), os ACS têm desenvolvido outras ações que vão ao encontro dos interesses do modo de atenção psicossocial, especialmente o estabelecimento de relações horizontalizadas com os usuários.

Esta pesquisa buscou dar voz não somente a profissionais de saúde e ACS da ESF, mas também aos usuários e a seus familiares, por meio do relato sobre suas experiências vividas em relação às ações voltadas para saúde mental na ESF. Dessa maneira, o típico da ação desses sujeitos diz respeito às suas expectativas em buscarem atendimento da equipe da ESF.

Assim, quando os **usuários** buscam atendimento da equipe da ESF, sua intencionalidade é traduzida pelas expectativas de **acessar serviços e/ou insumos ofertados pela equipe da ESF**, para atender a uma demanda que sabidamente é realizada pela equipe (vacinação, medir pressão arterial, consulta médica, prescrição de medicações e a própria medicação); obter encaminhamento para um estabelecimento de saúde especializado a fim de acessar outros serviços e profissionais especializados e; **estabelecer uma relação social** mediante uma interação *face a face* com os profissionais da equipe da ESF, de modo que sua história de vida, seus interesses e seus anseios sejam reconhecidos por eles.

Os usuários vão à USF para atender alguma demanda que, sabidamente, a equipe oferece resposta por meio da oferta de determinados serviços. Assim, buscam prevenir doenças e complicações por meio de vacinação e do monitoramento da pressão arterial, respectivamente; promover e recuperar a *saúde* por meio de consulta médica, de prescrição de medicamentos ou mesmo do próprio medicamento dispensado na unidade.

Entre essas expectativas está o interesse em obter encaminhamento para um estabelecimento de saúde especializado, para conseguir acessar profissionais especialistas, sobretudo profissionais da área *psi* (psicólogo e psiquiatra), ou ainda para conseguir acessar outro estabelecimento de saúde para ter tratamento psiquiátrico, sendo a internação hospitalar uma opção, e não uma obrigatoriedade.

Ao buscarem atendimento da equipe da ESF, os usuários têm como expectativa estabelecer uma relação social com os membros da equipe da ESF. Assim, eles esperam que a equipe possa oferecer determinadas atividades que propiciem a interação entre as pessoas, tais como reuniões e/ou grupos de vivências que tratem de temas vivenciados pelos usuários – por exemplo, o uso de drogas.

De fato, fica evidente que a busca dessa relação social pelos usuários está relacionada à necessidade de um espaço legitimado pela equipe, que oportunize a eles falarem sobre suas vidas, suas trajetórias, os obstáculos superados,

compartilhando suas vivências com outras pessoas que enfrentam situações semelhantes.

Portanto o encontro com os profissionais da ESF, seja individual, seja coletivo, programado ou não, é um momento valorizado pelo usuário, pois pode servir de espaço de trocas sociais importantes, produtoras de subjetividades.

Por sua vez, quando os **familiares** buscam atendimento da equipe da ESF, sua intencionalidade é manifestada pelas expectativas de **ter apoio da equipe da ESF** para atender às suas demandas, e especialmente as do usuário, por meio de orientação, consulta médica, medicação, visita domiciliar e encaminhamento e; de **ter atenção da equipe da ESF** por meio de uma relação *face a face*, para que suas experiências vividas sejam compartilhadas, reconhecidas e valorizadas. Os familiares esperam ainda que a equipe continue sendo atenciosa e disponível para atendê-los e aos usuários.

O apoio almejado pelos familiares é concretizado quando a equipe os orienta sobre os cuidados de saúde com o usuário (alimentação, medicação e lidar com as crises); quando os familiares recebem visita domiciliar, têm consulta médica, obtêm encaminhamentos para serviços especializados e quando são atendidos regularmente pela equipe por meio do acompanhamento da situação do usuário (casos). Além disso, o auxílio esperado pelos familiares ocorre quando a equipe solicita exames e fornece *receita médica* (prescrição de medicamento) e/ou o próprio medicamento.

Os familiares revelam sua expectativa em estabelecer uma relação social com a equipe da ESF, especialmente quando buscam uma *conversa* com eles, a qual esperam que seja estendida aos seus familiares usuários. Eles também esperam que essa relação intersubjetiva com os membros da equipe da ESF seja de maneira atenciosa e responsável.

Dada a relevância da relação *face a face* atribuída pelos familiares, estes esperam e sugerem que um profissional da área *psi* (psicólogo e psiquiatra), ou mesmo o enfermeiro que se ocupe de questões do campo da saúde mental, atenda a essa necessidade dos familiares, sendo estes os profissionais mais indicados e qualificados para desenvolver tal ação.

No entanto, em essência, os familiares esperam ter um espaço de relação e encontro, em que seja oportunizado que eles compartilhem suas vivências, seja em um espaço privado com um profissional (individualmente), seja no âmbito coletivo

(em grupo). Com isso, eles têm por expectativa que esses encontros sirvam de suporte para superarem angústias, ansiedade, baixa autoestima e sentimento de impotência frente às eventuais adversidades.

Analisando as convergências entre as intenções dos profissionais de saúde e ACS e as expectativas de usuários e familiares em relação às ações voltadas para saúde mental na ESF, fez-se um contraponto entre o típico da ação de profissionais de saúde e ACS (intenções) e o típico da ação de usuários e familiares (expectativas).

A convergência entre as expectativas descritas e as intenções revelou dois eixos a serem considerados. No primeiro, as expectativas dos sujeitos são atendidas pelas intenções da equipe (profissionais e ACS), na medida em que se tem acesso a serviços e/ou insumos quando se busca o atendimento na ESF, e na medida em que a equipe realiza ações voltadas para suprir essas demandas.

Por outro lado, é importante destacar que as intenções da equipe superam as expectativas dos sujeitos (usuários e familiares), pois as ações realizadas por eles, além de atender à demanda de usuários e familiares, visam a imprimir um cuidado em saúde mental pautado na intenção de proporcionar bem-estar e melhorar a situação de vida dos usuários.

Já no segundo eixo, é importante destacar que as falas dos ACS acerca das intenções ora analisadas não obtiveram relevância suficiente para constituir uma categoria concreta. Sendo assim, a convergência em destaque aqui não inclui esses sujeitos, mas as intenções dos profissionais de saúde em relação às expectativas de usuários e familiares.

O segundo eixo revela uma convergência parcial entre as expectativas e as intenções dos sujeitos, porque usuários e familiares esperam estabelecer uma relação social de proximidade com a equipe da ESF, ao passo que os profissionais de saúde intenciam estabelecer uma relação de confiança e vinculadora apenas com o usuário, tendo em vista o reconhecimento da ESF como espaço de acolhida para ele.

Portanto o típico da ação dos profissionais de saúde revelou que suas intenções estão voltadas eminentemente para o estabelecimento de uma relação social de familiaridade com o usuário, ficando a família à margem dessa intenção, distanciando-se das expectativas dos familiares em estreitarem essa relação.

A convergência entre as intenções e as expectativas dos sujeitos revela que o atendimento das demandas de usuários e familiares pela equipe (profissionais de saúde e ACS) é fundamental para garantir a eles o acesso a serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, sobretudo na atenção básica, por estarem mais próximos dos sujeitos e por serem depositários da confiança deles. Por outro lado, a análise dessas convergências revela que a relação intersubjetiva é um aspecto altamente relevante para a assistência em saúde mental na ESF, necessitando de maiores investimentos dos membros das equipes, ampliando espaços e intensificando as trocas sociais entre os sujeitos.

Frente ao exposto, saliento que a utilização do referencial teórico-metodológico da fenomenologia social de Alfred Schutz contribuiu para a condução deste estudo e propiciou a compreensão do objeto proposto – *ações voltadas para saúde mental na ESF*. Assim, a utilização desse referencial mostrou-se adequada para responder aos objetivos traçados nesta pesquisa, aprofundando o conhecimento acerca das ações humanas no contexto da ESF.

Esses achados suscitaram questionamentos para novos estudos, com a utilização do referencial aqui adotado, dentre os quais destaco a relevância de investigar especificamente a perspectiva dos profissionais de enfermagem sobre as ações voltadas para saúde mental. No grupo de profissionais de saúde entrevistados nesta pesquisa, a perspectiva da enfermagem está *diluída* juntamente com a de outras categorias profissionais.

Esta pesquisa seria pertinente, pois as atribuições dos profissionais de enfermagem na ESF compõem um leque de ações, ora específicas, ora compartilhadas com os membros da equipe. Assim, poder-se-ia aprofundar o conhecimento sobre os significados das ações voltadas para saúde mental que são desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem que atuam na ESF. Em contraponto, seria relevante investigar a perspectiva de usuários e familiares acerca das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem.

Além de estudos na perspectiva do referencial aqui adotado, julgo relevante a realização de mais investigações utilizando outros referenciais para ampliar e aprofundar ainda mais o conhecimento e a compreensão das ações voltadas para saúde mental desenvolvidas na ESF. Assim, dentre esses referenciais, estudos sobre o processo de trabalho e estudos avaliativos, especialmente os de caráter

participativo (construtivista), poderiam contribuir para a construção do conhecimento nesta área.

Espero que os achados revelados nesta pesquisa provoquem reflexões nas equipes da ESF sobre as práticas assistenciais e a organização do serviço voltado para saúde mental no território, ampliando assim as possibilidades de consolidação desta atenção no contexto estudado e em contextos semelhantes. Desejo, ainda, que as expectativas de usuários e familiares relatadas neste estudo sirvam de subsídios para a invenção e a criação de estratégias de cuidados a serem implementadas e articuladas pela equipe da ESF, envolvendo tais sujeitos de maneira mais íntima nesse processo e adequando a organização do serviço para atender às suas demandas e necessidades.

Acredito no potencial da ESF para o desenvolvimento de práticas de saúde mental que possibilitem a (re)inserção social do usuário, junto à sua família e comunidade, com a finalidade de romper o estigma, garantir o exercício da cidadania e promover a reabilitação psicossocial.

A partir dos resultados desta pesquisa, reafirmo a minha posição ideológica de que a assistência em saúde mental no território, em especial na ESF, é uma estratégia essencial para o alcance das propostas almejadas pela reforma psiquiátrica brasileira e para a construção e consolidação da atenção psicossocial no campo da saúde mental.

Por fim, ao refletir sobre minha trajetória acadêmica e profissional, observo que ao concluir esta pesquisa, relacionando o referencial da fenomenologia social ao campo da saúde mental, percebo o quanto esse exercício reflexivo contribuiu para o meu crescimento acadêmico, profissional e pessoal. Para mim, o aspecto mais marcante revelado nesta pesquisa diz respeito potencialidade das relações humanas – relação intersubjetiva face a face de familiaridade – enquanto relações produtoras de subjetividades, de saúde e de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via – a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C, organizadores. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-59.
- 2 Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- 3 Olschowsky A, Wetzel C, Schneider JF, Kantorski LP, Coimbra VCC, Jardim VMR. Avaliação da saúde mental na Estratégia Saúde da Família (Projeto de pesquisa). Porto Alegre (RS): UFRGS; 2008.
- 4 Kantorski LP, Jardim VMR, Wetzel C, Olschowsky A, Coimbra VCC. Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL) – (Projeto de pesquisa). Pelotas RS): UFPel; 2008.
- 5 Universidade Federal do Rio Grande do Sul (BR), Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. Resolução 02, de 14 de janeiro de 2009: normas para regulamentação da atuação de alunos de pós-graduação *Stricto sensu* em atividades de graduação na UFRGS. Porto Alegre (RS); 2009.
- 6 Camatta MW. Vivências de familiares sobre o trabalho de uma equipe de saúde mental na perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz [Dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
- 7 Camatta MW, Schneider JF. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009;13(3):477-84.
- 8 Camatta MW, Schneider JF. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. Rev Esc Enferm USP 2009;43(2):393-400.
- 9 Camatta MW, Schneider JF. A experiência vivida da família relacionada ao trabalho de profissionais de saúde mental: um estudo fenomenológico. Online Braz J Nurs [periódico na internet] 2009 [citado 2009 jun 20];8(2). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2183/482>.
- 10 Kantorski LP, organizadora. CAPSUL - Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: Relatório. Pelotas: MS/CNPq; 2007.
- 11 Campos RO, Gama C. Saúde Mental na atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 221-46.
- 12 Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília (DF); 2003.

- 13 Oliveira AGB, Vieira MAM, Andrade SMR. Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água; 2006.
- 14 Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU; 2003. p. 13-44.
- 15 Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 2001.
- 16 Vecchia MD, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. Interface – Comunic Saude Educ 2009;13(28):151-64.
- 17 Coimbra VCC, Oliveira MM, Vila TC, Almeida MCP. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. Rev Eletr Enf 2005;7(1):113-7.
- 18 Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev Eletr Enf 2003;5(2):71-7.
- 19 Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS et al., organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 615-34.
- 20 Lancetti A. Clínica peripatética. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 21 Lyra MAA. Desafios da saúde mental na atenção básica. Cadernos IPUB 2007;(13)24:57-66.
- 22 Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Lat Am Enfermagem 2005;13(3):450-2.
- 23 Cury CFMR, Galera SAF. O PSF como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. Fam Saúde Desenvol 2006;8(3):273-8.
- 24 Oliveira MM, Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira EM. O cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família – uma reflexão teórica sobre a avaliação da satisfação do usuário. In: Anais do I Seminário Nacional de Avaliação de Atenção Psicossocial; 2008 out 24-25; Pelotas, Brasil. Pelotas (RS): UFPel; 2008. p. 198-203.
- 25 Vianna PCM, Barros S. O papel das políticas sociais frente à reestruturação do modelo assistencial em saúde mental. Saúde em Debate 2005;29(69):27-35.
- 26 Camatta MW, Nasi C, Machineski GG, Fertig A, Schneider JF. As práticas de saúde mental desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família: uma reflexão crítica. In: Anais do I Congresso Internacional de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial: as pessoas, os cenários, as práticas.... 2009 jun 11-13; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre (RS): Ulbra; 2009. p. 1-2.

- 27 Schneider JF, Camatta MW, Nasi C. O trabalho em um centro de atenção psicossocial: uma análise sociológica fenomenológica em Alfred Schütz. *Rev Gaúcha Enferm* 2007;28(4):520-6.
- 28 Camatta MW, Schneider JF. Contribuições da sociologia compreensiva de Alfred Schütz para as pesquisas no campo da saúde mental. In: *Anais do 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem: políticas de pesquisa em enfermagem*. 2007 mai/jun 29-1; Florianópolis, Brasil. Florianópolis (SC): UFSC; 2007. p. 1-4.
- 29 Camatta MW, Nasi C, Schaurich D, Schneider JF. Contribuições da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz para as pesquisas em enfermagem – revisão de literatura. *Online Braz J Nurs [periódico na internet]* 2008 [citado 2008 dez 12];7(2). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1446/383>.
- 30 Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Cienc. saude colet*. 2001;6(1):73-85.
- 31 Rocha RM. *Enfermagem Psiquiátrica: que papel é este?* Rio de Janeiro: Te Corá; 1994.
- 32 Amarante P. *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Amarante P, organizador. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- 33 Belmonte PR, Reis VLM, Pereira RC, Pereira MFM, Jorge MAS, Costa AL. *Temas de Saúde Mental: textos básicos do Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- 34 Desviat M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- 35 Souto-De-Moura LC, Souto-De-Moura GMS. Notas de aula sobre a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 1997;18(2):94-103.
- 36 Wetzel C. *Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul – RS [Dissertação]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.
- 37 Scarparo HBK. *Psicologia comunitária no Rio Grande do Sul: registros da construção de um saber-agir*. Porto Alegre: Edipucrs; 2005.
- 38 Kantorski LP, Wetzel C, Miron VL. Resgatando práticas reformistas de atenção em psiquiatria e saúde mental no Rio Grande do Sul. *Rev Gaúcha Enferm*. 2002;23(2):16-26.
- 39 Amarante P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- 40 Amarante PDC, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*. 2001;25(58):26-34.

- 41 Wetzel C, Almeida MCP. A construção da diferença na assistência em Saúde Mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul – RS. *Saúde em Debate*. 2001;25(58):77-87.
- 42 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1987: relatório final. Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF); 1988.
- 43 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, 1992. Brasília (DF); 1994.
- 44 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001. Brasília (DF); 2002.
- 45 Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev saude publica*. 1998;32(4):299:316.
- 46 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 2002.
- 47 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria 648, de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006.
- 48 Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília (DF); 2001.
- 49 Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 132-53.
- 50 Franco TB, Merhy EE. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE et al., organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124.
- 51 Ministério da Saúde (BR). *Legislação em saúde mental 1990-2004*. 5ª ed. ampl. Brasília (DF); 2004.
- 52 Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS; 2002.
- 53 Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria 325, de 21 de fevereiro de 2008: Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília (DF); 2008.

54 Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília (DF); 2006.

55 Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec; 1994.

56 Ribeiro MS, Poço JLC. Identificando problemas e rastreando transtornos em atenção básica à saúde mental. In: Ribeiro MS, organizador. Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. Juiz de Fora: UFJF; 2007. p. 27-52.

57 Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. Saúde em Debate. 2008;32(78/79/80):27-37.

58 Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 141-68.

59 Kantorski LP, Silva GB. Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica. Pelotas: UFPel; 2001.

60 Luzio CA, L'abbate S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. Cienc. saúde colet. 2009;14(1):105-16.

61 Consoli GL, Hirdes A, Costa JS. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. Cienc. saúde colet. 2009;14(1):117-28.

62 Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Cienc. saúde colet. 2009;14(2):477-86.

63 Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Cienc. saúde colet. 2009;14(1):129-38.

64 Silva MCF, Rocha MJL, Pereira CA, Esteves AP, Miranda CA, Almeida MB, et al. Saúde mental e programa de saúde da família no Vale de Jequitinhonha. In: Lancetti A, organizador. Saúde mental e saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p 155-66.

65 Casé V. Saúde mental e sua interface com o programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: Lancetti A, organizador. Saúde mental e saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p 121-36.

66 Cabral B, Lucena M, Oliveira M, Gouveia M, Freitas P, Pereira S, Câmara S. Estação comunidade. In: Lancetti A, organizador. Saúde mental e saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p 137-53.

- 67 Oliveira AB, Ataíde IFC, Silva, MA. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. *Texto & contexto enferm* 2004;13(4):618-24.
- 68 Ronzani TM. O PSF e a saúde mental: uma proposta de saúde ampliada em Rio Pomba-MG. *Revista de Atenção Primária à Saúde* 2001;(8):38-42,.
- 69 Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Cienc. saude colet.* 2009;14(1):139-48.
- 70 Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad saude publica* 2009;25(9):2033-42.
- 71 Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Cienc. saude colet.* 2009;14(1):173-82.
- 72 Campos GWS. *Saúde Paidéia*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 73 Souza RC, Scatena MCM. Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no programa de saúde da família. *Rev baiana de saude publica* 2007;31(1):147-160.
- 74 Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad saude publica* 2004;20(5):1411-14.
- 75 Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Cienc. saude colet.* 2009;14(1):183-93.
- 76 Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A, organizador. *Saúde mental e saúde da família*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p 11-52.
- 77 Buchele F, Laurindo DLP, Borges VF, Coelho EBS. A interface da saúde mental na atenção básica. *Cogitare Enferm* 2006;11(3):226-33.
- 78 Mielke FB, Olschowsky A. Tecnologias leves em saúde mental no contexto da estratégia saúde da família. In: *Anais do I Seminário Nacional de Avaliação de Atenção Psicossocial*; 2008 out 24-25; Pelotas, Brasil. Pelotas (RS): UFPel; 2008. p. 190-193.
- 79 Mielke FB. *Ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: um estudo avaliativo [Dissertação]*. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- 80 Hyvonen S, Nikkonen M. Primary health care practitioners' tools for mental health care. *J Psychiatric Mental Health Nurs* 2004;11(5):514-24.

81 Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad saude publica 2007;23(10):2375-84.

82 Nascimento AAM, Braga VAB. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do programa de saúde da família de Caucaia-CE. Cogitare Enferm 2004;9(1):84-93.

83 Souza KKB, Ferreira Filha MO, Silva ATMC. A práxis do enfermeiro no Programa de Saúde da Família na atenção à saúde mental. Cogitare Enferm 2004;9(2):14-22.

84 Silva ATMC, Silva CC, Ferreira Filha MO, Nóbrega MML, Barros S, Santos KKG. Saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. Rev Bras Enferm 2005;58(4):411-5.

85 Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. Saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm 2007;60(4):391-5.

86 Gonçalves AM. A doença mental e a cura: um olhar antropológico. millenium online Revista do ISPV [periódico na internet] 2004 [citado 2009 nov 09];30. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/default.htm>.

87 Pereira MAO, Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. Saúde mental no Programa Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. Rev Esc Enferm USP 2007;41(4):567-72.

88 Barros MMM, Chagas MIO, Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. Cienc. saude colet. 2009;14(1):227-32.

89 Brêda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica à saúde. Saúde em Debate 2003;27(63):25-35.

90 Vasconcellos MGF, Jorge MSB, Guimarães JMX, Pinto AGA. Saúde mental no contexto do Programa Saúde da Família: representações sociais de usuários e familiares. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste 2008;9(3):9-18.

91 Koga M, Furegato ARF, Santos JLF. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num programa de saúde da família. Rev Lat Am Enfermagem 2006;14(2):163-9.

92 Coimbra VCC, Kantorski LP, Oliveira MM, Pereira DB. Avaliação da integralidade do cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família. In: Anais do I Seminário Nacional de Avaliação de Atenção Psicossocial; 2008 out 24-25; Pelotas, Brasil. Pelotas (RS): UFPel; 2008. p. 24-8.

93 Dalmolin BM. Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

- 94 Minayo MCS. Correntes de pensamento. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 81-142
- 95 Minayo MCS. Modalidades de abordagens compreensivas. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 143-69.
- 96 Costa C. Sociologia alemã: a contribuição de Max Weber. In: Costa C. Sociologia: introdução à ciência da sociedade. 3ª ed. rev. ampl. São Paulo: Moderna; 2005. p. 94-109.
- 97 Schütz A. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
- 98 Moreira DA. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson; 2002.
- 99 Peixoto AJ. A origem e os fundamentos da fenomenologia: uma breve incursão pelo pensamento de Husserl. In: Peixoto AJ, organizador. Concepções sobre fenomenologia. Goiânia: UFG; 2003. p.13-31.
- 100 Zilles U. Paradigma da fenomenologia. In: Zilles U, organizador. Teoria do conhecimento e teoria da ciência. São Paulo: Paulus; 2005. p.99-104.
- 101 Capalbo C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz. 2ª ed. Londrina: UEL; 1998.
- 102 Tocantins FR, Rodrigues BMRD. Necessidades assistenciais em saúde: uma estratégia metodológica para enfermeiros. Rev Enferm UERJ 1996;(n esp):113-8.
- 103 Schutz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2003.
- 104 Lapassade G. As microssociologias. Brasília: Liber livro editora; 2005.
- 105 Tocantins FR. As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde – uma abordagem na perspectiva de Alfred Schutz [Tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993
- 106 Capalbo C. A intersubjetividade em Alfred Schutz. Veritas 2000;45(2):289-98.
- 107 Popim RC, Boemer MR. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schutz. Rev Lat Am Enfermagem 2005;13(5):677-85.
- 108 Denzin NK, Lincoln YS. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 15-41.

109 Schneider JF. O método fenomenológico na pesquisa em enfermagem psiquiátrica. Rev Gaucha Enferm 1996;17(2):100-8.

110 Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde [página na Internet]. Porto Alegre; 2009 [citado 2009 dez 04]. Disponível em: <http://www.portoalegre.rs.gov.br/>.

111 Ministério da Saúde (BR), Datasus [documento na Internet]. Brasília; 2009 [citado 2009 dez 04]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php>.

112 Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica de outubro de 2008. Disponível nos arquivos da gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal. Porto Alegre: SMS/PMPA; 2009.

113 Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão anual - 2008. Porto Alegre: SMS/PMPA; 2008.

114 Ministério da Saúde (BR), DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [documento na Internet] 2010 [citado 2010 jan 27]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=43&VMun=431490.

115 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2003.

116 Fonseca ALN, Lacerda MR, Maftum MA. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e a sua família. Cogitare Enferm 2006;11(1):7-15.

117 Simões SMF, Souza IEO. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. Rev Lat Am Enfermagem 1997;5(3):13-7.

118 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad saude publica 2008;24(1):17-27.

119 Tocantins FR, Souza EF. O agir do enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. Esc Anna Nery Rev Enferm 1997;(n esp):143-59.

120 Merighi MAB. Enfermeiras obstétricas egressas na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: Caracterização e trajetória profissional [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

121 Merighi MAB. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. Rev Lat Am Enfermagem 2002;10(5):644-53.

122 Ministério da Saúde (BR), Congresso Nacional. Lei dos Direitos Autorais 9.610, de 20 de fevereiro de 1998: dispõe sobre a alteração, atualização e consolidação da legislação sobre direitos autorais. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1998 fev 20; Seção 1:3.

123 Brêtas ACP, Oliveira EM. Algumas reflexões sobre a ética na pesquisa qualitativa. In: Matheus MCC, Fustinoni SM, organizadores. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: LMP; 2006. p. 157-64.

124 Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. Rev Gaúcha Enferm 2009;30(3):397-405.

125 Gralha RS, Moraes EP. PSF em Porto Alegre: aspectos sócio-históricos da implantação. In: Lopes MJM, Paixão DX, organizadores. Saúde da família: histórias, práticas e caminhos. Porto Alegre: UFRGS; 2007. p. 31-47.

126 Coimbra VCC. Avaliação do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

127 Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco, 2001; p. 113-126.

128 Ribeiro MS, Poço JLC, Pinto AR. A inserção da saúde mental na atenção básica de saúde. In: Ribeiro MS, organizador. Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. Juiz de Fora: UFJF; 2007. p. 15-26.

129 Gerhardt TE, Riquinho DL, Rotoli A. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/ UERJ, Abrasco; 2008. p. 143-75.

130 Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2001.

131 Oliveira MMB, Jorge MSB. Doente mental e sua relação com a família. In: Labate RC, organizador. Caminhando para assistência integral. Ribeirão Preto: Scala; 1999. p. 379-88.

132 Koga M, Furegato AR. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: Labate RC, organizador. Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto: Scala; 1999. p. 363-77.

133 Borba LO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta Paul Enferm 2008;21(4):588-94.

134 Schneider JF. Ser-família de esquizofrênico: o que é isto? Cascavel: Edunioeste; 2001.

135 Pereira MAO, Pereira Júnior A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. Rev Esc Enferm USP 2003;37(4):92-100.

136 Moreno V, Alencastre MB. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. Rev Esc Enferm USP 2003;37(2):43-50.

137 Moreno V. A família do portador de sofrimento psíquico: olhares, trajetórias percorridas e possibilidades. In: Souza MCBM, Costa MCS, organizadores. Saúde mental numa sociedade em mudança. Ribeirão Preto: Legis Summa/Fierp; 2005. p. 51-63.

138 Nasi C, Stumm LK, Hildebrandt LM. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. Rev Eletr Enferm [periódico na internet] 2004 [citado 2010 jun 12];6(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/f6_mental.html.

139 Kantorski LP, Wetzel C, Reinaldo A. A inserção da família na assistência em saúde mental. Saúde Debate 2005;29(69):5-16.

APÊNDICE A – Questões orientadoras das entrevistas

Questões orientadoras das entrevistas com cada grupo de sujeitos – profissionais de saúde da ESF, agentes comunitários de saúde (ACS), usuários e familiares:

➤ **Para os profissionais de saúde da ESF e para os ACS:**

- 1) *Que ações voltadas para saúde mental você vem desenvolvendo na ESF?*
- 2) *O que tem em vista com essas ações?*

➤ **Para os usuários:**

- 1) *Por que você procurou a equipe da ESF?*
- 2) *O que você espera da equipe?*

➤ **Para os familiares:**

- 1) *Como a equipe da ESF tem contribuído com seu familiar usuário?*
- 2) *Como a equipe da ESF tem contribuído para você familiar do usuário?*
- 3) *O que você espera da equipe da ESF?*

APÊNDICE B – Fichas de caracterização dos entrevistados**Caracterização dos profissionais de saúde da ESF****Local:** _____ **Data:** _____**Horário (Início/ término):** _____

| | |
|---|-------------------|
| Nome: | Nº da entrevista: |
| Data de nascimento: | Sexo: |
| Profissão: | |
| Tempo de formado: | |
| Tempo que atua em ESF (anos e meses): | |
| Tempo em que atua nesta equipe da ESF (anos e meses): | |
| Experiência em saúde mental (tipo): | |

Descrição do encontro

Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde da ESF

Local: _____ Data: _____

Horário (Início/ término): _____

| | |
|---|-------------------|
| Nome: | Nº da entrevista: |
| Data de nascimento: | Sexo: |
| Tempo que atua em ESF (anos e meses): | |
| Tempo em que atua nesta equipe da ESF (anos e meses): | |
| Experiência em saúde mental (tipo): | |

Descrição do encontro

Caracterização dos Familiares

Local: _____ Data: _____

Horário (Início/ término): _____

| | |
|--|-------------------|
| Nome: | Nº da entrevista: |
| Data de nascimento: | Sexo: |
| Grau de parentesco (tipo de relação): | |
| Quem ajuda a família quando enfrenta alguma situação relacionada à saúde mental do seu familiar usuário? | |

Descrição do encontro

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: **Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções da equipe e expectativas de usuários e familiares.**

Venho convidá-lo(a) para participar desta pesquisa que tem por objetivo compreender o significado das ações voltadas para saúde mental desenvolvida na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este estudo pode contribuir para a melhoria do acompanhamento de pessoas com doença mental e seus familiares atendidos pela equipe da ESF.

Os sujeitos convidados para participar desta pesquisa são profissionais da ESF, pessoas com doença mental e seus familiares. A coleta dos dados ocorrerá nos meses de maio e junho de 2010, por meio de entrevista individual com uso de gravador de voz, para posterior transcrição e análise do pesquisador.

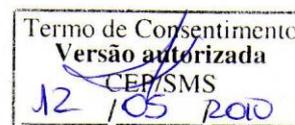
Está assegurado a cada participante, através do presente termo, o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade em desistir de participar do estudo, a qualquer momento e sem prejuízo. A recusa em participar do estudo não prejudicará o atendimento das pessoas com doença mental e seus familiares acompanhados pela ESF e nem aos profissionais da ESF em seu trabalho.

Os sujeitos não terão custos e nem receberão recursos financeiros por participar desta pesquisa. Qualquer informação ou esclarecimento adicional pode ser solicitado, a qualquer momento, ao pesquisador responsável Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider (telefone 51-3316-5081) e ao doutorando Marcio Wagner Camatta (telefone 51-9182-5321). Além disto, esta pesquisa está registrada no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre (telefone 51-3212-4623).

Porto Alegre, ___ de _____ de 2010

Sujeito da pesquisa

Pesquisador



ANEXO A - Termo de ciência dos responsáveis pelos locais da pesquisa



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ
REALIZADA A PESQUISA**

Eu, _____, matrícula
_____ responsável pelo Serviço _____

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado

tendo como Pesquisador Responsável _____

declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, ____/____/____.

Assinatura

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.

Rua Capitão Montanha, 27, 6º andar - CEP 90010-040
Fones: 32124623
Porto Alegre

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa****PARECER CONSUBSTANCIADO**

Pesquisador (a) Responsável: Jacó Fernando Schneider

Registro do CEP: 486 **Processo N°:** 001.015735.10.9

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – USF Santa Tereza, USF Cruzeiro do Sul.

Utilização: TCLE

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.015735.10.9, referente ao projeto de pesquisa: “**Ações voltadas para saúde mental na estratégia de saúde da família: intenções da equipe e expectativa de usuários e familiares**”, tendo como pesquisador responsável Jacó Fernando Schneider cujo objetivo é “Geral: Compreender o significado das ações voltadas para saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva da equipe, usuários e familiares. Específicos: Identificar as ações voltadas para saúde mental que são desenvolvidas pela equipe da ESF (agentes comunitários de saúde e os outros membros da equipe mínima); Analisar as ações voltadas para saúde mental na ESF em relação às intenções da equipe e expectativas de usuários e de familiares; Analisar as convergências entre as intenções da equipe da ESF e as expectativas de usuários e de familiares em relação às ações voltadas para saúde mental na ESF”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 12/05/2010


Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP

ANEXO C – Parecer da Comissão de Pesquisa**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL****CARTA DE APROVAÇÃO**

Projeto: PG Doutorado 015/2010

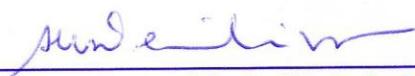
Versão Mês: 04/2010

Pesquisadores: Marcio Wagner Camatta e Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Título: AÇÕES VOLTADAS PARA SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: INTENÇÕES DA EQUIPE E EXPECTATIVAS DE USUÁRIOS E FAMILIARES.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 14 de Abril de 2010.



Prof^a Dra. Anne Marie Weissheimer
Coordenadora Substituta da COMPESQ

Anne Marie Weissheimer
Coordenadora Substituta da COMPESQ EN-UFRGS